



## **”Pasientens sikkerhet – sykepleierens ansvar?”**

-et bidrag for å synliggjøre opplevelser av ansvarsforhold ved legemiddelhåndtering

**Gunn Hågensen**

**Mastergradsoppgave i Helsefag**

Institutt for helse og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2010



Tegnet av Jan Fredriksen

*“We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work.”*  
*James Reason, 2000.*

## Forord

Denne masteroppgaven i Helsefag er blitt til i en av livets motbakker. Å holde fokus på temaet ansvar i legemiddelhåndtering har i perioder vært krevende, men samtidig både godt og befriende. Yrkesbakgrunn og erfaring har gitt meg tanker om at dette er et felt som det er viktig å være bidrags yter i. Pasientsikkerhet bør være et hovedområde innenfor sykepleie.

Oppgaveskriving er en ensom prosess, og jeg hadde ikke kommet i mål uten mine gode hjelpere:

For det første vil jeg takke veileder Professor Kenneth Asplund. Til tross for geografisk avstand mellom Hammerfest og Sundsvall, har e-post og telefon fungert bra. Å få noen ”finfint” og ”ser bra ut”, virker stabiliserende når veien virker kronglete. Det samme har mastergradsseminarene med mine medstudenter vært. Disse har vært ledet av Førsteamanuensis Aud Obstfelder, som har vist et fantastisk engasjement og oversikt i alle våre temaer. Dette har helt klart bidratt med veier videre.

De neste som har gjort oppgaven mulig er sykepleierne som velvillig meldte seg på og stilte opp til samtale. De ga uttrykk for at dette var viktig å delta på selv om arbeidsdagen er travel. Også takk til sykehusets ledere som var positive og imøtekommende.

Videre en stor takk til min familie, som har hatt forståelse for lange kontordager og behov for det å bare ha meg selv. Særlig mine kjære barn Hedda og Birk som ofte har innfunnet seg med at: ”mamma må jobbe”. Nå får vi endelig mer tid sammen.

Tankene går også til mine kollegaer for støtte og interesse. Hva skulle jeg ha gjort uten ekstraveiledning fra Norman, gjennomlesninger fra Jeanette, samtalene med Janne (som har skrevet sin masteroppgave parallelt med meg), eller Eva som alltid er der med noen gode ord?

Til slutt er det arbeidsgiver Høgskolen i Finnmark, avd. Helsefag sin tur. Bidraget med FoU-tid og økonomisk støtte til samlinger har vært avgjørende for å kunne fullføre denne masterutdanningen. Tusen takk!

Hammerfest 12.mai 2010

Gunn Hågensen

## Sammendrag

Dette er en kvalitativ studie som består av fem semistrukturerte individuelle samtaler. Respondentene er sykepleiere som arbeider daglig med legemiddelhåndtering ved somatiske sykehusavdelinger. Analysemetoden er basert på Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse. Formålet med studien er å få frem hvordan sykepleierne opplever å ivareta ansvaret for pasientens sikkerhet ved legemiddelhåndtering. Dataene er hentet fra 3 ulike avdelinger ved ett sykehus.

Pasientsikkerhet er et satsningsområde innenfor helsevesenet, og forskningen beveger seg nå fra en individorientert retning mot utvikling av systematisk sikkerhetsarbeid i organisasjonene. Det å håndtere legemidler er en stor del av arbeidsdagen til sykepleiere. Bruk av legemidler er imidlertid et felt med kjent grad av risiko for mulige feil. Legemiddelhåndteringen kan sees som en kjede med ulike ledd, fra legen rekvirerer et medikament til pasienten er rett medisinert. Sykepleierne har ansvaret for handlingene i de nederste leddene i legemiddelkjeden. Ved å studere deres opplevelser av arbeidet, kan noen av de sikkerhetsmessige utfordringene man står overfor i legemiddelhåndteringen synliggjøres. Studien fremhever de fem sykepleiernes erfaringer, og kan derfor ikke gjøre krav på å gjelde for alle sykepleiere som håndterer medikamenter.

Dette ansvaret er noe som sykepleierne i hovedsak stiller seg positive til, men de kommer samtidig med ønsker om forbedringer for å utvikle sikkerheten for pasienten. *Arbeidsmiljøet* og rammene de arbeider under beskrives som trange. Dette gjelder både fysisk, krav om effektivitet, rutiner og hvilke muligheter de har for å kunne gjennomføre arbeidet så forsvarlig som de ønsker. De må utvise stor grad av klinisk *kompetanse*, være oppmerksomme og følge med i hele prosessen fra legen rekvirerer medikamenter, via arbeidet på medisinerrommet med å plukke frem og dosere, til å dele ut til pasienten samt dokumentere effekt og bivirkninger i etterkant. Dette kan for utenforstående synes som rutinepreget arbeid, og noe som er lite synlig så lenge det ikke hender noe negativt med pasienten. Som det ytterste leddet i legemiddelkjeden, blir de "ansiktet" på medisineringen og får ofte ansvaret med å være *sikkerhetsnett* for å luke ut eventuelle feilkilder innen de når pasienten. Konklusjonen av funnene er at sykepleierne opplever å ha et stort individuelt *ansvar*, men at rammene for å utvikle økt pasientsikkerhet er mangelfulle.

**Søkeord:** Legemiddelhåndtering, pasientsikkerhet, ansvar, kvalitativ studie

## Summary

This is a qualitative study that consists of five semi-structured individual conversations. The respondents are nurses who work in somatic hospital wards, where a great deal of drug administering takes place. The method of analysis is a qualitative content analysis based on Graneheim and Lundman. The purpose of the study is to reveal how nurses' experience maintaining the responsibility of their patients' safety through administering drugs. The data has been collected from three different wards at one hospital.

Patient safety is an area of commitment within the National Health Service, and research is now moving from an individual oriented course towards developing systematic safety work within the organisations. Administering drugs takes up a great deal of nurses' working hours. Use of drugs is nonetheless a field with known degree of risk for possible mistakes. The administration of drugs can be represented by a chain with different links, from when the physician orders a medicament until the patient receives the correct medication. The nurses are responsible for the actions in the bottom links of the chain. By studying their experiences of the work, some of the safety challenges that occur when administering drugs are made visible. The study emphasise the experiences of the five nurses, and can therefore not be claim to be valid for all nurses who administer medicaments.

Nurses primarily take a positive attitude towards this responsibility, but at the same time they express wishes of improvements to develop patient safety. The *working environment* and settings they are working within are described as constricted. This applies to the physical settings, demands of efficiency, routines and what possibilities they have to carry out their work as safely as they wish to. They need to show a great degree of clinical *competence*, be attentive and pay attention throughout the whole process from the doctor orders medicaments, via the work in the drug room where they pick out and dosage drugs, to giving out drugs to patients and documenting effects and side effects. This may to third parties seem like routine work, and something that is not very visible as long as nothing negative happens to the patient. Nurses are the outer link in a medicament chain, they are the "face" of the medication and are often given the responsibility of being the *safety net* to weed out possible sources of error before they reach the patient. The conclusion that can be drawn from the findings is that nurse's experience holding a great deal of individual *responsibility*, but that the frames for developing increased patient safety are inadequate.

**Keywords:** Drug administration, patient safety, nurse responsibility, qualitative research

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0. Introduksjon .....</b>	<b>7</b>
1.1. Bakgrunn for studien .....	8
1.1.1. Personlig bakgrunn .....	10
1.2. Begrepet legemiddelhåndtering .....	11
1.2.1. De nederste leddene i legemiddelkjeden .....	13
1.3. Tidligere forskning .....	14
1.4. Problemstilling .....	16
1.5. Oppgavens disposisjon .....	17
<b>2.0. Teoretisk tilnærming.....</b>	<b>18</b>
2.1. Den tradisjonelle sykepleierrollen .....	18
2.2. Pasientsikkerhet.....	20
2.2.1. Individ og system: ”Sveitserostmodellen” .....	22
2.2.2. Ny teknologi .....	24
2.3. Kompetanse .....	25
2.3.1. Praktisk erfaring .....	25
2.3.2. Organisatorisk kompetanse .....	26
<b>3.0 Metode og materiale.....</b>	<b>26</b>
3.1. Kvalitativ metode .....	27
3.1.1. Forforståelse .....	29
3.1.2. Form på intervju .....	29
3.1.3. Utvalg og rekruttering .....	31
3.2. Samtale og bearbeidelse av materialet .....	32
3.2.1. Transkribering .....	33
3.2.2. Kvalitativ innholdsanalyse .....	34
3.3. Forskningsetiske overveielser .....	35

<b>4.0. Presentasjon av funn med drøftning .....</b>	<b>36</b>
4.1. Arbeidsmiljø.....	36
4.1.1. ”Det er så trangt” .....	36
4.1.2. ”Bare streker og kruseduller” .....	39
4.1.3. ”Jeg kan lukke ørene når jeg jobber”.....	41
4.1.4 ”Det er nesten umulig å nå” .....	43
4.2. Kompetanse .....	46
4.2.1. ”Det er som en bank” .....	46
4.2.2. ”Vår erfaring stoler de mye på” .....	49
4.2.3. ”Det er helt opp til meg” .....	51
4.3. Sikkerhetsnett .....	53
4.3.1. ”Kontroll fra A til Å” .....	53
4.3.2. ”Vårt ansvar at pasienten får riktig” .....	57
4.3.3. ”Setter dem der, og håper at de blir tatt” .....	60
4.3.4. Pasient sier til sykepleier: ”nei jeg bruker å ta en hvit, denne er gul” .....	64
<b>5.0 Generell diskusjon.....</b>	<b>67</b>
5.1. Metodiske styrker og svakheter.....	67
5.2. Bare sykepleierens ansvar?.....	70
5.3. Faktorer som kan fremme pasientsikkerheten .....	72
<b>6.0. Avslutning .....</b>	<b>75</b>
<b>Litteraturliste: .....</b>	<b>77</b>
Vedlegg 1: Kvittring på behandling av personopplysning fra NSD	
Vedlegg 2: Tillatelse fra forespurt klinikk	
Vedlegg 3: Informasjonsskriv til aktuelle sykepleiere	
Vedlegg 4 Samtykkeerklæring	
Vedlegg 5: Utkast hovedpunkter for samtale	

## 1.0. Introduksjon

I denne masteroppgaven har jeg intervjuet sykepleiere på somatiske sykehus, om hvordan de opplever å ha ansvar for legemiddelhåndtering. Ansvar med å ivareta menneskers liv og helse er stort, men mange velger å bli sykepleier nettopp med ønske om å kunne hjelpe andre. Det ligger derfor i helsepersonellens natur å ville gjøre det beste for pasienten. Hippokrates blir av mange sett på som legeetikken/profesjonsetikkens far og utformet for ca 2400 år siden sin kjente regel: "Primum Non Nocere", dvs. "Det viktigste er å ikke skade" (Hjort 2007:28, Ødegård,2007). Setningen utgjør grunnlaget for helsearbeideres etiske og moralske standard. Dette er blitt et grunnprinsipp for moderne medisin, og er viktig innen yrkesetiske retningslinjer for både sykepleiere og leger(Sykepleierforbundet, 2007) Den tradisjonelt gode, omsorgsfulle sykepleieren gjør ikke feil som skader pasienten eller handler uforsvarlig på noen måte (Johannessen et al., 2007).

Utviklingen de senere år har ført til en langt mer kompleks sykehushverdag. Krav om økt effektivitet, produksjon, flere diagnoser, bedre behandlingsmuligheter, nye tekniske løsninger og et stort antall legemidler som er både potente og virksomme, påvirker arbeidet til sykepleierne. På sykehus utgjør det å håndtere legemidler en stor del av deres arbeid. Det anslås at sykepleiere på somatiske sykehusavdelinger bruker 30-40 % av sin arbeidsdag til å håndtere medikamenter (Bielecki and Børdahl, 2008). Arbeid innbefatter også en viss risiko, derfor er feilmedisinering og nesten uhell en av de vanligste og alvorligste hendelser i klinisk praksis. Det kan i verste fall medføre skade eller tap av menneskeliv ( Syse et al., 2000, Hjort, 2007, Bielecki and Børdahl, 2008) . Sykepleierne står ansvarlig for at pasienten får riktig medisinering både faglig, etisk og juridisk. **Hvordan de opplever å inneha dette ansvaret er interessant, nettopp fordi det handler om grunnleggende verdier i sykepleie.**

Sykepleiere er opplært gjennom utdanning og tradisjon til å gjøre det best mulig for pasienten. Man har et pasientrettet fokus og det forventes fra alle hold at pasienten skal få riktig behandling, deriblant medisinering. Overgangen til tjenesteproduksjon medfører kanskje et annet fokus enn tidligere i helsevesenet. Det å produsere og være effektiv kan i noen tilfeller være en motsetning til den tradisjonelt pasientnære omsorgsfulle sykepleien (Johannessen et al., 2007).



I tråd med dette er utformingen av sykepleiernes fysiske og organisatoriske arbeidshverdag også rammer for hvordan sykepleierne har mulighet til å utføre sitt arbeid. Hvilken kompetanse de har og hvilken kontekst de jobber innenfor kan ha betydning for hvor forsvarlig legemiddelhåndteringen kan være. Det å jobbe i et fellesskap med andre sykepleiere innenfor en sykepleiekultur innebærer et faglig fellesskap innenfor en avdeling. Det kan dreie seg og felles språk og kunnskap som kommer til uttrykk. Uskrevne /skrevne regler, stemningen og ”klimaet” som råder på arbeidsplassen er medvirkende faktorer til hvordan sykepleierne kan løse oppgavene innenfor legemiddelhåndteringen (Orvik, 2004).

### 1.1. Bakgrunn for studien

Den senere tid har det vært et økende fokus på pasientsikkerhet både i Norge og i utlandet. Jevnlige kommer det opp saker opp i media som bekrefter dette. Sykepleiere er en yrkesgruppe på sykehusene som arbeider med medikamentell behandling døgnet rundt. Dette er et omfattende og krevende felt hvor uheldige hendelser koster menneskeliv hvert år. Peter F. Hjort har gjennomgått studier fra både inn og utland, og beregnet forekomst i Norge ut fra dette. Han estimerer at 10 % av alle pasienter rammes av uheldige hendelser hvorav halvparten kunne vært forebygget. Tall på dødsfall mener han er usikkert, men vi må anta at flere hundre, kanskje så mye som et par tusen pasienter dør som følge av feil/uheldige hendelser i somatiske sykehus<sup>1</sup>(Hjort, 2007). For å unngå at det skal hende noe negativt med pasienten er det viktig at helsepersonellet er ”våkne” og ansvarsbeviste. I de fleste tilfeller er det sykepleierne som står pasienten nærmest, og det er de som praktisk gjør i stand og deler ut medisinen. De må fortløpende gjøre helhetlige og faglige vurderinger omkring pasientens tilstand, ikke bare gi det som legen har rekvirert. Sykepleieren blir *ansiktet* for medisineringen og den som signerer på gitt medikament. På den måten blir de også det ytterste *sikkerhetsnettet* for å avverge at noe blir feil innen pasienten får medikamentet. Det å være det siste leddet mot pasienten innebærer på den måten også en fare for å bli utpekt som *syndebukk* hvis noe går galt, selv om hendelsen skyldes tidligere ledd i kjeden( punkt 1.2.s.12) eller systemfeil (Ødegård, 2007).

I dagens helseforetak handler det mye om økonomisk balanse og utnyttelse av ressurser, som Johannessen og Vike hevder utvanner sykepleiernes fokus på faglig kvalitet og innhold. Fra

---

<sup>1</sup> Dette gjelder alle typer hendelser, og legemiddelhåndteringsfeil er en del av dette.

gammelt av har organisasjonene (sykehusene) og individene (sykepleierne) vært knyttet tett sammen, og individene utgjorde institusjonen. Sykepleieren ble disiplinert og dannet for å tilpasses sykehusets formål. Sykepleierens rolle var tydelig og avgrenset, og institusjonen tok til gjengjeld et klart ansvar for kvaliteten på arbeidet. Sykepleieroppgavene som legemiddelhåndtering utgjør er arbeid som i liten grad synes i de økonomiske styringsverktøyene. Det ansvaret sykepleierne påtar seg er et stort personlig ansvar. Forsvarlig pleie og omsorg defineres nå i stor grad som et individuelt ansvar, som ikke synliggjøres i organisasjonenes måloppnåelse ( Vike et al., 2002, Johannessen et al., 2007). Man kan spørre seg om pasientsikkerheten i praksis blir et personlig og individuelt ansvar?

Hvordan de enkelte sykehus organiserer og legger forholdene til rette for sykepleierne, er også et punkt av stor betydning. Sykepleiehverdagen er kompleks og det er mye å ha oversikt over. Blant annet foregår det fortsatt ved flere norske sykehus manuell dosering i dosett, og håndskrevne legemiddelkurver<sup>2</sup>. Begge disse forholdene er områder hvor det er kjent sannsynlig risiko for feil. Det er viktig med prosedyrer og systemer som sikrer at denne risikoen minimaliseres.

I 2005 kom Stortingsmelding nr. 18 ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk”. Meldingen tar i hovedsak opp forhold rundt foreskrivning av medikamenter mellom lege, pasient og apotek. Den har også stor vekt på finansielle forhold rundt bruk av legemidler. Sykepleiernes rolle er derimot lite fremtredende. Det som omhandler sykepleiernes rolle er (en kolonne), punkt 2.1.2 *Helsepersonell involvert i legemiddelbruk*, hvor de sier at:

*”en av sykepleieroppgavene er å dele ut legemidler som er ordinert av lege og informere pasientene om virkning og bivirkninger. Sykepleierne observerer effekter og bivirkninger i legemiddelbehandlingen og rapporterer til ansvarlig lege”* (St.meld. nr.18, 2005:13-14).

Videre trekker de frem at sykepleierne skal ha en styrket pedagogisk rolle, med å informere/veilede pasienter i forhold til legemidler. De skal også kunne ha en rolle i utskrivningssamtaler med tanke på dette området (Ibid, 2005). Dette dokumentet også omtalt som legemiddelpolitikken, skal angi retninger for å bedre sikkerheten i arbeid med

---

<sup>2</sup> En legemiddelkurve er et skjema hvor legens rekvirering av medikamentell behandling skrives opp. Den ligger i en ringperm som flere yrkesgrupper benytter seg av i løpet av døgnet, og er et viktig dokument for utførelsen av arbeid med legemidler på sykehus. Den er en del av pasientens journal og skal inneholde: preparatnavn, legemiddelform, adm. måte, dose, mengde, tidspunkt, signatur av rekvirerende lege, signatur av sykepleier som administrerer og deler ut medikament, samt at oppstartsdato og seponeringer skal fremkomme.

medikamenter. Myndighetene har også med Pasientrettighetsloven fra 1999, Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og opprettelsen av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i 2007, forsøkt å øke bevisstheten og arbeidet innenfor området også i Norge. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble etablert med formål om å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å skape en kultur som preges av åpenhet og trygghet knyttet til å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Enheten er uavhengig av nasjonale myndigheter og skal utforme læringsinformasjon og fremme forslag til tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Det handler først og fremst om at pasientene og brukerne av norsk helsetjeneste skal ha tilgang til trygg og sikker helsehjelp (Sundsbø, 2008). Det er viktig å forebygge utilsiktede hendelser og skader på pasienten på en systematisk måte. Det anbefales av WHO, EU og Europarådet at man beveger seg bort fra den individuelle ”syndebukk” kultur, til å analysere årsakene til hendelsene ut fra et organisatorisk ledelsesansvar og systemtenkning. Fagmiljøene har et viktig ansvar med å oppdatere kunnskap, slik at tjenestene holder et høyt og forsvarlig nivå (Nasjonale helseplan, 2007-2010).

Sykepleierne trenger god kompetanse på mange områder for å ivareta dette. Teoretisk kompetanse som bl.a. omhandler legemiddelhåndtering med regning, farmakologi, sykdomslære. Juridisk med kjennskap til aktuelle lover og forskrifter, men også praktisk og organisatorisk kunnskap for å kunne håndtere dette på en forsvarlig måte. Den erfaringen de bygger opp etter hvert som yrkeslivet trer frem, kan på mange måter virke som et avgjørende bidrag for pasientens sikkerhet.

### **1.1.1. Personlig bakgrunn**

Temaet sykepleierens ansvar for riktig legemiddelhåndtering har interessert meg over lengre tid. Engasjementet vokste fram under mitt arbeid som sykepleier ved medisinsk avdeling i perioden fra 1999-2006. Jeg syntes arbeidet med medikamenter var både spennende og utfordrende, samtidig som det utgjorde en stor del av arbeidsdagen og behandlingen til pasienten. Det å kunne være med på å gi noe slik at vedkommende kunne bli frisk eller bedre ga meg en god følelse. Samtidig ble jeg også klar over farene som følger med, og hvor konsentrert og nøyaktig man må være. Jeg har selv opplevd å være innblandet i feilhandlinger, men også erfart at andre kan gjøre det. Har i den forbindelse tenkt litt på hvilke forhold som spiller inn, og mulighetene til å utføre en forsvarlig praksis. Har også sett at det betyr noe for sykepleierne hvilke forhold/ rammer de arbeider innenfor. De seneste årene har

jeg arbeidet som høgskolelærer ved sykepleierutdanningen i Hammerfest. Her har jeg også erfart at legemiddelhåndtering er noe som studentene er opptatt av. Dette gjelder både på skolen og i praksis ved ulike avdelinger. De bruker mye tid på å bli kjent på avdelingenes medisinerom, de mest brukte medikamentene og de praktiske prosedyrene rundt dette. I så måte er temaet noe jeg har en forbindelse til, har jobbet en del med, men likevel har en stor nysgjerrighet overfor.

## 1.2. Begrepet legemiddelhåndtering

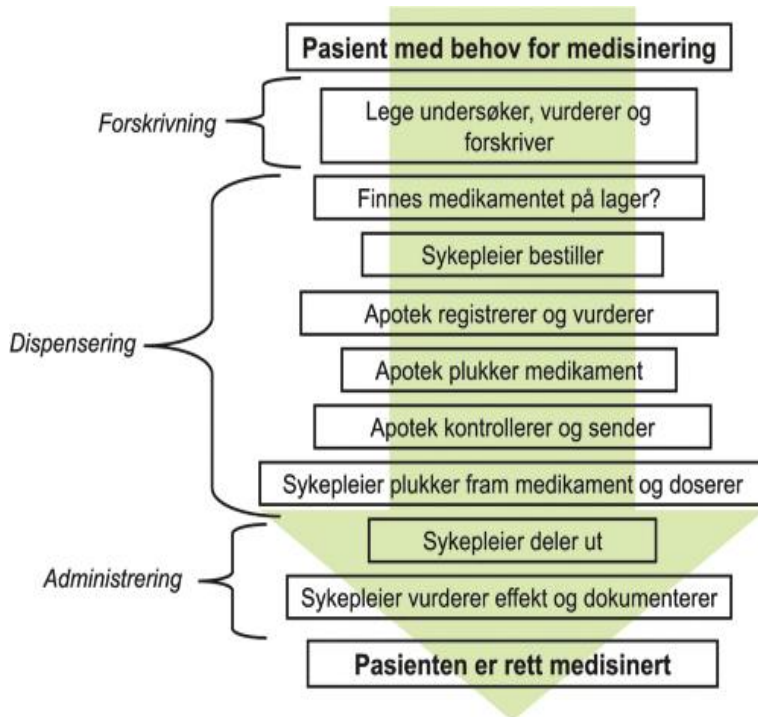
Legemiddelhåndtering defineres av helsetilsynet som: ”**enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt**”(Helsedirektoratet, 2008:§3 ). Etter forskriften ligger det helhetlige ansvaret for at pasienten får sine legemidler på en forsvarlig måte hos institusjonens virksomhetsleder<sup>3</sup>. Virksomhetslederen er administrativt og faglig ansvarlig for legemiddelhåndteringen, og kan stilles til ansvar ved overtredelse av regelverket. Virksomhetsleder skal også forsikre seg om at sykepleieren har den reelle kompetansen som kreves for oppgaven. Forskriften sier videre at det må tilrettelegges for en nødvendig og kontinuerlig opplæring. Det er imidlertid gjort oppmerksom på at virksomhetsleders ansvar ikke fratrar helsepersonell sitt individuelle ansvar for en forsvarlig yrkesutøvelse etter helsepersonelloven kap.2 § 4 (s 18-19.).

Det overordnede målet for legemiddelhåndtering er **feilfrihet**. Det er legen som skriftlig ordinerer et medikament, mens det er sykepleieren som har det ”daglige” ansvaret med å administrere, kontrollere, trekke opp og blande medikamenter med mer. Ofte foregår dette i akutte situasjoner, eller under andre former for tidspress, avbrytelser eller lignende. Det er også sykepleieren som er praktisk ansvarlig for utdeling og for å observere virkning og bivirkning (Helsedirektoratet, 2008 § 4). Legemiddelhåndteringen kan ses som en prosess kalt legemiddelkjeden (figur 1.1.s.12). Denne innbefatter flere faggrupper med ulike oppgaver. Prosessen går over flere ledd fra pasientens behov for medisiner til pasienten er rett medisinert. Dette forutsetter kommunikasjon mellom de ulike leddene for å unngå misforståelser/feil. Ofte fremheves det at sykepleiere er det siste leddet i legemiddelkjeden. Ansvaret for at medikamentene er korrekt administrert hviler i så måte på den enkelte sykepleier. Det som har skjedd tidligere i kjeden, hvor det kan være gjort feil med for

---

<sup>3</sup> Etter forskriften (gjeldende fra 1.5.2008) øverste sykehusledelse, deretter avdelingsleder.

eksempel ordineringsen, ligger på legen, men også på sykepleierens skuldre – fordi det er hun<sup>4</sup> som til syvende og sist gir medikamentet.



**Figur 1.1** Legemiddelhåndtering i pleie og omsorgstjenester (St.meld.nr.18, 2004-2005).

Ulike lærebøker har forsøkt å sette opp kontrollpunkter for å hjelpe helsepersonell til å utføre korrekt legemiddelhåndtering, disse sjekkpunktene er ofte kalt de 7 R-er:

- ***Riktig pasient***
- ***Riktig legemiddel***
- ***Riktig legemiddelform***
- ***Riktig styrke***
- ***Riktig dose***
- ***Riktig måte***
- ***Riktig tid***

(Olsen and Rygg, 2004, Bielecki et al., 2008).

<sup>4</sup> Omtaler heretter sykepleier for henne og pasienten for han, for å gjøre oppgaven leservennlig

Ved brudd på noen av disse punktene ansees det som feil i legemiddelhåndteringen. I og med at prosessen går over flere ledd er det mange steder det kan gå galt. For å administrere medikamentell behandling innebærer det at sykepleiere skaffer seg oversikt over de forskjellige sidene ved behandlingen. De må ha opplysninger om pasienten, behandlingen, rekvisisjonen og i forhold til dette vurdere egen kompetanse for oppgavene. Sykepleier må kunne reagere hvis det er noe som avviker fra normalt. Forholdene som kan påvirke sykepleierne til å gjøre feil i legemiddelhåndteringen er f. eks: dårlig kompetanse i forhold til medikamenthåndtering og farmakologi, liten erfaring, urolige arbeidsforhold, stor arbeidsbyrde, stress, søvnmangel etter skifte av ulike vakter, dårlige /mangelfulle retningslinjer og rutiner, forstyrrelser og avbrytelser, for dårlig skriftlig rekvirering fra lege og eller uleselig skrift med mer (Olsen and Rygg, 2004, Bielecki et al., 2008).

### **1.2.1. De nederste leddene i legemiddelkjeden**

Sykepleierne følger opp om det er riktig legemiddel rekvirert av lege, om det stemmer i forhold til pasientens diagnoser. Om det er riktig medikament bestilt og levert av apotek. De administrerer legemiddelet og kontrollerer hverandre om det er riktig medikament, styrke, dose, mengde. Deretter passer de på at det blir gitt til riktig pasient og at pasientens tilstand tilsier at det er forsvarlig å gi medikamentet. Til sist er det sykepleierne som vurderer effekt og bivirkninger samt dokumenterer i journal.

I de nederste leddene av legemiddelkjeden er det sykepleiere som gjør aktive handlinger(figur1.1 s.12.). Den **konteksten** og de forholdene sykepleierne jobber innenfor er med på å avgjøre på hvilken måte sykepleierne kan gjennomføre sine oppgaver på. Punktene om de 7 R-er (s.12) kan være viktige ledetråder for å utføre jobben på en forsvarlig måte.

Leddene med å **plukke frem medikament og dosere** sier noe om arbeidet som utføres på medisinsrommet. Leddet **Sykepleier deler ut** innbefatter handlingene som foregår når medikamentet er klargjort og blir delt ut til pasienten. Dette handler om å sikre seg om at det er riktig pasient og at det administreres på riktig måte. Hun må også forsikre seg om at pasienten har inntatt medikamentet. Det må fortløpende gjøres vurderinger rundt pasientens tilstand som gjør at det er forsvarlig å gi legemidlet. Eks å vurdere om pas BT og urinproduksjon tilsier at han skal ha medikamentet som er ordinert, eller om det er virkninger / bivirkninger som tilsier at det bør gjøres endringer.

*Sykepleieren vurderer effekt og dokumenterer* angir den oppfølgingen sykepleieren foretar i forhold til virkning og eventuelle bivirkninger. Hvordan man videre formidler dette gjennom kurveføring samt sykepleiedokumentasjon. Rapportering i skriftlig og muntlig form.

Det at sykepleierne er de som deler ut/gir medikamentene til pasientene innebærer at de er det siste leddet i legemiddelkjeden. Det er de som ser pasienten i praksis og det er de som skal gjøre kliniske vurderinger av pasientens tilstand, virkninger/ bivirkninger sett i en helhetlig sammenheng for pasientens beste.

### **1.3. Tidligere forskning.**

Emnet legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet er stort. For å finne aktuell forskning og bakgrunns litteratur er det gjort søk i ulike databaser<sup>5</sup>.

Dette har resultert i flere tusen treff, hvor hovedtyngden av den internasjonale litteraturen er Amerikansk, Australsk, Canadisk eller Engelsk. Utfordringen i forhold til dette er at noen av forholdene som beskrives i en del av artiklene ikke uten videre lar seg overføre til norske forhold. Blant annet er mye av arbeidet automatisert og gjort elektronisk ved hjelp av ulike teknologiske løsninger (punkt 2.2.2. s.24.). Dette gjør at disse landene til en viss grad er kommet en del videre i arbeidet med å forsøke å gjøre legemiddelhåndteringen sikrere, i motsetning til i Norge hvor mye fortsatt utføres manuelt.

Den norske legen Peter F. Hjort gjorde en omfattende gjennomgang av internasjonal og nasjonal litteratur innenfor emnet med boken ”Uheldige hendelser i helsetjenesten” i 2007. Denne har vært en viktig kilde til inspirasjon og aktuelle referanser. Her oppsummeres mye av det som foreligger innenfor temaet uønskede hendelser (Hjort, 2007)

I Norge er det relativt lite forskning som innehar den kliniske sykepleierens perspektiv innenfor emnet legemiddelhåndtering. Noe av det som foreligger tar i grove trekk for seg: forhold ved de strukturelle og relasjonelle rammer ved feilmedisinering, hvordan sykepleierne

---

<sup>5</sup> Det er gjort søk i Bibsys ask, CINAHL, Medline, Pubmed, Proquest og Science Direct med søkeordene: ”legemiddelhåndtering”, ”sykepleier”, ”pasientsikkerhet”, feilmedisinering”, ”uheldige hendelser”, ”ansvar” og ”avvik” ”feil” på norsk. Og ”patient safety”, ”safety culture”, ”medical errors” , ”nurse”, ”adverse events”, ”responsibility” og ”drug errors” på engelsk. Også kombinert med ”kvalitativ”/ ”qualitative” i søkeordene for å finne kvalitative studier.

opplever å gjøre alvorlige feilmedisineringer av pasienter, uheldige hendelser og ansvarsutvikling for å unngå feil og avvik (Storli, 2004, Schelbred, 2004, Mølmen, 2006, Settemsdal, 2008). I disse studiene kommer det frem at de intervjuede sykepleierne opplever å inneha et stort ansvar for at pasienten får riktige medikamenter. Måløy Settemsdal forteller i sin studie (ansvarsutvikling) om sykepleiere som føler et stort ansvar for sine egne handlinger, men også for hvordan andre sykepleiere håndterer legemidler. De føler et helhetlig ansvar for at den medisinske behandlingen som gis er til det beste for pasienten. Ansvaret innbefatter også det å følge med på at legenes arbeid blir utført forsvarlig (2008:66-69). Hun sier videre at: ”sykepleiernes arbeid med legemiddelhandtering er basert på å ta ansvar. Det individuelle ansvaret som sykepleieren tar er en positiv drivkraft som må til for å ivareta pasientsikkerheten” (Ibid:92).

I tillegg finnes noe forskning som tar for seg pasientsikkerheten på sykehus i et juridisk perspektiv, hvor de også trekker frem viktigheten av sikkerhet i arbeid med legemidler (Munkeby, 2008, Tinnå, 2009).

Svenske Synnøve Ødegårds forskning og bok(red.) er også et viktig bidrar innenfor feltet. Med tittelen ”I rattvisans namn” – ansvar, skuld och sakerhet i vården (2007), diskuteres av ulike forfattere forskjellige vinklinger innenfor temaet. Mye omhandler og ser på sykepleierens individuelle ansvar i forhold til systemansvar. Bokens innledning tar utgangspunkt i tre alvorlige hendelser i Sverige, som medførte en stor debatt rundt sikkerhet i helsevesenet. I alle sakene ble det reist juridisk tiltale mot den enkelte sykepleieren.

Med denne bakgrunnen er det ønskelig å gå nærmere inn i feltet opplevelse av ansvar for riktig medisinerings. Nettopp for å forsøke å få sykepleiere til å utdype disse erfaringene. Ikke bare i forhold til når det blir gjort feil/ avvik, men helhetlig ansvar i ”daglig” arbeid med legemidler. Ansvaret for pasientens sikkerhet ligger der hele tiden, så lenge sykepleieren er på jobb.



## 1.4. Problemstilling

I studien ønsker jeg å forsøke å få frem ulike opplevelser rundt arbeid med legemiddelhåndtering. Sykepleiere som nederste ledd i legemiddelkjeden (figur 1.1.s.12) kan bidra med hvordan de opplever å ha dette individuelle ansvaret? Med denne bakgrunn har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

**”Hvordan opplever sykepleiere ansvar for pasientens sikkerhet, i forbindelse med legemiddelhåndtering?”**

Hovedfokus for oppgaven omhandler sykepleiernes opplevelser med å inneha et individuelt ansvar for at pasienten får korrekt medisinerings. Det var også ønskelig at de skal kunne få mulighet til å fortelle om sitt ”daglige” arbeid med medikamenter, og hvilke forhold det er sykepleierne vektlegger som viktige for at pasientens sikkerhet skal kunne bli best mulig ivarettatt? Hvordan samarbeider sykepleierne med kollegaer for at sikkerheten skal bli best mulig? Selv om sykepleierne er individuelt ansvarlige er de også en del av en større organisasjon, som også er ansvarlige for å tilrettelegge for et forsvarlig system. Den konteksten sykepleierne jobber innenfor er vesentlig for hvordan sykepleierne får mulighet til å utføre sitt arbeid. Oppgaven har et individperspektiv, men forholdene slik de beskrives og oppleves av de enkelte sykepleierne sees også opp mot systemets ansvar for riktig legemiddelhåndtering.

Formålet med oppgaven er å sette søkelys på et aktuelt tema som er viktig for mange, med tanke på pasienter, pårørende, sykepleiere, leger, sykehusledelse, utdanningsinstitusjoner og myndigheter. Studien kan være med på å øke bevisstheten ved forholdene rundt arbeid med legemidler, og i den forbindelse være med på å forbedre mulighetene for at pasienten skal kunne få en riktig medisinerings. Det er ønskelig at det som kommer frem i studien, kan gi ny kunnskap, som kan være til hjelp for å forstå og forbedre forholdene rundt legemiddelhåndtering.

I forhold til oppgavens begrensning har jeg valgt å ta utgangspunkt i de nederste leddene i legemiddelkjeden, selv om sykepleiere også er involvert i andre ledd som for eksempel bestillinger av legemidler, samt det å ta imot varer fra apotek. Farmasøytens rolle kommer også lite frem, på tross av at de er ledd i forløpet. Dette fordi fokus i oppgaven avgrenses til det som foregår i avdelingene, og mellom sykepleier, lege, pasient og sykehuset som virksomhet.

## **1.5. Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 er ment som en innføring hvor jeg gjennom tidligere forskning og forståelse av feltet bygger opp bakgrunnen for problemstillingen. I kapittel 2 redegjøres det for den teoretiske tilnærmingen som drøftningen i oppgaven baserer seg på. Jeg starter med å belyse utviklingen av sykepleierens rolle med Svensson og Vike. Deretter hovedvekt på feltet rundt pasientsikkerhet og Reasons "sveitserostmodell". Videre fremmes syn på sykepleierkompetanse hentet fra Benner og Orvik. Kapittel 3 som belyser metode og materiale, viser hvordan jeg har gått frem ved hjelp av kvalitativ tilnærming og hvilke overveielser som er gjort. I kapittel 4 presenteres funn som fortløpende drøftes mot forskning og mine teoretiske valg fra kapittel 2. Det hele tas videre i en generell diskusjon i kapittel 5 med hovedvekt på sykepleierens ansvar og pasientsikkerhet. Her presenteres også oppgavens metodiske styrker og svakheter, samt faktorer som kan fremme pasientsikkerhet i praksis. Tilslutt følger avslutning og konklusjon av studien i kapittel 6.

## 2.0. Teoretisk tilnærming

Den teoretiske tilnærmingen tar utgangspunkt i problemstillingen om hvordan sykepleiere opplever ansvar for pasientens sikkerhet i arbeid med legemidler. Jeg starter med å si noe om fremveksten av sykepleierens rolle i helsevesenet. Deretter følger en utdyping av teori om pasientsikkerhet, hvor forskjellene mellom tradisjonell og nyere sikkerhetstenkning løftes frem. Tilslutt redegjøres for forståelse av begrepet kompetanse, Patricia Benners teori om kompetanseutvikling og Arne Orviks organisatoriske sykepleierkompetanse.

### 2.1. Den tradisjonelle sykepleierollen

Fremveksten av sykepleie som yrke og profesjon fra midten av 1800 tallet, kan sees i lys av den moderne medisins utvikling og behov. Sykepleien ble bygd opp rundt det å være ”legens høyre hånd”. Dette innebar å være hans medisinske assistent ved behandling, medisinerer og overvåkning. Sykepleierne administrerte og organiserte arbeidet innenfor de ulike avdelingene, og hadde i så måte en slags ”husmorrolle” som ble videreført fra kvinnens tidligere funksjon hjemmet. Etter hvert som utviklingen i medisinen og helsevesenet har gått fremover, har utdannelsen av sykepleiere fått en gradvis mer medisinsk karakter. Sykepleierne skal ikke lenger bare lære seg medisinske regler, prosedyrer og rutiner, men de skulle også tenke mer som legen i forhold til behandling. Dette har som enkelte hevder medført en delegering av omsorgsoppgaver til for eksempel hjelpepleierne. Sykepleiere jobber fortsatt med ”pleieoppgaver” og direkte pasientbehandling, men har likevel en stor grad av administrativ rolle i sykehusavdelingene (Svensson and Olsvold, 1998, Vike et al., 2002).

Ansvar for at pasienten får en helhetlig og god behandling er sykepleiernes hovedansvar, og de innehar med dette et sterkt individuelt ansvar for at deres yrkesutøvelse er faglig forsvarlig. I denne ”forsvarligheten” ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør utøve arbeidet. Lov om helsepersonell legger sterke føringer for hvordan sykepleiere skal utføre sitt arbeid, Kap.2 § 4,1- 2 ledd sier:

*”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig ” (Helsepersonelloven, 1999).*

*Videre ”helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand (...) der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelse skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”*

( Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleiere står også strafferettslig ansvarlig for det arbeidet de utfører, og kan ved å ha handlet ”forsettlig eller grovt uaktsomt” bli dømt til bot eller fengsel og miste sin autorisasjon som sykepleier (Molven, 2009). I etterkant av uheldige hendelser skjer det gjerne en etterforskning og diskusjon omkring kompetansen til sykepleieren, om hun har handlet på en forsvarlig måte, og om sykehusets sikkerhetsrutiner er blitt fulgt. Årsaken til uheldige hendelser kan være tilknyttet den enkelte sykepleier i form av uoppmerksomhet, nedsatt aktsomhet til manglende kunnskap og ferdigheter. Men også stress, utbrenthet, tretthet eller manglende ansvarsfølelse (Syse et al., 2000, Hjort, 2007, Ödegård, 2007). Sykepleieren er ofte blitt sett på som ansvarlig når noe går galt, f. eks ulykken i Sandnessjøen, hvor en liten gutt døde etter at en sykepleier injiserte en medisin som var beregnet til inhalasjon (Dagbladet.no 30.4.1998) eller Kalmar ulykken i Sverige 2002 da en baby døde etter at sykepleieren ga feil styrke av medikamentet Xylocard (Ödegård, 2007) Håndtering av legemidler er et arbeid hvor skaderisikoen er høy og jo større mulighet for skader jo større er kravet til forsvarlig håndtering (Olsen and Rygg, 2004). Dette betyr at sykepleierne må vite hvor effektive/skadelige medikamentene er, og hvilke risikomomenter som kontinuerlig er rådende.

Men det handler også om hvilke systemer man har for å redusere risiko, samt synliggjøre og lære av hendelser i ettertid. I forsvarlighetskravet har også virksomheten et stort ansvar. Dette er lovbestemt for sykehusene sin del, gjennom lov om spesialisthelsetjeneste § 2-2. Det betyr at helseforetakene er pliktige til å drive med forsvarlig standard. Tjenestene må få ressurser, bemannes og organiseres slik at de er forsvarlige. En handling eller en virksomhet kan ikke sies å være enten forsvarlig eller uforsvarlig. Det eksisterer ingen mellomting. Dette gjelder både utøvelsen til den enkelte helsearbeider og virksomheten som system (Molven, 2009).

## 2.2. Pasientsikkerhet

Mange hevder at fokuset på pasientsikkerhet for alvor kom med den amerikanske rapporten fra Institute of Medicine: "To Err is Human" i 1999. Her la de frem tall om at ca. 98 000 sykehuspasienter i USA døde hvert år etter feilmedisinering. Feilmedisineringen medførte også ekstra kostnader i forhold til liggedøgn og lidelse for pasienter/pårørende (Kohn et al., 2000, Hjort, 2007).

Ved nesten alle uheldige hendelser er det et menneske som utløser hendelsen, og tilsynelatende har skylden hvis det blir noe feil med medisineren. Peter F Hjort trekker frem at det er to måter å tenke over årsakene på. *Den gamle måten* handler om å legge skylden på det mennesket som tilsynelatende har utløst hendelsen – "the bad apple", eller "syndebukk". Dette er en tenkning hvor det er enkelt individer som gjør feil, mens resten av personalet/systemet fortsatt er feilfrie. *Den nye måten* derimot handler om å tenke på at alle handlinger i en helsetjeneste har bakgrunn i en organisasjon, et system, en kultur og kan derfor ikke sees isolert i forhold til et enkelt individ. Årsaken ligger som regel i systemet (Hjort, 2007:53). Det stilles derfor krav til både den enkelte og til organisasjonen (sykehus) som system. Sykehuset som arbeidsgiver har et ansvar for at arbeidet kan gjennomføres på en forsvarlig måte, og at man jobber systematisk med å forbedre områder hvor det oppstår feil eller nesten uhell (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2.2., Helsepersonelloven, 1999 § 16 og 17., Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, 2003, § 3 og 5).

Rammefaktorer som systematisk kan spille inn på forsvarligheten er: at det er nok personale på jobb, at man har nok tid, at de fysiske rammene rundt medikamenthåndtering er gode, gode rutiner og at man jobber bevisst for å utvikle sikkerhetssystemer som kommer både arbeidstakerne og pasientene til gode. Sikkerhetskultur handler om hvordan og i hvilken grad ansatte i organisasjoner jobber og samarbeider for å bedre sikkerheten i det daglige arbeidet. Sikkerhetskultur kan regnes som et produkt av ansattes tankesett, karaktertrekk ved arbeidet og organisasjonen (Olsen, 2007).

Som ledd i å forebygge og å utvikle kunnskaper om mulig risiko og å lære av uheldige hendelser har helsepersonell i Norge meldeplikt til helsetilsynet etter Lov om Spesialisthelsetjeneste § 3-3 første ledd:

*"det skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste (...) Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade"* (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Formålet med meldeplikten er å avklare bakgrunn for hendelser og forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen. Meldeplikten er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsarbeid (Statens helsetilsyn, 2008a). Underrapportering av hendelser er en kjent faktor, og Helsetilsynet mener at vi bare ser ”toppen av isfjellet”<sup>6</sup>. Det anslås at det er en betydelig underrapportering av uheldige hendelser, og at rapporteringssystemene er mangelfulle. I 2006 omhandlet 27 % av de innrapporterte meldingene hendelser med legemidler (Statens helsetilsyn, 2008b).

Flere hevder at helselovene i Norge og Sverige ikke er justerte i forhold til å flytte fokus fra individ til systemtenkning. Ordet pasientsikkerhet forekommer bare sporadisk i norsk helserett. Selv om man i dag vet at mye rundt en hendelse kan skyldes forhold i systemet, er det fortsatt den enkelte helsearbeider som blir stilt personlig til ansvar etter forsvarlighetskravet i lov om helsepersonell. ( Ödegård, 2007, Tinnå, 2009).

Inger Lise Grøndal er både jordmor og flyvertinne, og har sammenlignet sikkerhetskulturen i luftfart og i medisinske miljøer i 2002. Hun mener det i helsevesenet er ”bukken som passer havresekken”, med at det er helsetilsynet som skal identifisere, analysere og evaluere svakheter med sikkerheten, samtidig som det er de som skal komme med reaksjoner. I luftfarten er det derimot en uavhengig havarikommisjon som er adskilt fra Luftfartstilsynet. Hun mener videre at helsepersonell fortsatt opplever at oppmerksomheten rettes mer mot individet enn mot systemet når det skjer feil. Lov om pasientrettigheter og Lov om helsepersonell er begge individrettet når det gjelder personalets plikter. Hensikten med en personlig tilnærming, er at den som gjør feil må endre adferd. Hun tror ikke det er mulig å oppnå bedring av pasientsikkerheten og kvaliteten så lenge man gir individet følelsen av skyld (Grøndal, 2002).

---

<sup>6</sup> Et delvis synlig isfjell brukes som forsidebilde på Helsetilsynets meldinger og rapporter.

### 2.2.1. Individ og system: ”Sveitserostmodellen”

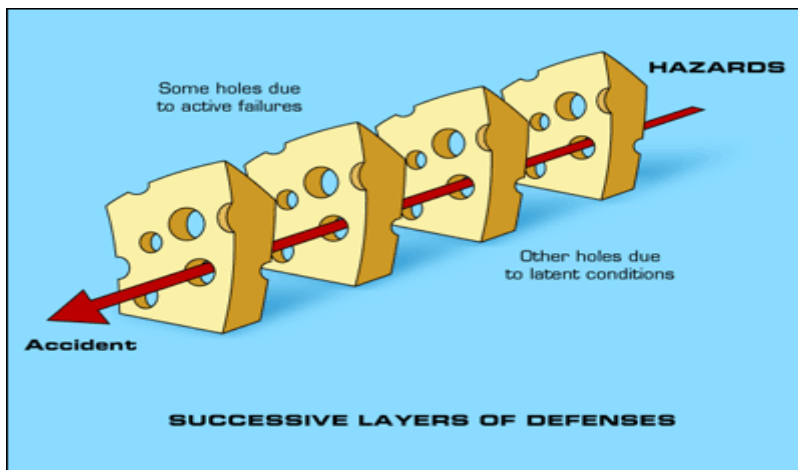
En annen sterk bidragsyter til å synliggjøre forholdene mellom individ og system har vært psykolog James Reason<sup>7</sup>. Han tar utgangspunkt i de to tilnærmingene med individ og system for å se på menneskelige feil. De ulike modellene medfører forskjellig syn på det å hindre feil fra å oppstå. Reason fremhever at det er viktig med en balanse mellom disse faktorene. Den *individbaserte modellen* ser på opphavet til feil som uberegnelige menneskelige prosesser. Strategien er å legge skyld, skyldfølelse og navngi den som har gjort feilen. Denne tradisjonelle tilnærmingen er derimot ikke bare negativ. Den kan se på mennesket som risiko, ved å fokusere på de feil, uaktsomhet og dårlig fulgte rutiner som mennesket utfører. Men også mennesket som helt, som kompenserer og improviserer for der det er svakheter i systemet slik at feil unngås. Den *systembaserte modellen* ser på den som har gjort feil i frontlinjen som et offer for en kombinasjon av faktorer som systemet utløser. Denne modellen er ikke opptatt av hvem som gjorde feilen, men på hvilke barrierer og sikkerhetsanordninger som ble brutt, og hva som kan gjøres for å unngå at det skjer igjen (Reason, 2007).

Reason utviklet på slutten av 1980-tallet ”**Sveitserostmodellen**” (figur 2.1.s.23) (Reason, 2000). Modellen har vært tilpasset ulike høyrisikobransjer som sivil luftfart, kjernekraftindustri, olje og gassvirksomhet, men også i forhold til pasientsikkerhet og prosessen med legemiddelhåndtering. Modellen håndterer tre overordnede begreper som kan anvendes på sikkerhetsfunksjoner i høyrisikomiljøer. Begrepene er *risiko* (farer), *barrierer* (forsvar) og *skader*. Alle sikkerhetssystemer handler om å hindre at farer skal komme i kontakt med personer og omgivelser. Dette oppnås gjennom å plassere ut barrierer og sikkerhetsinnstillinger mellom de potensielle ofrene og farene. Barrierene kan ha ulike former av tekniske sikkerhetsløsninger, fysiske barrierer, administrative kontroller og rutiner, forskrifter og retningslinjer, alarmer, varslinger og personlig beskyttelsesutstyr.

Barrierene skal være fullstendige og intakte slik at farene ikke trenger igjennom. Men i virkeligheten kan barrierene ses på som skiver av Sveitserost, fulle av hull. Hullene er i stadig bevegelse de åpnes, lukkes og bytter plass med hverandre (ibid, 2000).

---

<sup>7</sup> James Reason professor i psykologi ved universitetet i Manchester, har mottatt en rekke utmerkelser i Storbritannia for sitt arbeid med utvikling av sikkerhetsteori og ulykkesforebygging (Ødegård, S, 2007:139).



**Figur 2.1.** Sveitserostmodell James Reason 2000 <sup>8</sup>

Hullene forekommer av to ulike grunner: aktive feil og latente tilstander.

**Aktive feil** innebærer manglende oppmerksomhet, uaktsomhet, feil og avvik og regelovertrædelser gjort av sykepleiere i frontlinjen. Feilene gir opphav til relativt kortvarige hull, noen ganger varer de bare noen sekunder.

**Latente tilstander** behøver ikke være direkte feil, men kan ofte være det. Som f. eks utformingen av medisinerom, medisinkurver, sykepleieren har manglende kompetanse, ledelse og økonomisk ansvarlige. Dette kan fungere som latente smittestoffer som virker i kombinasjon med ulike utløsende faktorer. Hver osteskive utgjør en kategori av barrierer. Den ytterste skiven representerer den kompetanse, skikkethet og erfaring som den enkelte sykepleieren har. Den andre skiven tilsvarer det lokale sykehus/avdelings forholdsregler for sikkerhet, den tredje osteskiven handler om de organisatoriske sikkerhetsordninger, mens den fjerde og siste representerer de forholdsregler som foretas av systemet som helhet for å beskytte pasienter mot helseskade. Det er velkjent at samme situasjoner fortsetter å gi opphav til samme type feil på ulike sykehus med ulike personer. Å få frem hvordan disse feilkildene kan unngås er en grunnleggende forutsetning for effektivt sikkerhetsarbeid. Eks å rapportere inn feil/hendelser som blir begått. Poenget er at hver osteskive må være minst mulig hullete for å ivareta pasientsikkerheten(Reason, 2000).

---

<sup>8</sup> Dette er en grunnmodell som i senere tid er videreutviklet av Reason selv og av andre forskere.



### 2.2.2. Ny teknologi

Det foreligger i dag ulike tekniske løsninger som hevdes å være løsningen på mange av problemene rundt rekvirering og distribusjon av medisiner. Disse systemene er eksempler på at det arbeides med å finne løsninger som bidrar til en riktigere medisinerings. En ting er innføring av databasert legemiddelordning (computerized physician order entry, CPOE), men også datastyrte medisinlagre som nå brukes i flere land.

Amerikanerne virker å være ledende ved innføring av ny teknologi, og Peters & Peters beskriver i sin bok ” Medical error and patient safety” ulike databaserte systemer. For det første bruk av elektroniske strekkoder på pasientens navnebånd som kan sammenlignes med ordinasjonen og medikament beholdning. Dette kan være med på å hindre medikament gitt til feil pasient, feil medikament, feil styrke, feil dose og feil tid. Med til dette hører også bruk av datastyrte medisinlagre og elektronisk ordning. Ved eventuelle avvik eller forsiktighetsområder vil maskinen si ifra. Pasienten vil også kunne få en utskrift over egen legemiddelliste, for lettere å kunne følge med på medisinerings. Systemene innebærer også automatiserte dispenserings skap, som plukker frem medikamentene, legger i merkede poser og samtidig holder orden på legemiddellageret. Det er også muligheter for videreutvikling av systemene med å koble til kliniske verdier som kan spille inn på medisinerings, f. eks allergier, BT, P, nyreverdi osv. Mulige interaksjoner mellom legemidlene vil også kunne bli varslet om. Bruk av slike systemer har i følge forfatterne redusert risikoen for feilmedisinerings i USA (Peters and Peters, 2008:30-31).

I Norge er vi også begynt å bruke lignende systemer. Betanien Hospital i Skien var det første sykehus som anskaffet seg et slikt system i 2007. Øya Helsehus i Trondheim planlegger også å sette i gang et lignende system i 2009 (Health Tech 19.2.2010). Nye Akershus sentralsykehus (Ahus) tok også i bruk et nytt legemiddelhandskeringsystem i 2008. Lukket rørpost mellom apotek og avdeling urørt av menneskehender. Også her med elektronisk rekvirering som går til apotek som maskinelt plukker frem og legger medikamenter i pose merket med strekkode, strekkoden skal også passe til på pasientens navnebånd (Ahus.no 14.8.2008).

Men ingen systemer har så langt vist seg å være ufeilbarlige og sykepleierne har også her ansvaret for riktig medisinerings. Systemene kan være viktige bidrag til å avhjelpe sykepleiernes arbeid, men det er også viktig at de blir utformet på en god måte for sykepleiernes arbeidssituasjon og ivaretagelse av deres kliniske kunnskaper.

## 2.3. Kompetanse

Kunnskap har i vesten tradisjonelt vært delt inn i en teoretisk og en praktisk side. Sykepleie er betegnet som et praktisk yrke, men man behøver samtidig en del teoretiske kunnskaper for å kunne praktisere en forsvarlig yrkesutøvelse. Det er derfor behov for å anvende en vid definisjon av kompetansebegrepet. Molander snakker om kunnskap-i-handling. Han sier at man ikke kan akseptere en grense mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Det innebærer at kompetanse også omhandler det å kunne handle i praksis, innsikt, intuisjon, kroppslig kunnskap, erfaring og anvendelse av kunnskap (Molander, 1996:57-59).

### 2.3.1. Praktisk erfaring

Den amerikanske sykepleieforskeren Patricia Benner foretok i 1984 studier av ”den erfarne praktiker” med boken ”From Novice to Expert”. Hun utførte en omfattende studie fra flere amerikanske sykehus med Dreyfusbrødrenes teori om ferdighetslæring som utgangspunkt. Boken har hatt stor betydning for forståelsen av erfaringsbasert kunnskap, og viser bl.a. hvordan den kliniske sykepleieutøvelsen endrer seg gjennom kunnskap og erfaring. Modellen er satt opp for å vise hvordan tilegnelse og utvikling av ferdigheter går igjennom 5 nivåer: *novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert*. Nivåene avspeiler endringer innenfor 3 allmenne aspekter av kvalifisert praksis. For det første en bevegelse bort fra avhengigheten av abstrakte prinsipper til egen konkret erfaring som paradigme. Det andre er en endring i oppfattelsen av en krevende situasjon. Situasjonen sees i en mindre grad som en opphopning av bestanddeler, men mer og mer som en komplett helhet. Det tredje er overgangen fra en posisjon som utenforstående iaktaker til deltakende aktør (Benner, 1995).

Benner sier også at sykepleierne kan ses på som organisasjonens (sykehusets) lim. De ivaretar et ansvar for pasientene som både de selv og andre profesjonsgrupper i stor grad tar for gitt. Dette innebærer også å ta ansvar for å følge opp behandling som andre setter i gang, deriblant legemiddelhåndtering (Ibid, 1995).

Hun hevder videre at overvåkingen av sikkerheten og terapeutiske reaksjoner på medisiner har vokst fortløpende med utviklingen av sterkere preparater og nye medikamenter. Legemiddelhåndteringen innbefatter ferdigheter som nøyaktighet og sikkerhet. Dette innebærer også kunnskap om kombinasjonseffekter, uforlikelighet, bivirkninger, reaksjoner med mer. Sykepleierens overvåking og oppmerksomhet mot pasienten kan være spørsmål om liv eller død (Ibid, 1995: 119-121).

Hun og Judith Wrubel har også gitt ut boken ”The Primacy of Caring” i 1989 som handler om omsorgens betydning for sykepleie med hovedvekt på stress og mestring ved sunnhet og sykdom. I bokens kap. 10 er det sykepleiernes mestring av arbeidet som sykepleier de tar utgangspunkt i. Her tar de også opp hvordan sykepleiere kan mestre det å være sykepleiere (Benner and Wrubel, 1989).

### **2.3.2. Organisatorisk kompetanse**

I likhet med Benner som sier at sykepleierne er sykehusets organisatoriske lim, sier Arne Orvik at sykepleie utøves i spenningsfeltet mellom hensynet til pasienten, egen arbeidssituasjon og organisasjonens krav til effektivitet. Sykepleierne har rollen som holder sykehuset sammen som et komplekst system. Han sier at organisatorisk kompetanse er nødvendig for å styrke pasientens opplevelse av kvalitet. Samtidig advarer han mot en koordinatorrolle som gjør at sykepleierne blir hengende fast i en tradisjonell assistentrolle (Orvik, 2004).

Begrepet kompetanse blir ofte brukt om enkeltpersoners kunnskaper og ferdigheter. Dette er en individuell forståelse. Men kompetanse kan også sees som noe kollektivt, som knytter fagpersoner sammen forankret i arbeidsfelleskap. Det er noe relasjonelt som binder fagpersoner, fagmiljø, avdeling og organisasjon sammen (ibid, 2004).

Han sier videre noe om hva han mener begrepet kompetanse innebærer. Det er knyttet til kontekst, blir utviklet i møte med en organisasjon, en tradisjon eller en kultur. I så måte er det forankret i noe overindividuell og oppstår i relasjoner mellom fagpersoner. Det inkluderer å endre deg selv gjennom kritisk refleksjon, samt å beherske en organisatorisk helhet (ibid, 2004:31-32).

## **3.0 Metode og materiale**

Problemstillingen jeg har valgt la grunnlaget for valget av metode. Ordet *metode* betyr i sin greske opprinnelige form: ”et veivalg som fører til målet” (Kvale, 1997). Som forsker må jeg derfor velge den metoden som gir best mulighet for å finne svar på problemstillingen. I og med at jeg ønsket å gå inn i sykepleieres opplevelser og erfaringer med legemiddelhåndtering, ble det gjennomført **5 kvalitative intervju av sykepleiere**. Dette for å klare å få frem både likheter og ulikheter ved erfaringene. Erfaringene fra disse sykepleierne vil ikke nødvendigvis

gjelde for andre sykepleiere, men de kan belyse et utvalg av forhold/synspunkter rundt arbeidet med legemidler. På den måten kan de også være aktuell for andre. Jette Fog beskriver formålet med det kvalitative forskningsintervju som:

*”Å få fat i de betydninger, som personer, ting og forhold har for interviewpersonen (...), at fange subjektets/aktørens perspektiv, dvs. hans kognitive og følelsesmessige organisering av verden” (Fog, 2004:11).*

### **3.1. Kvalitativ metode**

Mitt utgangspunkt for prosjektet var at det skulle være praksisnært. Jeg ønsket og tre inn i sykepleiernes erfaringer med å være ansvarlige ved administrering av legemidler. Den vitenskapsfilosofi som ligger til grunn for forskningen, er viktig for å synliggjøre hvordan man tenker i forhold til kunnskap og mennesket. Filosofi kan sies å være en måte å se verden på (Thomassen, 2006). I min studie har jeg valgt kvalitative intervju med form som semistrukturerte samtaler. Kvalitativ tilnærming går i dybden på små utvalg, hvor forståelse og innsikt i menneskers oppfattelse av deres liv kommer frem. Metoden bygger nettopp på teorier om menneskelige fortolkninger (hermeneutikk) og erfaringer (fenomenologi). Dette blir sett på som en motvekt til kvantitativ forskning som er opptatt av å kunne måle og kartlegge store utvalg med formål om å generalisere funnene. Studien har en grad av fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

”Fenomenet” det er snakk om i denne oppgaven, er sykepleieres opplevelser av ansvar med legemiddelhåndtering. En del av deres livsverden er arbeid i sykehusavdelinger, som innebærer kontekster som er flettet sammen av kulturelle, historiske og sosiale sammenhenger. Det er de praktiske erfaringene fra sykepleiernes arbeidshverdag jeg søker å forstå, og kunnskapen skal komme fra de som opplever dette. Ved å studere fenomenet *innenfra* undersøker jeg ansvar slik personene selv erfarer det. Hva betyr det å ha et slikt ansvar, hvilken mening har det for personen og hennes livsverden? I så måte innebærer det å forsøke å forstå en kompleks situasjon ut fra den enkelte sykepleiers opplevde erfaring. Ved å ta utgangspunkt i beskrivelser av praksissituasjoner kan sykepleierens opplevelser, refleksjoner og erfaringer løftes frem. På den måten søker jeg inn i feltet og sykepleiernes stemme trer frem (Thomassen, 2006:170).

Et annet poeng er *nedenfra* perspektivet som tar utgangspunkt i ”saken selv”, nemlig den praksis som foreligger. I stedet for å bruke overordnede teorier til å analysere praksisutøvelsen, søker jeg å bygge opp *nedenfra* gjennom å studere hva sykepleierne faktisk gjør. Hvordan de forstår, reflekterer over og gir mening til disse praksishandlingene. Gjennom å studere dette kan sykepleiernes ”ekspert” kompetanse synliggjøres, skjulte praksisformer og variasjonene i praksisutøvelsen løftes opp i lyset. (Ibid, 2006).

Det at jeg ser problemstillingen *innenfra og nedenfra* innebærer at jeg samtidig tar et individfokustert perspektiv fremfor å se på systemet rundt legemiddelhåndteringen som helhet. Likevel er det fremtredende at sykepleierne jobber innenfor et system som er en del av deres livsverden og kontekst. Dette er rammer de jobber innenfor og som skaper klare føringer for hvordan de kan løse arbeidsoppgavene på en mest mulig forsvarlig måte.

Dette sett i lys av Benner som redegjør for sitt syn på sykepleie satt i en fenomenologisk og feministisk vitenskapsfilosofisk retning. De mener at mye av det som vi tar for gitt er kulturbestemt, og den nedarvede tenkemåten har betydning for hvordan vi utfører sykepleie i praksis. Sentralt er at handlingene er situasjonsbestemt, og konteksten er utgangspunktet for å kunne gjøre en riktig handling. Dette innebærer at det ikke finnes en oppskrift for hvordan man skal utføre riktige handlinger. Hun hevder at teori som omhandler mennesker og det som er betydningsfullt for deres liv ikke kan bygge på en positivistisk innfallsvinkel. Positivismen forsøker å finne sikker kunnskap som er forutsetningsfri og som har kontroll over virkeligheten. Å rykke fenomenene ut av den sammenhengen de befinner seg i, stemmer i så måte ikke med sykepleiens holistiske grunntanke. Den holistiske tilnærmingen innebærer at trekk ved personer eller handlinger alltid handler om personens totale livssituasjon selv når enkeltdele utforskes. Konteksten innebærer nettopp sykepleiernes samarbeid med kollegaer (og pasient), praktisk gjennomføring av arbeidet, ulike vurderinger og hensyn som må tas for gi en riktig medisinerings av pasienten. Det at pasienten blir korrekt medisinert tenkes å være et uttrykk for deres omsorg og ønsket om å gjøre ”det gode” for pasienten.

Det at forskningen også er hermeneutisk innebærer at ved en beskrivelse finnes det allerede en fortolkning. Forskningen er aldri helt åpen og forutsetningsløs, forskerens forståelses horisont er avgjørende for hva som blir lagt merke til og vekt på. Når materialet fortolkes tar en med seg den innsikten man har og trekker dette inn i forståelsesprosessen. På den måten blir det et samspill mellom forskeren og det hun forsker på. For å få tilgang til data må forskeren gå inn i en dialog med forskningsfeltet (Thomassen, 2006:171).

### **3.1.1. Forforståelse**

Et relevant spørsmål i forskningsprosessen er hvordan forskeren påvirker prosessen, ikke hvorvidt han/hun påvirker den (Kvale, 1997) Man bør imidlertid være oppmerksom på sin egen forforståelse både i selve intervjuet, og ikke minst når man leser/fortolker den utskrevne teksten. Alle som ønsker å forske på noe, har blitt interessert i emnet på en eller annen måte. For meg handler det om min erfaringsbakgrunn som sykepleier (punkt 1.1.1.) og den teoretiske innsikt med at jeg har lest en del om emnet. Jeg har selv erfaringer på området med ansvar for legemidler. Dette betyr at jeg på forhånd vet en god del om dette. Jeg vet også noe om hvordan det kan oppleves å jobbe med dette, men ikke hvordan det oppleves av andre. Feltet jeg hentet respondenter fra er et sykehus jeg selv har jobbet på, men ikke de seneste årene. Dette må kanskje betegnes som ”eget felt”, dvs. et felt jeg står i en relasjon til. Her har jeg også veiledning med studenter med jevne mellomrom. Her ligger det en fare knyttet til egen subjektivitet. Det er en fare for at den forståelsen jeg har fra tidligere kan bli til fordommer. At jeg har ”briller” (bias) på som gjør at jeg ikke fokuserer på det som respondentene forteller, men det jeg selv har erfart og det jeg vil at de skal si.

Jeg måtte derfor forsøke å være så kritisk refleksiv som mulig, og la respondentene fortelle mest mulig åpent om sine opplevelser. Hovedmålet målet med forskning er å fremskaffe ny kunnskap, og ikke bare det vi allerede vet fra før. Det handler også om ”å gjøre det kjente fremmed”, og ikke ta for gitt det jeg anser for å være ”naturlig”. (Thornquist, 2003).

Dahlberg et al. sier: ”the researcher shall hold her/his own experience of the phenomenon back as much as possible in favor of the experience of the informant” (Dahlberg et al., 2001)

Forforståelsen møter senere teksten i analysen, og i den forbindelse må jeg være oppmerksom på faren ved å bli forført av min egen forforståelse slik at jeg hindres i å få ny innsikt gjennom respondentene. Det de forteller kan ”åpne luker”, som gjør at man kan frembringe kunnskap om et område man allerede har kjennskap til. Jeg går inn i et tema med en forståelse om hvordan tingene ser ut eller forklaringer på hvorfor det kan være slik.

### **3.1.2. Form på intervju**

Formen på intervjuene er semistrukturert, som kjennetegnes av at intervjueren ønsker at et spesielt sett med emner blir dekket i intervjuet. Intervjueren vet hva hun ønsker å spørre om, men kan ikke forutsi hva svarene kommer til å bli. Polit & Beck sier om “intervjuer rollen”: ”the interviewer’s function is to encourage participants to talk freely about all the

topics on the list, and to tell stories in their own words” (Polit and Beck, 2008:394).

Utformingen av intervjuene ble avgjørende for hva jeg ønsket å oppnå og å få frem, og overveielsen mellom åpent og semistrukturert intervju handlet om hvor åpen form det var ønskelig å ha. Jeg ønsket å bruke et utforskende perspektiv med vekt på å prøve å forstå, hva det er som spiller inn i sykepleierens opplevelse av ansvar. Jeg var ute etter mening og sammenheng i forholdet til temaet ansvar i legemiddelhåndtering. For å holde fokus på emnet, ble det benyttet et utkast med hovedpunkter for samtalene (vedlegg 5). Utkastet ble utformet etter de 3 siste leddene i legemiddelkjeden, men hadde i tillegg innledning og noen generelle punkter. Spørsmålene var tenkt som en oppfordring til å fortelle/beskrive mest mulig fritt om sitt daglige arbeid innenfor punktene. På den måten kan man veksle mellom struktur og åpenhet.

Det var avhengig av at respondenten og meg som forsker samarbeidet i intervjuet, og kan på mange måter ses på som en samtale (Kvale, 1997, Fog, 2004). Lundman og Graneheim sier at i kvalitativ forskning veksler man mellom nærhet og distanse, og forskeren blir på en måte medskaper i forskningsprosessen (Lundman, 2008). I åpenheten kan jeg oppnå informative narrativer, og i strukturen finne mer konkrete svar. På den måten fikk sykepleierne selv være med på å vektlegge hva de mente var viktig. Samtalen fikk et retrospektivt tilsnitt hvor respondenten skulle huske tilbake på sitt arbeid og hendelser. For eksempel å spørre: ”fortell hvilke tanker du har rundt det å jobbe med medisiner?”, så videre å få tak i flere detaljer, til opplevelsen grundig nok beskrevet (Polit and Beck, 2008). I forhold til dette var det viktig å komme med oppfølgingsspørsmål for å få utdypet innholdet og meningen til respondenten. Eksempel: ”hva er grunnen for at dette er viktig for deg?”, ”hva tenker du om det?” eller ”kan du gi eksempler på det?”(Polit and Beck, 2008:394)

Hovedtanken var at intervjuet skulle ha en åpen form i flere betydninger. Først åpenhet rundt hva det var jeg som forsker ønsket med undersøkelsen. At informantene var forhåndsinformert om temaet. Tilslutt også åpenhet i selve intervjusituasjonen, at det ble lagt opp til å fremme respondentenes erfaringer uten for mange innsigelser fra meg som forsker.

### 3.1.3. Utvalg og rekruttering

Respondentene i oppgaven er sykepleiere som arbeider i somatisk sykehus.

Utvelgelseskriteriene var at de er sykepleiere, deretter at de arbeider ved avdelinger som har en stor grad av håndtering med ulike legemidler (former for legemidler: tabletter, intravenøst, injeksjoner osv.). Sykepleierne håndterer dette i daglig omsorg for pasienter ved kirurgisk eller medisinske sengeposter. Det er i så måte sykepleiere ved ulike avdelinger, med ulik type stillinger, men med minimum 1 års yrkeserfaring som sykepleier. Dette var fordi at de skulle ha hatt tid til å gjøre seg noen erfaringer rundt arbeidet med medisiner.

Utvalget ble gjort ved et lokalsykehus og den aktuelle sykehusledelse ble kontaktet for å få tillatelse til å benytte sykepleiere fra deres sykehus til prosjektet (Vedlegg 2). Deretter kontaktet jeg avdelingsledere ved tre ulike sengeavdelinger. Avdelingslederne bidro med å dele ut informasjonsskriv med vedlagt samtykkeerklæring og ferdig (adressert og frankert) svarkonvolutt i posthyllene til noen av de som var aktuelle. Totalt ble det delt ut 35 informasjonsbrev (vedlegg 3). Jeg informerte også muntlig om prosjektet i avdelingene på fagmøter/avdelingsmøter. Her ble informasjonsskrivet gjennomgått, med mulighet for å stille spørsmål.

Det var ønskelig at sykepleierne rekrutterte seg selv etter å ha fått informasjonen. Slik selvrekruttering gir forhåpentligvis respondenter som selv ønsker å delta og som føler at de har noe å bidra med i forhold til problemstillingen. Skjervheim betegner dette som en treleddet relasjon, dvs. at to personer deler samme ”saksforhold”, her interesse for det å ha ansvar i legemiddelhåndtering (Skjervheim, 1996).

Man unngår også at sykepleierne føler seg presset til å delta ved for eksempel å bli direkte forespurt av avdelingssykepleier eller forsker. Etter endt svarfrist hadde jeg fått svar med samtykkeerklæring fra 5 sykepleiere. Disse ble så kontaktet per telefon hvor tid og sted for intervjuene ble avtalt.



### 3.2. Samtale og bearbeidelse av materialet

Jeg utførte først en prøvesamtale på en kollega ved sykepleierutdanningen, dette for å prøve ut hovedpunkter og det å være i en intervjusituasjon. Samtalen ble tatt opp på bånd og hørt igjennom, men ikke transkribert til tekst. Dette medførte kun få endringer.

I samarbeid med den enkelte respondent ble vi enige om hvor og når vi skulle gjennomføre intervjuene. Det ble vurdert om samtalene burde foretas i nærheten av avdelingen, slik at sykepleierne ikke ”stakk” seg ut, eller ble lenge borte fra avdelingen ved å forlate sykehuset. Eller om det var greit å foreta intervjuet på et annet sted, slik at man ikke ble forstyrret og tenkte på arbeid man skulle ha gjort.<sup>3</sup> av intervjuene ble gjennomført utenfor sykehuset, disse sykepleierne tilbød seg å komme utenom arbeidstid til min arbeidsplass. Intervjuene ble foretatt på grupperom hvor vi kunne sitte uforstyrret. 2 av intervjuene ble foretatt på sykehuset på et møterom. Først innledet jeg med å gå igjennom informasjonsskrivet på nytt og snakket litt om legemiddelkjeden. Alle sa at de følte seg godt informert og hadde også vært til stede på mine muntlige informasjonsmøter i avdelingene. I og med at de selv hadde meldt seg på prosjektet opplevde jeg at de var positivt innstilte og at dette var noe de ønsket å være med på. Alle ga uttrykk for at dette var et viktig tema som berørte store deler av deres arbeidsdag.

Under de intervjuene som ble gjennomført på sykehusets møterom (utenom avdelingene), opplevde jeg at sykepleierne hadde delegert bort arbeidsoppgaver til kollegaene sine på forhånd, og de ga uttrykk for at de kunne være borte ca 1 time. Dette var også avtalt med avdelingslederne. De hadde callinger på seg som ringte en del, spesielt under det ene intervjuet. Dette så ut til å forstyrre sykepleieren noe, men hun ønsket likevel ikke å avbryte eller ta pauser. Samtlige intervju ble gjennomført uten avbrytelser eller pauser.

De 3 intervjuene som ble gjennomført utenfor arbeidstid (etter deres eget initiativ) ble som sagt avholdt på gruppe rom ved min arbeidsplass. Disse sykepleierne hadde god tid og det var ingen avbrytelser. Alle samtalene ble tatt opp på lydbånd, noe som respondentene var informert om og hadde godkjent på forhånd. Jeg startet lydopptaket etter at vi hadde gjennomgått informasjonsskrivet og startet på selve intervjuet. Fordelene med lydbånd er at det som blir sagt blir registrert og at det fanger opp stemninger og tonefall som kan være til hjelp under analysen. Jeg noterte også underveis i intervjuet, som var til hjelp med å få frem opplevelsene og for å kunne stille oppfølgings spørsmål.

Jeg startet med å spørre om hvordan de erfarte å jobbe med legemidler, deretter tok jeg opp tråden i forhold til hva det var de snakket om. Hovedpunktene jeg hadde satt opp på forhånd

ble ikke benyttet kronologisk, men jeg kontrollerte underveis at vi hadde vært innom alle områdene. Mange av emnene ble flettet inn i hverandre og i noen tilfeller gikk jeg tilbake og ba de om å utdype uttalelser nærmere. Det kom frem mange beskrivelser om arbeidet og arbeidsforholdene, men også historier som eksempler for å bekrefte synspunkter og opplevelser. Samtalene varte fra 48-76 minutter og ble gjennomført i løpet av en 3 ukers periode. Etter hvert intervju skrev jeg ned hvilket inntrykk jeg hadde av intervjusituasjonen, samspillet oss imellom og de viktigste punktene jeg merket meg underveis.

### **3.2.1. Transkribering**

Alle intervjuene ble som sagt tatt opp på bånd og senere transkribert til tekst. Det var god kvalitet på lydopptakene både i forhold til lyd og til at det ikke var noen brudd i opptakene. Selve prosessen med å skrive av opptakene var både utfordrende og tidkrevende. Jeg valgte å gjennomføre arbeidet selv. Å skrive ned det som blir sagt, kan sees på som en tidlig fase i analyseprosessen. Jeg skrev ned intervjuene ord for ord, og forsøkte å gjengi tale og stemninger så eksakt som mulig. Avbrutte setninger ble markert med ..., pauser ble beregnet i antall sekunder, sentrale emosjonelle uttrykk som (ler) (irritert) (sukk) eller lignende ble kommentert i parentes. Jeg har også skrevet med uthevede bokstaver der hvor respondenten har lagt ekstra trykk på uttalene og noen steder med store uthevede bokstaver hvor respondenten tok ekstra hardt i (Dahlberg et al., 2001:166, Graneheim, 2004:111).

Jeg valgte å skrive intervjuene på bokmål, for å unngå at noe kunne gjenkjennes i forhold til dialekt, ord og uttrykk. I tilfeller hvor avdelingene, navn på ansatte eller andre forhold ble nevnt, har jeg også utelatt dette. Det transkriberte materialet må imidlertid sees på som en konstruksjon av muntlig tale til tekst. Dette er en form for datareduksjon, hvor den opprinnelige mening av det som ble sagt kan oppfattes annerledes i den utskrevne teksten (Kvale, 1997). Det ferdig transkriberte materialet bestod av 16-19 sider utskrevet tekst for hvert intervju.

### 3.2.2. Kvalitativ innholdsanalyse

Jeg startet med å lese igjennom alle de transkriberte samtalene flere ganger. Etterpå noterte jeg ned hvilket inntrykk jeg fikk av hva som var hovedbudskapene til respondentene. Jeg la vekt på følelser, hva de trakk frem som viktig, hvor det var trykk på ordene osv. Deretter delte jeg materialet inn etter hovedpunktene i samtalen: *sykepleier plukker frem og doserer, sykepleier deler ut, sykepleier vurderer effekt og dokumenterer og en generell del* (de 2 siste delene ble slått sammen pga materialets størrelse).

Selv om jeg delte materialet inn i emner måtte jeg også lese delene og hovedpunkter som helheter, mye fordi respondentene fortalte ting om hverandre. Men også fordi materialet må sees i en helhetlig sammenheng med problemstillingen. For å analysere materialet har jeg tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundmans oppsett for kvalitativ innholdsanalyse. De har beskrevet prosessen med å identifisere deler av teksten innenfor hvert temaområde i meningsenheter. Dette er konstellasjoner av ord og uttalelser relatert til samme mening. Så kondenseres meningsenhetene til koder som beskriver og fortolker teksten på et høyere abstraksjonsnivå. Dette inkluderer å sette opp **meningsenheter, kondensert meningskategori, kode, (subkategorier), og kategorier** på varierende nivåer. Analysen ble utført med utelatelse av Graneheim og Lundmans subkategorier, fordi jeg ikke anså det som nødvendig i denne prosessen. Det vil si at arbeidet ble gjennomført med 4 analytiske ledd (figur 3.1.). Til slutt ble teksten tolket som en helhet og forsøkt knyttet til tidligere forskningsresultater og relevant teori. Som forsker må man forsøke og ”la teksten snakke” og trekke frem både det som er manifest og latent (Graneheim, 2004, Lundman, 2008).

<b><u>Meningsenhet</u></b>	<b><u>Kondensert meningsenhet</u></b>	<b><u>Kode</u></b>	<b><u>Kategori</u></b>
Hvis jeg er usikker spør jeg legen, så jeg legger ikke i noe jeg er usikker på, eller bare tror hva som står der. Da spør jeg den legen som er på gruppen. Ellers så blir det skummelt. Ikke bare ta det man tror.	Spørre legen hvis man er usikker. Ikke gi noe til pasienten som hun er usikker på. Må være trygg på det hun gir	Sikker på det man gir til pasienten	Sikkerhet
Det er trangt. Vi står gjerne 2-3 stykker der. Jeg synes det er trangt og lite. Ikke er det vindu, og den viften suser og går, uten særlig avtrekksfunksjon.	Føles trangt og lite. Vanskelig å jobbe når det er trangt. Dårlig luft og avtrekk	Fysiske arbeidsforhold	Arbeidsmiljø

Figur. 3.1. Eksempel på analytisk fremgangsmåte

### 3.3. Forskningsetiske overveielser

For å ivareta respondentenes personvern er alt av materiale anonymisert. Alle respondentene skrev under på informert samtykke (Vedlegg 4), hvor det var presisert at all deltakelse er frivillig. De ble også gjort oppmerksomme på at de hadde mulighet til å kunne trekke seg fra prosjektet underveis, uten videre forklaring. Personopplysningene er anonymisert, og ingen uttalelser skal kunne identifisere respondentene i den ferdige oppgaven. Materialet er håndtert konfidensielt (både tekst og lydfiler), og lagret på en forsvarlig måte. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste<sup>9</sup>, personvernombudet (Vedlegg 1). Søknad til Regional Komité for medisinsk forskningsetikk (REK) var ikke nødvendig fordi jeg ikke skulle forske på pasienter.

Jeg måtte også vurdere om det kunne medføre noen konsekvenser for sykepleierne å delta i min undersøkelse. For eksempel om man kunne gjenkjenne fortellinger fra ulike hendelser, og om dette var noe som i så fall skulle vært meldt inn. Det fremkom imidlertid ingen slike fortellinger om uheldige hendelser som ikke var håndtert som avvik fra tidligere. Jeg måtte også være oppmerksom på muligheten for at sykepleierne kunne utvikle en form for skyldfølelse for hendelser eller arbeidspraksis som de kom inn på i samtalen. Som forsker må man unngå å fremstå som fordømmende i forhold til det som formidles i intervjusituasjonene.

---

<sup>9</sup> Prosjekt nummer 22482

## 4.0. Presentasjon av funn med drøftning

I dette kapitlet presenteres de funn som kom frem etter analyse av det empiriske materiale. Jeg har valgt å legge frem funn støttet opp med uttalelser fra sykepleierne, og drøfter dette opp mot aktuell teori fortløpende. Etter analysearbeidet fra meningsbærende enheter til kategorier, satt jeg igjen med 3 hovedtema: *Arbeidsmiljø, kompetanse, sikkerhetsnett*.

Samtalene medførte detaljerte beskrivelser av utførelsen av klinisk praksis. Dette kan være viktig for å dokumentere det faglige grunnlaget utførelsen av legemiddelhåndteringen har. I beskrivelsene av hvordan de jobber og opplever det å være ansvarlige, er det mange fysiske og organisatorisk forhold som trer frem. Men også forholdet til pasienten, kollegaer, andre yrkesgrupper og alle de vurderinger av klinisk tilstand som gjøres for at vedkommende skal kunne få en god og riktig medisinerings. Disse forholdene kan ses som kontekster som sykepleierne arbeider innenfor, og som er med på å sette standard for pasientens sikkerhet. Samtidig kan man få et innblikk i hvordan sykepleiernes livsverden utspiller seg.

Å løfte frem kontekstene, er med på å bidra til forståelse av hvilke rammer som utgjør grunnlaget for arbeidet. Dette er forhold som kan bidra til kunnskap om arbeid som for utenforstående kan virke lite fremtredende eller usynlig.

### 4.1. Arbeidsmiljø

Nettopp det ”miljøet” de arbeider i var et gjennomgående tema i samtalen. Hovedfunn under temaet er: fysiske arbeidsforhold, uoversiktlige legemiddelkurver, det å kunne konsentrere seg ved stadige avbrytelser og dårlig tid til å løse arbeidsoppgavene.

#### 4.1.1. ”Det er så trangt”

Utformingen av hovedpunkter for samtalen etter de siste leddene i legemiddelkjeden, medførte grundige beskrivelser av medisins rommenes utforminger og hvordan det opplevdes å jobbe der. Alle de aktuelle avdelingene har medisinsrom med hyllesystem etter felleskatalogens ATC nummer<sup>10</sup>. Ved den ene avdelingen er medisinsrommet plassert innenfor

---

<sup>10</sup> ATC står for ”Anatomic therapeutic chemical classification”, det er et sentralt register i Felleskatalogen. Er anbefalt av WHO (verdens helseorganisasjon) BIELECKI, T. & BØRDAHL, B. (2008) *Legemiddelhåndtering*, Oslo, Gyldendal akademisk.

vaktrommet, noe som medfører at du må gå igjennom vaktrommet for å komme inn. På vaktrommet er det arbeidsbord med pc, sofagruppe og telefon. Det er avskilt med dør inn til medisinerrommet. På de to andre avdelingene er medisiner rommene separert fra vaktrommene, men utformet med et arbeidsrom i forkant av rommet, hvor det blant annet er telefon og pc. To av rommene er uten vindu.

Det arbeidet som utføres på medisiner rommet omhandler hvordan sykepleierne etter legens ordineringer på pasientens medisinkurve, legger medikamenter i dosett ("plukker tabletter"), klargjør og blander infusjoner og intravenøst antibiotika. I tillegg opptrekk av injeksjoner, flytende legemidler og stikkpiller. Det handler også om det arbeidet de gjør når de kontrollerer det som allerede ligger i dosett og som skal gis til pasient, eller hvis det er noe som gis utenom de faste medisintidene f. eks behovsmedisin. Medisinene legges klar i medisinerbeger merket med rom nummer, dato, klokkeslett og pasientnavn<sup>11</sup>. Deretter settes begrene på arbeidsbenken eller evt. et brett før utdeling<sup>12</sup>. Helsedirektoratet sier i forskrift for legemiddelhåndtering § 7, at en istandgjort dose skal merkes med opplysninger om pasientens identitet, legemidlets navn, styrke, dose, med unntak av legemidler for umiddelbar bruk (Helsedirektoratet, 2008). Hva som regnes for umiddelbar bruk kan i denne sammenheng diskuteres, for sykepleierne forteller om at de setter de ferdige begrene på benken inne på medisinerrommet, mens de utfører andre oppgaver som rapport eller lignende. Begrene kan i noen tilfeller bli stående i en halv til 4 timer<sup>13</sup>. Under samtalene ble noen av sykepleierne tydelig oppmerksom på dette, og viste usikkerhet i forhold til om det kunne skje noe med de klargjorte begrene som sto på benken. At noen ved et uhell kom borti dem eller lignende. Men arbeidet handler også om de vurderinger de gjør i forhold til om ordineringen stemmer med pasientens diagnose, at det er riktig dosering, styrke, tidspunkt med mer.

Samtlige respondenter snakker om de fysiske forholdene de jobber under. De gir uttrykk for at **"det er så trangt"**, i det legger de at medisiner rommene er fysisk små eller at de er dårlig utformet med hindringer som står i veien.

---

<sup>11</sup> Det er ulikt hvordan sykepleierne sier at de merker begrene (blanke plastkopper). Noen merker med rom nummer og klokkeslett, noen med pasientens initialer, andre velger å skrive så mye som mulig på. Det er imidlertid liten plass til å skrive på og det benyttes vannfast tusj. Virker ikke som om avdelingene har faste rutiner på dette.

<sup>12</sup> Ingen av avdelingene har medisinvogner til oppbevaring og utdeling. Men bærer begrene løse på brett eller i hånden.

<sup>13</sup> Hvis de også samtidig gjør klar dosene til kl 12

Åse forteller om hvordan det oppleves: *”Det er trangt inne på medisinerommet, hvis man er 2-3 stykker der så er det..., vi må henge intravenøsene opp igjennom veggene, men vi prøver å få det til...”*

**Kari:** *”DET ER TRANGT, og lite. Vi står gjerne 2-3 stykker der når vi skal ha ut medisinerne. Ikke er det vindu, varmt er det også”*

Eller **Ingrid:** *”medisinerommet vårt er ekstremt trangt. Vi har en stor gruppe med medisiner, det er trangt og man står som regel 2 stykker der, fasilitetene er litt dårlig. Noen ganger blir det litt uoversiktlig og du må lete litt ekstra for å finne det du skal ha. Medikamentene står tett på hyllen. Vi snakker mye om at det er trangt, det er forferdelig.”*

På disse små rommene arbeider 2-3 sykepleiere samtidig på gitte tidspunkter. I tillegg må arbeidet gjennomføres raskt og effektivt. Dette er en form for konsentrasjonsarbeid hvor man må være oppmerksom og observant. De snakker også om at det er få arbeidsbenker og plass til å utføre oppgavene på. Hyllesystemet med ATC nr (note s.36) er derimot oversiktlig og greit. Men det hender at man likevel må lete etter medikamenter, mye på grunn av at det er trangt og at flere arbeider samtidig eller fordi at noe kan være satt på feil plass.

En del trekker også frem forhold med ventilasjonsvifte som fungerer dårlig. Dette er noe sykepleierne sier det er sagt ifra om, men som det ikke blir gjort noe med. Viften har som funksjon å trekke ut damp og avgasser fra medikamenter samt medisinstøv som virvles opp i rommet. Dette er viktig for at personell ikke skal bli unødig eksponert for medisiner, samt ivareta nødvendige hygieniske forhold ( Bielecki and Børdahl, 2008, Chaudhury et. al, 2009, Olsen and Rygg, 2004) .

**Kari:** *”den viften suser og går, vi skal liksom stå under den og blande antibiotika men den trekker ikke ut noe”*

**Åse:** *”det er jo dette med den avtrekksviften, det har vært et problem for den er ikke helt effektiv. Den trekker ikke ut som den skal...”*

Rommene føles med andre ord fysisk trange, varme og innestengte. **Ingrid** mener noe av årsaken til dette er at bygget er gammelt, og hun uttaler: *”jeg synes det er helt håpløst. For jeg vet at det finnes nye systemer, men det er bare de nyere sykehusene som får det. For eksempel automatisk system hvor du bare taster inn det du skal ha og så kommer det frem”.*

Chaudhury gjorde i 2009 en litteraturanalyse av effekten av miljø og design for å redusere medisineringsfeil av sykepleiere. Her legger de frem de betydninger fysiske utforminger av

pasient rom og sykepleiernes arbeidsrom har for effektivitet og sikkerhet. Faktorer som de fremhever er støy, lys, ergonomiske forhold på møbler og utstyr, samt design av rom. Når det gjelder ergonomiske forhold viser de til Kroemer and Kroemer (2001) som anbefaler at sykepleiernes arbeids stasjoner er utformet med tanke på at sykepleiere står over lengre tid. De trenger nødvendig plass for å kunne flytte føttene nært benken og ha det de trenger innen rimelig rekkevidde. Chaudhury viser også til viktigheten av at utformingen har betydning for å redusere sykepleiernes trøtthet og muligheter for å gjøre feil. At det er hensiktsmessig utformet er ansett som viktig (Chaudhury et. al, 2009).

#### **4.1.2. "Bare streker og kruseduller"**

En annen ting som alle trekker frem er de **håndskrevne medisinkurvene** (note s.9).

Sykepleierne er opprørte over forholdene og bruker kraftige ord og uttrykk når de forteller. De sier at legene ofte skriver utydelig og slurvete. Det er heller ikke nøye med hvor seponeringer og endringer av doser blir ført.

**Rigmor** forteller med oppgitt stemme: *"det er bare streker og kruseduller, det er umulig å lese hva det er for noe.."*

**Bodil:** *"DET ER KATASTROFALT! Uoversiktlig og rotete, så du nesten må gjette deg til doseringer. De leter bare etter en ledig plass, hvor som helst for å forordne nye medisiner på"*

Eller **Åse:** *"der har du jo, DER ER DET STORE PROBLEMET. De legene altså og de medisinkurvene..."*

**Kari:** *"det er et sorgens kapittel, for det første skriver legene nesten uleselig – det er helt håpløst"*

Dette medfører at sykepleierne bruker mye tid og oppmerksomhet på å tyde kurvene. Det er ikke tydelig hva det er pasienten skal ha av medisiner. Det blir mye "tyding" og "gjetting". Det er med andre ord vanskelig å forstå og å være sikker på det som står der. For å finne ut av dette er man nødt til å spørre sykepleierkollega om hjelp, men i mange tilfeller klarer ikke de heller å forstå hva som står skrevet, og da må lege kontaktes.

**Kari:** *"Først må du starte med å spørre kollegaene dine: hva synes du at det står her? uten å legge noe ledende i det, for jeg har kanskje syntet at det står... Så synes de ingenting, for dem gjetter seg frem og det preparatet har vi ikke hørt om"*



I den forbindelse vurderer sykepleieren om det er noe som kan vente til neste visitt eller om man er nødt til å ringe vakthavende lege. Hvis man kontakter lege utenom visittid er det mye mulig at det er en annen lege enn den som har ordinert medikamentet. I følge sykepleierne har andre leger også problemer med å forstå hva som står skrevet, eller om det er riktig ordinerings i forhold til den aktuelle pasienten. Dette er forhold som de sier blir tatt opp med jevne mellomrom og skrevet avviksmeldinger på. Det bedrer seg kanskje for en liten stund men så flyter det tilbake igjen. De gir uttrykk for at legene ikke helt forstår det ansvaret som de står med i oppgaven med å plukke frem og dosere riktig medikament.

**Bodil:** *”legene har fått beskjed om å skjerpe seg, de har fått reprimande om å gjøre det bedre”*

**Rigmor:** *” vi har begynt å gi tilbakemelding til overlegen, eller skrive avviksmeldinger. Dette går ikke, vi klarer ikke lese hva legen skriver. Så går det vel 1 medisin ark som ser ganske bra ut, og så er de tilbake igjen der de var..”*

Dette innebærer at sykepleierne føler et ekstra press i en allerede stresset situasjon og bruker mye tid på dette. En tid som de gjerne skulle benyttet til andre ting for eksempel pasientkontakt. Det medfører også at de må ha en enda større grad av konsentrasjon og oppmerksomhet. De må lete etter mulige feil og se etter ting som er uvanlige. De må hele tiden tenke: **her kan det være noe feil.**

I og med at dette er forhold som de sier de har sagt ifra om ved gjentatte anledninger, gir sykepleierne uttrykk for at legene ikke helt forstår det ansvar sykepleierne opplever i forhold til dette. Det er sykepleierne som blir ansvarlige og ”eier problemet”.

At håndskrevne legemiddelkurver er en kilde til feil er et fenomen som har vært kjent i lengre tid. Også i andre norske studier er dette noe som trer frem som problematisk for sykepleiere (Settemsdal, 2008, Storli, 2004).

Lucian L Leape gjorde allerede i 1995 en systemanalyse av uheldige hendelser av legemidler. Den viste at doseringsfeil var det som forekom hyppigst (28 %). Dette innebar forhold ved legens ordinerings. Av disse feilene var 50 % feil på bakgrunn av legens håndskrevne kurver (Leape, 1995). Dette stemmer bra med hva Fortescue et al. fant i sin studie, at majoriteten av feil oppstod ved selve ordinasjonen. De hevder at datastøttet foreskrivning vil kunne redusere feilfrekvensen med ca. 73 %. Datastøttet vil også kunne forbedre kommunikasjonen mellom leger, sykepleiere og farmasøyter (Ödegård, 2007).

Reckmann gjorde i 2009 en oversikt over studier som ser på effekten etter innføring av databasert foreskrivning av medikamenter (COPE) på sykehus. De viser til at det er en effekt i forhold til reduksjon av foreskrivningsfeil, men at det også kan oppstå nye typer feil med innføringen av nye systemer. De mener at implementeringen av systemene på internasjonal basis utelukkende baserer seg på tidlig forskning ved ledende sykehus i USA. Det er store selskaper som selger systemene, med en noe ensidig markedsføring. Reckmann ønsker derfor en sterkere grad av forskning på flere områder innenfor emnet (Reckmann et. al., 2009).

Det er likevel påfallende at det fortsatt benyttes håndskrevne kurver. Det krever mye av sykepleiernes tid og oppmerksomhet, men det tar også av legenes tid når de er nødt til å avklare uklarheter og se på ting på nytt.

**Kari bekrefter dette: ” så bruker jeg mye av min dyrebare tid som jeg faktisk kunne brukt på noe helt annet. Å finne ut hva pasienten skal ha er veldig unødvendig. Vi har nok å sysle med på post om vi ikke skal bruke tid på det og...”**

Mye av annen pasientjournal er gjort elektronisk men på dette sykehuset gjelder det ikke foreskrivning av legemidler. Jones and Moss hevder i en artikkel at det ofte er leger som er mest tilbakeholdne og skeptiske når det gjelder innføring av nytt elektronisk utstyr. Det blir i mange tilfeller sykepleiernes jobb å overtale legene om fordelene, og mulighetene for en sikrere legemiddelhåndtering (Jones & Moss, 2006).

#### **4.1.3. ”Jeg kan lukke ørene når jeg jobber”**

Arbeidet med legemiddel administrering, er beskrevet som noe som ofte blir forstyrret og avbrutt. Det kan være mange som går inn og ut av medisinerrommet, eller at man blir avbrutt av andre oppgaver, telefoner som ringer eller andre ting. I ulike tidsrom er også oppgaver delegert til andre sykepleiere f.eks. blanding av antibiotika eller klargjøring av medikamenter til pasienter som skal dra hjem. Det betyr at det oppholder seg flere enn de medisinsansvarlige i rommet. Dette er beskrevet som viktige faktorer for sikkerhet i flere internasjonale studier. For eksempel Chaudhury's gjennomgang av arbeidsforhold, hvor ”bråk”, uro og forstyrrelser også var en av faktorene som påvirket sikkerheten (Chaudhury et. al., 2009). En annen studie ble utført ved flere amerikanske sykehus i tidsrommet 2006-2009. Her ble det gjort ulike forsøk på hvordan man kan redusere forstyrrelser og avbrytelser for sykepleiere som kontrollerer og administrerer medikamenter. Det var vektlagt ”low tech” løsninger som ikke krevde dyrt og avansert utstyr. Sykepleierne kom selv med forslag til løsninger som ble prøvd

ut. Et av forslagene var å bruke en slags belter, eller refleksvester med teksten ”ikke forstyr” på ryggen. Andre forslag var ”stille soner” og ekstra oppmerksomhet rundt konsentrasjon de tidspunktene som arbeidet foregikk på. Disse forslagene viste seg å gjøre feilprosenten betydelig lavere (Colliver, 2009).

I en ny Australsk observasjonsstudie ble det også sett på hvordan avbrytelser og forstyrrelser av sykepleiere som administrer medikamenter, påvirker risiko for å gjøre feil. De konkluderte med at jo flere avbrytelser, jo større risiko for feilmedisinering. I studien ble ”feilene” delt inn i ”procedural failures” (prosedyre feil) for eksempel at man ikke kan lese hvilket medikament pasienten skal ha, eller ”clinical failures” (kliniske feil) som innebar for eksempel å gi feil medikament eller dose. Forstyrrelser oppsto i 53,1 % av all medikament administrering. De fleste feilene som ble gjort var mindre farlige, og hadde liten risiko for pasienten. Men 2,7 % ble derimot beregnet som store feil og medførte fare for pasienten sikkerhet (Westbrook, 2010).

Mange som snakker, telefoner som ringer, pasienter, kollegaer, leger med flere som har spørsmål som må besvares underveis i arbeidet. Det at man også relativt hyppig er nødt til å stoppe opp for å finne ut hva som står skrevet og spørre kollegaer om hva som er riktig, er en avbrytelse som også spiller inn på flyten i arbeidet. Man må konsentrere seg for å komme inn i det man jobbet med igjen. En mulighet sykepleierne snakker om er å lukke døren til medisinerrommet for å unngå å bli forstyrret. Men de forteller likevel om at for eksempel telefonen ringer. Da har de fått beskjed av ledelsen om at de ikke skal ta den, men problemet er at de fortsatt må høre på at den ringer. Det å ha gode konsentrasjonsevner ansees som viktig, flere snakker om hvordan de klarer å stenge forstyrrelser ute.

**Ingrid forteller: ”nå har jeg den evnen at jeg kan lukke ørene når jeg jobber. Så jeg har ikke noen problemer med det. Men jeg vet at andre opplever store problemer når noen kommer inn og spør. Legene henter kurvene... at de mister tråden i det de holder på med der og da”**

Dette med å få fatt i medisinkurven er et viktig moment, det at den blir benyttet av flere yrkesgrupper parallelt, medfører at man er nødt til å gjøre seg ferdig innenfor et vist tidsrom. Legene er nødt for å avbryte sykepleierne i arbeidet for å bruke kurven under for eksempel legevisitt eller planlegging/gjennomgang av pasientens behandling. Kanskje hadde bruk av elektroniske kurver løst mye av problematikken. Det ville ha begrenset tilfellene med uleselig skrift, liten tvil om hva som var ordinert, og det hadde vært lettere for flere å ha tilgang til

”kurven” samtidig. Ved mulighet for bruk av PC ved pasientens seng, hadde det også vært tilrettelagt for å kunne sjekke opp ordineringer ved utdeling til pasient (punkt 4.3.3.s.60).

#### **4.1.4 ”Det er nesten umulig å nå”**

Sykehusets og avdelingenes rutiner og retningslinjer er i stor grad avgjørende for gjennomføringen av arbeidet. Avdelingene er delt inn i team/grupper, hvor teamleder har ansvar for legemiddelhåndtering, rapporter, legevisitt, forberede hjemreise for pasient og delegering av aktuelle oppgaver til kollegaer med mer. Dette for å sikre at gruppens pasienter får den oppfølging og kontinuitet som er nødvendig for behandlingen. De er bindeleddet mellom de ulike oppgavene som skal løses. Tidspresset er stort spesielt på morgenen. Dette er noe de fleste snakker om. Hvordan de må lage seg strategier og jobbe for å komme i mål med oppgavene. De forteller at de må prioritere mellom oppgaver som for eksempel rapport og kontroll av medikamenter. På morgenen er det et stort antall medisiner som skal kontrolleres, hoveddelen av pasientens tablett behandling foregår da. Først bør sykepleieren følge med på om det har skjedd vesentlige endringer i pasientens tilstand forrige døgn, som medfører at hensyn bør tas i medisineren (her kommer rapportens viktighet inn<sup>14</sup>). De må sjekke om det er riktig medikament som ligger i dosett, blanding av intravenøst og uttak av A og B preparater. Deretter kommer runde med utdeling og kontroll med at pasienten har inntatt medikamentet. Alt dette skal foregå innen klokken 08, i de fleste tilfeller har sykepleieren ca en halv time satt av til arbeidet. At teamleder også har ansvaret for medisinerne er noe som diskuteres i avdelingene. Arbeidet kolliderer med andre oppgaver som blant annet rapport og legevisitt. Medisinansvarlig sykepleier/teamleder skal for eksempel nå å gi rapport på morgenen, kontrollere, administrere legemidlene samt dele disse ut og forsikre seg om at de er tatt mellom kl 07.30 og 08. Flere gir uttrykk for at dette er en umulig oppgave innenfor **tidsrammen**, som medfører at det er et høyt **stressnivå** og at man må gjøre prioriteringer som for eksempel la være å få rapport, begynne å kontrollere medikamenter på aftenvakten dagen før, eller delegere bort arbeid.

---

<sup>14</sup> Hvis de ikke deltar på rapport må de stole på at kollegaene forteller dem om det som har skjedd endringer av betydning.

Som **Kari** sier: ”*det er ikke spesielt god tid på morgenen. Du skal liksom ha gjort dem klar, ha delt dem ut, og ha sett at de er tatt til kl 08. DET ER NESTEN UMULIG Å NÅ FRA HALV 8 TIL 8. Hvis jeg har hatt teamet kvelden før, bruker jeg å bruke litt tid på kvelden for å sjekke morgenmedisinene. Da sparer jeg litt tid*”.

Eller **Åse**: ”*man kommer for eksempel på jobb halv 8 så har man rapport til 8. Før du kommer deg på medisinrommet skal egentlig medisinene være delt ut. Det går jo ikke teknisk sett, så jeg føler at man blir veldig stresset. Når det nærmer seg halv 9 står legene der og tripper og venter på at vi skal bli ferdige. Hadde jeg fått en halv time ekstra på morgenen så kunne jeg vært litt roligere. Så det har jeg tenkt på mange ganger, at det er litt for hektisk på morgenen. Og da er det en stor kilde til feil, og du kan gi medisin til feil pasient eller lignende.*” Hun tenker videre i forhold til forsvarligheten når det er travelt: ”*jeg tenker at hvis man er stresset, så mister man fokus og konsentrasjon. At man må skyndte seg. Men det kan være andre som har lagt i feil medisin, og det bare ser ut som den tablettene. At jeg kjenner den igjen og tenker at da må det jo være riktig. Men da oppdager jeg gjerne senere på dagen at det kanskje ikke var det, og da har pasienten allerede tatt den. Noen ganger kan det være mange å ha ansvaret for, og jeg må vite en del om pasienten og de legemidlene han skal ha. Når man da kan ha korridorpatienter og være virkelig trengt, må man spørre seg: hvor forsvarlig er dette?*”

**Ingrid** viser sitt syn: ”*pasienten får som regel det han skal ha til rett tid. De gangene de ikke får det skyldes det vår arbeidsmengde, ting som skjer i avdelingen. Det blir tidspress som gjør at man blir forsinket. Hvis du har lite folk og det skjer noe, så er du nødt til å forlate det arbeidet du holder på med, sånn som å dosere. Da blir alt forskjøvet, det er ikke dagligdags men det skjer*”.

Dette samsvarer bra med det som **Rigmor** sier: ”*som regel har du den tiden du trenger til å dosere og ordne klart, men skjer det noe akutt som lungeødem eller noe annet...*”

**Bodil** mener derimot: ”*jeg føler at jeg har nok tid. For jeg er ganske rask, men jeg tror flesteparten ville ha sagt at de har dårlig tid, det er mange som ikke har fått lagt klart og fått gitt ut medisinene til legene kommer, og en god del intravenøst som skal henges opp kl 12 blir ikke hengt opp før kl 14-14.30*”

Organiseringen av dagen er noe som går igjen i samtalene. Det er tydelig at det er et tema i avdelingene og at det fortløpende vurderes hvordan utfordringene kan løses.

Benner trekker frem at stresset for sykepleierne blir uakseptabelt når kravene i situasjonen forhindrer dem i å utføre arbeidet slik de ønsker. Stress som skyldes vanskelige arbeidsvilkår er spesielt utfordrende å mestre, fordi det hindrer en omsorgsfull praksis. Det mangler ikke på sykepleiernes engasjement, men forholdene gjør det vanskelig å utføre ”god sykepleie” (Konsmo, 1995:200).

Orvik sier at tidspresset kan bidra til at idealet om individuell og helhetlig pasientomsorg lett kan bli til en illusjon for sykepleierne i en presset hverdag. I travelheten blir arbeidet med å forbedre pasientomsorgen og arbeidsforholdene fjernt (Orvik, 2004).

Sykepleierne er imidlertid opptatt av at det kan være mulig å endre organiseringen av arbeidet, men at det ikke på noen måte må komme negativt ut negativt for pasienten. Hvis man for eksempel forskyver på medisintidene vil pasienten kanskje måtte få mer intravenøst sent på kvelden, eller tidlig på morgenen f. eks kl 06. De er opptatte av at rutinene også må passe for pasienten ikke bare avdelingen. Det er viktig at pasienten får ivaretatt sine behov som søvn og mat på en god måte.

**Kari: ” hvis jeg er på nattevakt, har vi en del som skal ha smertestillende eller antibiotika kl 06. Og det skal de ha bare fordi det er praktisk for oss. Hvis de hadde vært hjemme hadde de fordelt dosene sine på den våkne tiden”**

En annen ting det snakkes om er at teamleder ikke bør ha ansvaret for medisinene. Hvis den sykepleieren som har ansvaret for å sjekke og dele ut ikke har ansvar for rapport og legevisitt, kan man bruke bedre tid til å utføre arbeidet med medisinene på en forsvarlig måte.

Vedkommende kan begynne kl 07 med å sjekke medikamenter, så få rapport mellom kl 7.30 og 8, for deretter å ha bedre tid til å dele ut uten å måtte stresse før legene kommer til visitt. Dette vil medføre bedre tid til praktisk utdeling og mulighet for å se til at pasienten får tatt dem. Men samtidig vil det kanskje også medføre at teamet får en pleier mindre tilgjengelig til stell og praktiske gjøremål i avdelingen på morgenen. Dette kan kanskje utlignes med oppgaver på andre tidspunkter senere på dagen.

Orvik sier at sykepleiere møter mange ulike rolleforventninger og derfor behøver stor grad av organisatorisk kompetanse. Dette begrepet mener han er to delt: *organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse*. At man både må kjenne organisasjonen, men også kunne organisere eget og andres arbeid. Sykepleiere har forventninger rettet mot seg om å være både empatiske og effektive på samme tid. Det kan sees som en form for krysspress, hvor forståelse for både hvordan organisasjonen og egen rolle i organisasjonen fungerer er nødvendig. Det å

kunne forstå og håndtere sykepleiens rammer i tillegg til klinisk kjernekompetanse er avgjørende for å sikre god omsorg for den enkelte pasient. Han mener derfor at det ligger mye god omsorg i god organisering, det å kunne følge opp både egne og andres behandlingstiltak sikrer kontinuiteten (Orvik, 2004).

## 4.2. Kompetanse

Alle respondentene har jobbet i mer enn 5 år og gir uttrykk for at arbeidet er ”innarbeidet i kroppen”. Dette kan stemme med Benners formulering av<sup>15</sup> de øverste nivåer i kompetansestigen som ”kyndige” og ”ekspert” sykepleiere. Ekspertnivået kjennetegnes ved å kunne utøve et menneskelig skjønn ut fra god kunnskap og erfaring. ”Eksperten” ser helheten i situasjonen, kjenner den igjen og vet hva som skal gjøres (Benner, 1995). Hovedfunn under temaet er: erfaringens betydning for vaner og rutiner innenfor arbeidet, det å kunne bidra med sin kompetanse i behandlingen og oppfølgingen av pasienten og mangelfulle muligheter for faglig påfyll.

### 4.2.1. ”Det er som en bank”

Mye gjøres på **rutine og vane** av sykepleierne. De har laget seg strategier for hvordan løse oppgavene innfor den rammen som er. Det at de kjenner igjen tabletter, doseringer osv. gjør arbeidet lettere og det føles tryggere. Åse sier i forhold til det å bygge opp sykepleiererfaring: ”*det tar ca. 2 år før du får oversikt over arbeidsplassen og situasjonene. Du må bygge opp erfaringen, og jeg tenkte som ny at jeg gleder meg til jeg kan vite hvilke medisiner det er, hva de virker for, hvordan de ser ut osv. Det er som en bank, det er veldig bra når du kan mye*”.

Samtidig er det ved hendelser som medfører brudd i disse vanene, at de blir oppmerksomme på hvordan det er de utfører handlingene. Ved flere tilfeller forteller de om hendelser som medførte at de ble mer oppmerksomme og endret måte å jobbe på. Disse hendelsene handler om pasienter som på en eller annen måte fikk feil medisiner, eller nesten uhell som gjorde sykepleierne oppmerksomme på mulige feilkilder.

---

<sup>15</sup> Basert på Dreyfus brødrenes kompetanse modell.

**Åse** sier videre: *”det er akkurat som rutine. Jeg hadde jobbet en stund og ting hadde blitt en rutine, du kjenner tablettene, og du går igjennom sånn og sånn. Men så oppdaget jeg at jeg gjorde feil og måtte gå tilbake for å sjekke. Hodet var ikke med, kroppen gjorde tingene automatisk. Det gikk på konsentrasjon. Det er så automatisk, som å gå på do eller spise med kniv og gaffel. Det var skremmende, i ettertid er jeg veldig påpasselig”*.

Benner sier om det som kjennetegner en ”ekspert” at handlingene er flytende og utvungen uten å tenke på hva hun videre skal gjøre. Det går av seg selv, fordi aktiviteten er blitt en naturlig del av henne. Når ting går som forventet, trenger ikke ”eksperter” å løse problemer eller ta avgjørelser, de bare gjør som de bruker å gjøre. De handler intuitivt og vet hva som er det sentrale i helheten. Kroppen tar over ferdighetene og det utvikles ”kroppslig viten”. Den intuitive vurdering kjennetegnes ved at hun kjenner igjen mønstre og likhetstrekk, at hun er en dyktig praktiker og forstår hva som er viktigst i situasjonen ( Benner, 1995, Konsmo, 1995).

Bengt Molander snakker om en oppmerksomhet i handling. Han retter skepsis mot Dreyfus brødrenes forståelse av ”ekspert kompetanse” (som Benner bygger på), og gir uttrykk for at de retter for stort fokus mot det som er kjent, typisk og gjentar seg. Det ”å kjenne igjen” situasjoner er ikke nok. Det gjelder også å være oppmerksom på det atypiske, det ukjente. Altså at det er en spenning mellom rutine og oppmerksomhet (Molander, 1996).

Benner sier imidlertid ikke at ”eksperterne” har sluttet å reflektere over sin praksis eller at de aldri tar feil, men at de også må være åpne for uventede hendelser og nye perspektiver, dette for å unngå former for ”tunnelsyn”(Benner, 1995, Konsmo, 1995).

Sykepleierne opplevde uheldige hendelser i stor grad som personlige nederlag. De ble oppmerksomme på at de ikke er feilfrie som sykepleiere, og for noen ble dette noe som endret deres syn på seg selv som sykepleiere. Det og ikke kunne gjøre den jobben så sikkert som de skal, ble sett på som manglende personlige egenskaper. De beskriver stor skyldfølelse i etterkant. Flere betegner sykepleiere som har vært involvert i uheldige hendelser for ”the second victim”, fordi de også kan ses på som ofre. Det kan ha stor effekt på sykepleieren som er involvert, både i form av følelser som frykt og skyld, men også opplevelse av tapt klinisk kompetanse og frykt for juridisk etterspill (Schelbred & Nord, 2007, Hjort, 2007, Ödegård, 2007).

**Bodil** sier: *” hvis man gjør feil så... er det et forferdelig nederlag. Men det er ikke noe som jeg tenker på sånn i det daglige”*.



**Bodil** forteller videre om en hendelse hvor hun ga for mye av et medikament, og hvordan dette gjorde henne ekstra påpasselig etterpå: *”jeg fikk meg en skikkelig nedtur, selv om det sannsynligvis ikke hadde hatt noen innvirkning på pasienten, så kunne det jo ha hatt det... man blir opphengt i de faste rutinene. Etter det så begynte jeg å tenke meg nøye igjennom. Nå går jeg igjennom medisinalistene 2 ganger, jeg begynte å tenke på – herregud dette gjør jeg daglig, uten å tenke over at det er en risiko med mange av dem”*.

**Åse** utdyper: *”det var skremmende og jeg måtte la være å ha med medisinene å gjøre en stund. Det var grusomt og jeg tenkte: hvordan skal jeg kunne jobbe som sykepleier? Men jeg jobbet meg gradvis oppover”*.

**Kari**: *”den følelsen du får i magen når du skjønner det, den er ikke god. Jeg kjente jeg ble lilla og varm på kinn og ører. Høy puls og hadde det helt fryktelig. Jeg skrev avviksmelding på meg selv, og nesten ulykke på pasient... Jeg kontaktet lege med en gang, men han sa at det gikk bra, vi må bare følge med på pasienten”*.

Noen av sykepleierne tenker også på hva som vil skje med dem personlig, hvis det blir gjort noe som skader pasienten.

**Bodil**: *”da tenker jeg på hvis det skrives avviksmelding på meg... hvilke følger vil det få videre? Om jeg så måtte ha gått en stund uten å ha hatt ansvar for medisiner, det ville vært forferdelig. Det ville vært synlig at jeg hadde gjort feil, hvordan ville kollegaene mine håndtert det? Jeg hadde mistet noe av min kompetanse. Jeg vil at andre også skal tenke at jeg er en flink sykepleier”*.

Erfaringene med hva som kan gå galt gjør at de endrer strategi på området. De kjenner igjen faremomentene med f. eks medikamentnavn eller emballasje som ligner hverandre, hva som er normale styrke og doseforhold med mer. Hver sykepleier med erfaring lager seg sitt eget system for hvordan de utfører arbeidet på. De forsøker å finne sin egen metode som de kan være trygge på.

**Bodil** sier videre: *”før var det sånn at jeg sjekket medisinene og delte ut, tenkte ikke over. Eller jeg var aldri usikker på at jeg ga noe feil, for å si det sånn. Nå vil jeg være mer sikker før jeg deler ut”*.

**Kari**: *”jeg har laget meg rutiner som jeg synes fungerer for meg i ettertid”*.

Sykepleierne forteller også om at de vurderer annerledes nå enn når de var nyutdannede.

**Bodil:** *”jeg kan mer om hvordan medisinene virker, når jeg begynte så ga jeg bare, og var kanskje ikke klar over hva som kunne skje og hvordan ting skjedde. Nå vet jeg mer hva man skal observere og hvordan forskjellige ting virker, hvor fort de virker...”*

**Rigmor** sier: *”har egentlig blitt mer oppmerksom på ting etter hvert. Det er så mye annet å tenke på i begynnelsen. Jeg har hele tiden dobbeltsjekket eller fått andre til å sjekke sammen med meg. Men ansvaret blir større med erfaringen. Etter noen år så har man vært i situasjoner og sett ting som kan skje”.*

Sykepleierne gir også uttrykk for at det er mye å holde oversikt over, og hva det forventes at de skal ha kunnskap om. Dette er klinisk kompetanse som må bygges opp for at de skal ha mulighet til å gjøre en god jobb.

#### **4.2.2. ”Vår erfaring stoler de mye på”**

Sykepleierne forteller om hvordan de i mange tilfeller kommer med forslag om oppfølging av pasientens behandling til legene. De mener at legene i mange sammenhenger er helt avhengige av den kunnskapen de i så måte bidrar med. Det at de har god kjennskap til medikamenter og pasientene samtidig, er viktige momenter som behandlingen baserer seg på. Dette handler om teoretisk kunnskap som for eksempel fysiologi, farmakologi og sykdomslære, men også klinisk kompetanse basert på erfaringer om hva som bruker å fungere i de ulike situasjonene.

**Åse** sier: *”det er nesten sånn at man begynner å tenke på behandling. Men det er ikke jeg som skal bestemme hvilke medisiner som skal brukes. Men jeg kan komme med forslag. Fordi man har litt erfaring og jobber nært pasientene og vi ser hvordan de har det”.*

Videre: *”det er en stor del av sykepleien på den måten, hvilke medisiner de står på? Hva trenger de? Hva burde de ha hatt? Vi kan selvfølgelig komme med forslag hvis det er noe vi tror kan hjelpe. Som sykepleier ser man helheten, og det er ganske mye med et menneske, alt fra søvn, avføring og alt annet. Legene er veldig åpne for de forslagene vi kommer med”.*

**Ingrid** gir eksempler på hvordan hun klinisk vurderer pasienten i forhold til rekvirert behandling: *”hvis jeg på morgenen ser at pasienten er slapp og dårlig med for lavt BT osv., så står jeg ansvarlig for å kontakte legen og si det. Skal jeg gi BT medisin? Skal jeg gi vandrivende? Jeg vurderer og er ansvarlig for mine observasjoner både før og etter medisiner. Ikke bare gi det som står der, men jeg tenker at det må være faglig forsvarlig.*

***Det kan være noen som spør: hvorfor ga du det? Du burde sett at pasienten var kjempedårlig...”.***

Benner mener denne type kompetanse og samarbeid med legene er helt nødvendig for pasientens velvære. Det øker fleksibiliteten når ”reglene” ikke følges stivt, men handlingene tilpasses pasienten. Sykepleieren må være oppmerksom og bruke sin kliniske fornuft, for å sikre fremgangen i behandlingen. Samtidig er dette kompetanse som ikke blir lagt merke til når ting går bra og feiltagelser unngås. Men når noe blir feil er det sykepleieren som må leve med sin skyld fordi at hun ikke var i stand til å avverge dette (Benner, 1995:133-134).

Det snakkes også om hvordan det er når uerfarne turnusleger er i avdelingene. **Kari** forteller: ***”av og til så har ikke turnuslegene peiling på hva som er lurt eller ikke. Det kan de kanskje ikke ha. Vår erfaring stoler de mye på. Det kan jo være litt skummelt, for hvis det går dårlig så har det vært mitt forslag. Men da har jeg hatt en lege med meg i hvert fall. Når de blir litt usikker så føler jeg at jeg presser de litt. Man har samlet seg litt erfaring, vi vet hva som bruker å virke. Det blir litt ”ledende” telefonsamtaler til legene noen ganger. Det må til...”.***

Men hun forteller også om at det ikke er alle legene som setter like stor pris på de forslagene hun kommer med: ***”det er mange leger som ikke helt vet dette med styrke og dosering, da er det ikke alltid at de setter pris på at jeg sier: ”det var en kjempedose du hadde tenkt å gi..”.*** ***Men det tenker jeg er bra for pasienten, for er du nyutdannet sykepleier ville du kanskje ukritisk ha gitt det som stod dosert”.***

Dette er også et punkt hvor Benner fant noe tilsvarende i sin studie. Hun sier at sykepleierne er spesielt oppmerksomme i nye legers første læretid, nettopp for å forebygge at det blir gjort feil (se Worth s.59) (Benner, 1995:126).

Det kommer også frem i flere sammenhenger hvordan sykepleierne mener at deres erfaring er viktig for riktig medisinerings. De gir uttrykk for at de bruker de erfarne sykepleierne i avdelingene som hjelp når det er noe de er usikre på.

**Åse: ”jeg spør de erfarne sykepleierne, de som har vært lengst i jobb på avdelingen: ”hva tror du, nå står pasienten på både den og den(les medikament) ved behov. Ville du gitt det eller det?”**

De sier også at når de var nye i faget ville de ikke hatt mulighet til å luke ut feil som blir begått. I og med at alle respondentene har mer enn 5 års erfaring, finnes det ikke

sammenligningsgrunnlag i studien for å uttale seg om hvordan nyutdannede opplever ansvaret med legemiddelhåndtering. Respondentene tenker imidlertid tilbake på hvordan det var å være nyutdannet, og de sier også noe om hvordan de opplever å arbeide sammen med kollegaer som er nye. De legger merke til hvordan de har det og hvordan de arbeider. ”De nye” bruker lang tid på medisinrommet, må sjekke opp ting ofte, har ikke muligheter til å gjøre de tilpasninger som erfarne ofte gjør osv.

#### **4.2.3. ”Det er helt opp til meg”**

Når det gjelder muligheter for å oppdatere og utvikle sine kunnskaper, er samtlige av sykepleierne enige i at det blir helt individuelt. Det er ansett som den enkeltes ansvar å lese, holde seg oppdatert og videreutvikle sine teoretiske og praktiske kunnskaper. Det de leser på og slår opp i, er som regel Felleskatalogen. De gir uttrykk for at det sjelden er kurs og lite intern opplæring på området.

**Ingrid:** *” Det savner jeg som sykepleier, i en tidligere jobb hadde vi jevnlig kurs og oppdatering på det nyeste. Jeg vet ikke om det kun er legene som får informasjon angående legemidler... det jeg kan gjøre er hvis jeg leser noe i et blad eller hører på nyhetene. Det er kun der. Det er noe jeg savner. Det er ingenting faktisk...”*

**Åse:** *” det er helt opp til meg. Min arbeidsgiver bryr seg ikke, jeg føler ikke at de er påpasselig i forhold til om jeg er oppdatert eller ikke. Det er helt individuelt. Men det at jeg har sykepleierutdanning og har lært om de forskjellige medikamentene, så har jeg en grunnkunnskap”. Hun sier videre: ”vi kunne sikkert vært flinkere på å holde oss oppdaterte på medikamenter, men da måtte det ha vært rom for det i avdelingen. Faglig utvikling i regi av arbeidsgiver. Akkurat som HLR trening 1 gang i året, det samme kunne vært med medikamenter”.*

**Bodil** har også et forslag i forhold til intern oppdatering: *”vi har noe som heter ”fagmøte” en gang i uken. Kanskje man kunne hatt ”superbrukere” på forskjellige ting, som kunne undervist de andre”.*

**Rigmor** tenker rundt mulighetene for å sette seg inn i ulike behandlinger: *”om nye behandlingsmetoder får vi mest fra legene, ved at de prøver nye medikamenter. Men ellers er det å slå opp i Felleskatalogen, hvordan de skal virke, bivirkninger osv. slik at man vet hva man skal observere”.*

**Kari** og **Ingrid** trekker begge frem at Felleskatalogen mangler beskrivelser av en del legemidler. Det at legemiddelfirmaene må kjøpe seg plass i Felleskatalogen, medfører at en del medikamenter uteblir. Det finnes tilleggs sider, men de savner også en kontroll på at disse blir levert til avdelingene. I den forbindelse mener de internett versjonen og den tilsvarende svenske utgaven er bedre og mer oppdatert.

Forskrift for legemiddelhåndtering § 4, 3 ledd, baserer seg på et utvidet kompetansebegrep. Det presiseres i rundskrivet at med kompetanse menes både formelle kunnskaper fra utdanning, men også reelle kunnskaper (reakkunnskaper) gjennom erfaring, kurs o.l , sett opp mot hvilke oppgaver vedkommende skal utføre. Det forutsettes videre at det tilrettelegges av virksomheten for nødvendig og kontinuerlig opplæring som aktiv prosess for å kunne håndtere oppgavene (Helsedirektoratet, 2008:20).

Molander sier at kunnskap har ingen begynnelse og ingen slutt. Det å problematisere virkeligheten og stille nye spørsmål er første skritt på veien mot kunnskap (Molander, 1996).

I sykepleierutdanningen har sykepleierne en teoretisk tilnærming til legemiddelhåndtering gjennom å lære om ulike deler med arbeidet, som avsluttes med en feilfri medikamentregningstest. Men det trenes også i praksisperiodene, og ved bestått praksis inngår det at du til en viss grad er trent i legemiddelhåndtering. Det at man har bestått medikamentregningstesten og sykepleierutdanningen som helhet, er det som utgjør det formelle bevis på at du er kompetent for arbeidet med legemiddelhåndtering.

Når det gjelder medikamentregning er det noe som alle respondentene sier de er lite avhengige av i arbeidshverdagen. Det meste er ferdig dosert slik at det bare er å ta frem eller blande sammen. Derfor er også regneferdighetene noe som blir glemt, i og med at det ikke er noe man vanligvis ikke behøver å gjøre. Man forholder seg til standarder og har mulighet til å reagere hvis noe virker unormalt.

Men læringen bør ikke stoppe der. Det virker som om man baserer seg på den arbeidskulturen som råder i avdelingene, ”slik gjør vi det innen legemiddelhåndtering”, utviklet gjennom avdelingens tradisjon. Sykepleiernes uttalelser gir grunn til å tro at de likevel søker mer kunnskap, men at det blir opp til hver enkelt å tilegne seg den. Grunnutdanningen skal fungere som en basis, for å bygge videre på praktisk og teoretisk kunnskap kontinuerlig i yrkeslivet.

### 4.3. Sikkerhetsnett

Med kompetansen som bakgrunn er det å ha kontroll på arbeidet, og å være sikker vesentlig for sykepleierne. Sikkerhetsnettet er en beskrivelse av den ytterste barrieren som er skal hindre noe potensielt farlig å nå til pasienten. Benner sier at i og med at sykepleierne er til stede hos pasienten hele døgnet, og er i en koordinerende posisjon, hvor de har mulighet til å forebygge og oppdage feil (Benner, 1995:126). Hovedfunn under temaet er: sykepleierens kontrollfunksjon på at alt er riktig i forhold til pasientens medisiner, å være oppmerksom på og ansvarlig for å luke ut eventuelle feil, brudd i kontroll ved utdeling og pasientens rolle ved kontroll av medikamenter.

#### 4.3.1. ”Kontroll fra A til Å”

Sykepleierne gir uttrykk for at de må føle seg helt trygge på at medikamentene er riktige. Det å være oppmerksom og luke ut potensielle feil er viktig for pasientens sikkerhet. Denne kontinuerlige koordineringen av behandlingen gjør at sykepleierne har roller som kontrollører i flere sammenhenger. De kontrollerer det arbeidet legene gjør ved ordinerer, at medikamentene ikke kommer i konflikt med annen behandling/forhold rundt pasienten, de kontrollerer seg selv ved å sjekke kurven og medikamentene de plukker frem flere ganger, samt at de også har som oppgave å kontrollere sykepleierkollegaer og den jobben de gjør ved legging i dosett og utdeling. Den som legger i døgndosett skal helst ikke sjekke og dele ut disse medikamentene dagen etterpå. Dette blir imidlertid vanskelig å gjennomføre når samme person har teamansvar gjentatte dager, og det hender at de likevel kontrollerer det de selv har lagt i. De kontrollerer også avdelingens beholdning av medikamenter, først og fremst A preparater (men også B preparater) som telles på natt.

**Ingrid:** *”Jeg er nødt til å kontrollere, når jeg skal dele ut så er jeg nødt til å sjekke alt som ligger i dosetten. At det er riktig tablett, styrke, klokkeslett osv. Men det er der man oppdager feil, det er et kontrollpunkt for å sikre at pasienten får riktig medisin.” videre:” da må man hele tiden passe på, og man må dobbeltsjekke og kontrollere at pasientene har fått tatt medisinene, det må man jo. Følge med.”*

Eller Åse: *”Jeg liker å ha kontroll fra A til Å. Det er viktig at jeg er 100 % sikker på at jeg gir den riktige medisinen. Om så jeg skal klatre opp i øverste hylle for å åpne og sjekke at det er riktig. Jeg sier at jeg tar meg heller den tiden det tar for at det ikke skal skje feil.*

Det at legene ordinerer, mens det er sykepleierne som er nødt til å kontrollere sier **Rigmor** noe om: *”Det er viktig at vi sjekker. Jeg tror det var overlegen som sa at sykepleierne skal være kontrollorganet til legene. Faktisk at vi skal... han sa: dere må passe på at vi skriver rett og gjør rett”*

*Kari:” og legene henger ikke med på hvilke avtaler vi har med medisiner. Så hos dem heter det det som det alltid har het. Men vi finner ut av det vi, det er ingen krise”.*

Og **Ingrid** sier: *”legene forventer hele tiden at vi sykepleierne skal passe på det som står på kurvene, hva de skal ha fast, hva er eventuelt og når de endrer dose...”*

Mens **Rigmor** forteller også om en annen lege som mente at sykepleierne ikke hadde behov for å vite hvilke medisiner de skrev ut (bakgrunn for ordinerer og lignende) eller stille spørsmål rundt styrke på dosering. Dette er noe hun virket opprørt over, og mente at den legen vurderte feil: *”vi må vite hva vi gir, hvorfor og hvordan. Ellers risikerer vi å gi feil. Hvis de doserer og det blir feil, er det vårt ansvar hva vi gir ut.”*

Når det er noe som er feil eller ikke stemmer, har de et ansvar for å rette opp feilen, men også å si i fra til vedkommende som har lagt i dosetten. Dette for at det skal kunne bli riktig ved en senere anledning. Det er en del av det å hjelpe og rettlede hverandre. Å si i fra til andre som har gjort feil, ses på som en del av ansvaret rundt medisinerer. Det avveies hvor stor feilen er, eller om det er noe som gjentar seg. Et godt samarbeid mellom ulike faggrupper, men også mellom kollegaer er man avhengige av for at systemet skal fungere.

**Ingrid** forteller om hva hun gjør hvis hun oppdager at noen har lagt i feil i dosett:

*”hvis jeg ser at det er veldig mye feil, så sier jeg ifra til den som har dosert, for det kan jo være ting rundt den personen som gjør at de tar feil. At de kanskje lettere lar seg forstyrre eller... Hvis jeg hadde dosert mye feil, så hadde jeg satt pris på at noen gjorde meg oppmerksom på det. Det kan være ting jeg holder på med som gjør at jeg gjør mye feil. Men da har vi alle et ansvar for å si ifra”.*

Dette samsvarer med Patricia Benners intervjuer av sykepleiere, hvor hun kom frem til at sykepleierne brukte mye tid og oppmerksomhet på å forebygge feil, men de anså ikke dette som en kompetanse, men som ”systemfeil”. Det var systemet som burde være bedre og potensielle farlige feil, burde ikke forekomme (Benner, 1995:126):

Flere av respondentene snakker om at de etter hvert kjenner igjen mange av medikamentene og hva som er vanlige doseringer. Det er når det er noe man blir usikker på, at man nødt til å sjekke det opp. Felleskatalogen blir hyppig brukt. **Kari:** *”jeg bruker felleskatalogen mye, hver gang det er noe jeg ikke har hørt om eller husker igjen slår jeg opp.”*

**Ingrid:** *”jeg husker og kjenner igjen de fleste tablettene, som regel vet jeg. Hvis jeg er i tvil henter jeg kurven og dobbelsjekker. Så det blir rett navn og sånt. Det bruker å gå greit men det er som sagt bare å hente kurven hvis man glemmer noe”.*

Dobbeltkontroll av intravenøse blandinger og injeksjoner er også et tema som kommer opp i denne forbindelse. Etter Helsedirektoratets definisjon innebærer dobbeltkontroll at: *”to personer som hver for seg og ved å signere, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuell fastsatt prosedyre”* (Helsedirektoratet, 2008:11). Sykepleierne er oppmerksomme på at dette er noe de helst skal gjøre. Dette er de oppfordret til av ledelsen samt at de virker å kjenne til legemiddelforskriften. Kontrollen er ment som et ledd for å gjøre det sikrere for pasienten. Sykepleierne sier imidlertid at dette er vanskelig å gjennomføre i praksis, og at det derfor ikke blir gjort. For det første er det ikke alltid en annen sykepleier er til stede. Det er tidkrevende hvis du må ut for å finne noen. Da er du også nødt til å la det du holder på med vente, mens du henter noen. Dermed er det lett å komme ut av det du holdt på med. Det er også påpekt at medisinkurvene ikke gir rom for å signere to sykepleiere. Det finnes ingen rubrikk i skjemaet for det, så hvor skal de i så fall signere?

**Kari:** *”det er nesten... det er nesten ikke lagt opp til at man skal kunne fullføre det engang. For de kurvene vi har er det ikke plass til kvittering for noen andre enn 1 sykepleier. Der signerer jeg i en bitteliten rute. Å så skulle det være plass til en til liksom, men det skjer ikke. Sånn er det bare”*

Videre i forhold til å finne noen til å dobbelkontrollere: *”det er ikke bestandig at det er noen der som kan kvittere med deg, så må du låse medisinnrommet og gå for å finne noen. Og det de kvitterer på er i beste fall at antallet stemmer, for det er ikke bestandig man ser i kurven at pasienten skal ha det jeg kvitterer for, og de er ikke med inn til pasienten for å se at jeg faktisk har gitt det preparatet til pasienten heller”*

**Åse:** *”så har vi dette med dobbeltkontroll som ikke fungerer. Det gikk en stund men det er for tidkrevende, og som regel er man alene og skal kjapt ut”*



**Kari:** *”å bruke tid på det er så dumt og da velger man heller å bare ta de medisinene og kvittere for dem selv. Men det er ikke bra, det er ikke det sånn lovmessig sett. Men jeg vet at jeg gir pasienten det han skal ha. Jeg går aldri med hjertet i halsen”.*

Ved Sørlandet Sykehus Arendal ble det i 2001 gjort en undersøkelse rundt dobbelkontroll og tidsbruk. Den viste en økning av tidsbruk på 18 % ved innføring av dobbelkontroll og dobbeltsignatur, i forhold til ikke å utføre prosedyrene (Fonneland, Vålandsmyr, 2004).

Tidsaspektet bekreftes også av Gerry Armitage som har gjort en omfattende oversiktsstudie over dobbelkontroll som ledd for å bedre pasientsikkerheten. Her diskuteres flere faktorer blant annet at dobbelkontroll vanskelig lar seg gjennomføres fullt ut i praksis, men også ulikhetene med hvordan kontrollen utføres. Når den som kontrollerer kun gjentar det som den første sykepleieren sier, er det stor sannsynlighet for at feilen gjentar seg. Om kontrollen skal ha mulighet til å avdekke feil, er vedkommende nødt til å gjøre en uavhengig vurdering. Han diskuterer også muligheten for at enkelt kontroll kan være like hensiktsmessig, fordi sykepleieren da er nødt til å være maksimalt skjerpet, i og med at hun vet det ikke er noen andre som kontrollerer. Et av hovedfunnene er at dobbelkontroll som prosedyre er både tids og personell krevende, og at dette er noe som ofte ofres når det er knapphet på disse ressursene. (Armitage, 2008).

Dobbelkontroll oppleves som spesielt krevende på natt. På disse skiftene er det ofte at det kun er en sykepleier, som jobber sammen med en hjelpepleier eller student. Da er det ingen å få hjelp hos av sykepleierkollegaer, noe som medfører at de ofte føler seg alene om ansvaret. De har altså ansvaret for all medisineringen til alle pasientene i avdelingen, og ved usikkerhet i forhold til eksempelvis kurver og dosering er hun nødt til å ringe lege for å spørre.

**Bodil:** *”det har vært sagt av avdelingsleder at intravenøs antibiotika også skal sjekkes av to, men jeg vet ikke om det kom igjennom fordi vi ennå går med hjelpepleiere på natt. Så det har vært sagt, men blir ikke gjort. Vi signerer bare en”. Videre: ”jeg ser for meg at det blir stress, med å få tak i noen. Det blir for mye styr med det...”*

**Rigmor** sier: *”hvis det blir akutte situasjoner og du er i lag med hjelpepleier eller assistent, så er du helt alene med medisinene. Det du trekker opp og skal gi i full fart, er du helt alene om, og ofte skjer det akutte ting på natt. Kanskje det bare føles slik fordi man er alene?”*

Hun forteller videre om det å kontrollere narkotikabeholdning på natt sammen med hjelpepleier/assistent: *” da kan vi telle til vi blir blå, de har ikke kontroll på hva vi teller, de bare teller i lag med oss. Da blir det bare antall tabletter”.*

Dette innebærer at det blir opp til sykepleierne å finne muligheter til å gjennomføre dobbeltkontroll, men at de opplever dette vanskelig innenfor de tids og personell rammer som eksisterer. Dette er noe de prioriterer bort i en travel hverdag. Det at kurvene heller ikke er tilrettelagt for dette, bekrefter at dette blir sett på som sykepleierens eget ansvar.

Det kommer frem en oppgitt stemning over medisinkurvene, tidsressurs, mulighet for dobbeltkontroll, utstyr som ikke fungerer med mer. Dette er forhold som blir tatt opp med jevne mellomrom muntlig eller i form av avviksmeldinger. Rollen med **å si ifra** er fremtredende i samtale, men også følelsen av at det ikke nytter å gjøre det.

#### **4.3.2. ”Vårt ansvar at pasienten får riktig”**

Det at sykepleierne er de som praktisk deler ut medikamentene til pasientene, innebærer som sagt at de ansees for å være det siste leddet i legemiddelkjeden. Det er de som ser pasienten og det er de som skal gjøre kliniske vurderinger av pasientens tilstand, virkninger/ bivirkninger sett i en helhetlig sammenheng. Å ikke skade er et normativt grunnprinsipp som ligger sterkt i sykepleiernes yrkesetikk, og ”omsorgen” for pasienten er fremtredende i samtale. **Rigmor** har sterke tanker omkring dette: *”ja det er faktisk sånn at vi kan drepe mennesker med det vi holder på med. Det er litt... man må i hvert fall stoppe opp og tenke litt på det”*.

Med legemiddelhåndtering som prosess gjennom mange led, er det en reell fare for at noe kan gå galt. Benner sier at overvåkingen av sikkerheten og terapeutiske reaksjoner på medisiner har vokst fortløpende med utviklingen av sterkere preparater og utviklingen av nye medikamenter. Legemiddelhåndteringen innbefatter ferdigheter om nøyaktig og sikker håndtering av medikamenter, i tillegg til kunnskap om kombinasjonseffekter, uforlikelighet, bivirkninger, reaksjoner med mer. Denne overvåkingen kan være spørsmål om liv eller død (Benner, 1995:119).

Det at sykehuspasientens medisinerer går gjennom ulike nivåer, kan ha betydning for nettopp sikkerheten. Gjennom nivåene kan ulike kontinuitetsbrudd gi seg utslag i uheldig medisinerer i slutfasen. Eksempler på dette kan være uklar rapportering ved overganger fra ulike skift, overflytting fra ulike avdelinger, ulike leger som ordinerer, ulike sykepleiere som legger i dosett og deler ut med mer. Ved disse bruddene i arbeidet krysser ansvarsområder mellom ulike skift, hierarkier og omsorgsnivåer. Dette kan medføre at man mister det helhetlige bildet av pasienten. I andre bransjer som for eksempel luftfart, er det imidlertid

samme flyver og besetning som ivaretar passasjerer fra reisen begynnelsen til slutt (Dekker, 2007:112).

Når det gjelder dokumentasjon og videre oppfølging av effekt og bivirkninger sier de at det signeres i kurve når medikamentet er gjort klart eller gitt til pasient<sup>16</sup>. Ved eventuell medisin og endring/oppstart av medikamenter skrives det i kurve men også ofte i rapport.

**Bodil:** *” jeg krysser i kurven når jeg gir og dokumenterer i DIPS om det er effekt, noe effekt, lite effekt... så rapporterer man det jo gjerne også muntlig i tillegg til at det står der”*

**Ingrid** sier at hun krysser av i kurven og skriver i rapporten, da er det lettere for den pleieren som overtar å gå inn og se om det hadde effekt eller ikke. Hun mener det er viktig å skrive ned i rapporten for at det skal kunne vurderes videre.

Men **Kari** forteller at ikke alle skriver om dette i rapportene: *”det er litt dumt. Men da regner man med at det hadde effekt da, eller hvis noen har fått 5 Ketorax ”runder” på rappen, så regner man med at det ikke hadde effekt, men jeg synes folk skal skrive det”.*

Respondentene forteller om hvordan de er oppmerksomme på mulige feilkilder gjennom flere ledd i kjeden. Det at de er det ytterste leddet gjør at ansvaret blir synlig i forhold til at det er de som plukker frem, deler ut og signerer for gitt medikament. Håndteringen er et arbeid hvor risikoen for skade er høy, Buajordet viser i en studie sammenheng mellom behandling med legemidler og alvorlige hendelser og dødsfall. Hvert sjette dødsfall i medisinsk avdeling har sammenheng med behandling av legemidler (Buajordet 2001).

De kjenner til hvor farene og risikomomentene er med for eksempel utydelige medisinkurver, medikament lagt feil i dosett, ikke få sett at pasienten tatt medikamentet, at pasientens kliniske tilstand ikke samsvarer med medisineringsen, de 7 – F er, dobbeltkontroll osv. Sykepleierne opplever at de fungerer som individuelle barrierer som mulige feil ikke skal slippe igjennom. Det er de som til syvende og sist skal sørge for at det blir riktig til pasienten. Benner hevder at overvåkingen av behandling og risikomomenter ofte forskyves fra leger til sykepleiere, fordi det er de som er til stede hos pasienten. Hun sier at sykepleiere blir eksperter på f. eks justering av medikamentdoser, men at dette er arbeid som ikke er systematisk beskrevet (Benner, 1995:27-28).

---

<sup>16</sup> Litt ulikt hvilken rutine den enkelte sykepleier har på når hun krysser av/signerer i kurve

En ny studie i England fant ut at leger, og spesielt yngre leger stoler på at sykepleiere og farmasøyter hindrer feil fra å nå pasientene (Worth, 2010). Sykepleierne i min studie snakker lite om farmasøytisk bistand, bortsett fra jevnlig tilsyn av avdelingens medisinerrom og medisinbeholdning. De refererer i hovedsak til forhold hvor farmasøyten tar opp at delte tabletter ikke blir kasserte, eller mangelfull dobbeltkontroll av A preparater og lignende. Det er i stor grad legene som benyttes som støtte og referanseramme på forhold de er usikre på. Sykepleierne presiserer at de er nøye på ikke å gi noe før de er 100 % sikker, og legger sin personlige ære i å utføre arbeidet slik at det ikke blir noe ubehag for pasienten.

**Rigmor** gir uttrykk for: *”det er vi som har ansvaret for det vi deler ut. Vårt ansvar at pasienten får rett. Hvis vi gjør feil, så er det vi som blir stående med ansvaret. Uansett hva legen har skrevet ned så er det vårt ansvar at pasienten får riktig”.*

**Kari:** *”jeg føler bestandig at det er jeg som har ansvaret, og det er like greit. Man skal ikke gjemme seg bak noen”.*

Jamfør James Reasons Sveitserostmodell presentert i punkt 2.2.1., kan de stå overfor *aktive feil*, som uoppmerksomhet, feilhandlinger, avvik fra rutiner med mer. Men mye av det som er beskrevet i del 4.1. arbeidsmiljø, handler nettopp om hvilken betydning omgivelsene og konteksten har for muligheten til å utføre arbeidet forsvarlig. Disse kan man betegne som *latente tilstander* etter Reasons modell. Dette er også forhold som skal være barrierer for at feil ikke skal kunne ramme pasienten.

Ved oppfølgende spørsmål om avdelingenes rutiner virker respondentene noe usikre. Lite er skriftlig, og det som er handler om avdelingens medisintider, standard blandinger, plakater (fra legemiddelfirma) med oppskrift for blanding av intravenøse medikamenter og permer for kontroll av A og B preparater. Det virker som om hver sykepleier må finne sin måte å utføre arbeidet på, innenfor den kulturen som eksisterer i avdelingen.

Noen av respondentene gir uttrykk for at de ikke tenker over til daglig at det er de som er ansvarlige for medikamenter ved praktisk utdeling, men når de forteller videre om sitt syn på ansvar for at pasienten får riktig medisinerer kommer det likevel frem.

**Bodil** forteller om sitt syn på det ytterste ansvaret: *”ja, jeg synes at det jeg gir er mitt ansvar. Den som kvitterer ut medisin og gir det, har et forferdelig ansvar. Et kjempestort ansvar. Og selv om legen har rekvirert noe så er det jo du som står ansvarlig. Jeg synes at det er sykepleierens ansvar mest.”*

**Ingrid** sier: *”jeg har et ansvar om å bruke min vanlige fornuft og mitt kliniske blikk hos pasientene og det er jeg som deler ut medisinene, så der ligger ansvaret”*. Videre:

*”når jeg kontrollerer så er jeg ansvarlig for at det som står i kurven er det som ligger i begeret til pasienten. DET er jeg ansvarlig for(hever stemmen). Men jeg er også ansvarlig for at når jeg går og gir medisin til pasienten, så må jeg påse at han får den på rett måte, men også at jeg ser på pasienten på forhånd. Men er det noe som ikke stemmer så, må det ringe en alarm klokke. For man vet selv hva som skjer hvis man gir dem BT medisin hvis trykket er lavt, eller ... så der er jeg ansvarlig og tar hensyn til mine observasjoner. Derfor er det når jeg går rundt med medisinene viktig at jeg ”ser” pasienten.”*

Flere av respondentene gir uttrykk for at de ikke anser det som problematisk å være den som er ytterste ledd i en kjede. Det er ikke noe de går og tenker på i det daglige. Først hvis det er noe som går feil kommer tankene frem.

**Ingrid:** *”Vi administrer medisin som legen har foreskrevet, apoteket er bare et mellomledd. Jeg ser ikke det som noe problem, men man tenker jo på det, at det kan være legen som har skrevet feil”*.

#### **4.3.3. ”Setter dem der, og håper at de blir tatt”**

Et annet område ved arbeidet hvor sikkerheten kommer frem som er en viktig faktor, er utdelingen av medisinene. Sykepleierne går inn til pasienten på pasientrommet med tabletter i beger, injeksjoner og intravenøse blandinger. Avdelingene har 4,2 og 1 sengs rom. Der deler de ut til de som er våkne og til stede, men som regel er det også noen som er opptatt med andre ting som stell, sover, gått ut for å spise eller lignende. Til de som ikke er der er det flere av sykepleierne som forteller at de da setter medikamentene i nattbordskuffen og gir beskjed til pasienten når de ser vedkommende. Grunnen til at de blir satt i nattbordskuffen og ikke oppå bordet, er blant annet for å skjerme slik at ikke andre pasienter skal ta dem.

**Bodil:** *”da setter jeg dem der og håper at de blir tatt, eller satser på at... men når du har ansvaret for medisinene og teamet så har du også ansvaret for at medisinene blir tatt”*.

**Ingrid** forteller: *” hvis de er ute og spiser, eller på toalettet, setter jeg dem på nattbordet. Men da går jeg tilbake etter en stund og ser at de har tatt dem”*.

*Kari: ”Jeg sjekker, for jeg kjenner igjen medisinbegreene og det jeg har skrevet på dem. Når jeg går rundt med visitten så sjekker jeg at de har tatt medisinene”.*

Det blir også snakket om de vurderinger som må gjøres i forhold til hvilken pasient dette er og hva som er riktig å gjøre.

*Ingrid: ”Det er en vurderingssak, er det en veldig forvirret pasient som jeg ikke kan stole på, så kan jeg ikke gå fra noen medisiner der. Da må jeg ta de med og man må hele tiden passe på”.*

Kari derimot sier at hun ikke tørr å sette igjen noe: *” dette stresser jeg litt med, akkurat det å sette tabletter der og gå, når det ikke er noen der, det gjør jeg ikke. Fordi jeg har vært med på at tabletter har blitt tatt av demente nabopasienter som bare ”vaser” rundt og tar alt”.*

*Rigmor: ”altså vi skal være der til medisinene er tatt, vi skal i alle fall ha oversikt over at de tar tablettene sine. Det er mange pasienter som ikke gjør det. Noen putter unna. De gjemmer til senere eller lignende. Plutselig finner vi skuffen full av innsovningstabletter eller smertestillende”.*

Det hender at det står medikamenter igjen på nattbordet når de kommer på senere vakter. En sykepleier forteller at hun relativt ofte finner tabletter fra tidligere medisinrunder når hun er på nattevakt. **Dette betyr med andre ord at pasienten ikke har fått den medisineren han skal ha.** Medikamentene må så tas ut igjen og kasseres på medisinrommet, samt at det må krysses ut/markeres i pasientens kurve at de ikke er tatt. Dette blir påpekt som ”svinn” i avdelingen, fordi medikamentene må kasseres. Kasseringen sees på som dårlig økonomi for avdelingen og sykehuset som organisasjon. **Ingrid** trekker frem nye systemer som kan være med på å redusere denne type svinn: *”det finnes bedre systemer i forhold til dosering, bare det vi kasserer av medisiner... med systemene hvor du pakker medikamentene i enkelt poser, der kan de gå tilbake i systemet, hvis de ikke blir gitt til pasienten. Slik det er nå kaster vi veldig mye”.*

Til de pasientene som er sengeliggende og i redusert stand til å ta medikamentene på egen hånd virker det vanlig at ansvarlig sykepleier avtaler med den pleieren som har rommet, om å få gitt medikamentene til pasienten. Dette kan være både sykepleiere og hjelpepleiere. Ved noen tilfeller er de nødt til å bruke lang tid på at pasienten skal klare å ta medisin. Ved for eksempel kvalme må det kanskje gis kvalmestillende først som skal virke en stund. Det er også tilfeller hvor tablettene må knuses og blandes med f. eks syltetøy.

**Ingrid** kommenterer i forhold til dette: *”hvis noen ikke klarer å ta tablettene og du må knuse de, da må du informere om at du har knust og blandet i syltetøy. Hvis ikke blir det uetisk”.*

**Rigmor:** *” når man knuser tabletter er det vanskelig å kontrollere det som er oppi der. Mange (pasienter) er klar og orientert og ber om at det skal knuses, men da mister de jo kontrollen selv, for det blir bare hvitt pulver de får.”*

Dette medfører at pasientens mulighet for kontroll er borte, og det er også vanskelig for de andre pleierne å vite hva som er i blandingen. Det er også et ansvar å holde orden på hva som kan knuses og ikke.

Det blir fortalt at det ikke er alle sykepleierne som tar dette like alvorlig, men **Rigmor** tenker over at det er noen tabletter som absolutt ikke skal knuses for eksempel depottabletter: *”Det kan påføre pasienten alvorlige bivirkninger med at man gjør det. Det kan bli det store magesåret uten at man tenker over det.”* Hun fortsetter videre med at: *”der har vi også et ansvar i forhold til legene, for de vet ikke hva som kan knuses eller ikke. At vi sier til dem at den her tablett... for det finnes ofte alternativt preparat. Mikstur eller tabletter som kan løses i vann eller... men da er det selvfølgelig viktig at legen spør litt og kommer med innspill”*

Rosemary Preston viser etter en litteraturgjennomgang til at få sykepleiere er klar over de farmakologiske skadene knusing av tabletter og åpning/tømming av kapsler med blanding i mat og drikke kan medføre. Det vises til at medikamentene bare er lisensiert til å bli administrert på opprinnelig måte, og at sykepleierne på den måte utsetter både pasientene og seg selv i fare. Preston uttrykker at dette blant annet må skyldes manglende farmakologisk kompetanse hos sykepleierne. Å knuse medikamenter er som å endre legemidlets formulering, som kan medføre økt toksisitet, redusere eller endre effekten, i verste fall mister det effekten helt (Preston, 2004). Undersøkelser ved norske sykehjem viste at knusing av tabletter er vanlig, også av depottabletter og enterotabletter som er en potensiell risiko for pasienten (Wannebo, 2009, Kirkevold & Engedal, 2010).

Forholdet til hjelpepleierne beskrives som godt. Hvis det er noen hjelpepleiere som ikke synes at det er greit å få oppgaven med å gi medisin, må de si fra til den ansvarlige sykepleieren slik at andre kan gjøre oppgaven.

***Bodil: "Hvis det er noen som ikke vil gi medisinene så sier de det. Det synes jeg fungerer greit. Hvis hjelpepleieren ikke vil gi så sier hun ifra til meg, slik at jeg eller en annen sykepleier kan gjøre det"***

Problemet for de som får delegert oppgaven er at de ikke kan kontrollere hvilke medisiner det er. ***Åse: "Hvis pasienten ikke er der, setter jeg medikamentet tilbake på medisin rommet, men går selv i legevisitt. Da må jeg be noen av de andre om å gå og hente det. Da får de nøklene. Men da har de ikke medisin kurven, og de må stole på at jeg har kontrollert rett. Det er en tillitt de er nødt til å ha"***

Samtlige av respondentene er veldig klare på at de som medisinansvarlige også er ansvarlig for å se at pasienten har tatt medikamentene sine. Når de setter i fra seg eller delegerer er dette vanskelig å overholde. Begrunnelsen for og ikke kunne observere dette hos alle, er i stor grad tidsaspektet og at andre oppgaver venter. Men de sier at det er viktig å følge med, gå tilbake og sjekke at medisinene er tatt.

Når det gjelder å delegere oppgaven med å gi til andre pleiere som har rommet, betegnes dette samarbeidet som godt og nødvendig av sykepleierne. Selv om de som får delegert oppgaven med å gi medisin sier at de skal gi den, er det som sagt ikke alltid at det blir gjort.

***Kari: "da er det slik at man bare setter medisinen på nattbordet og sier til den som har rommet at de må sørge for at pasienten tar den. Og da sier de alltid: ja, det kan vi. Men om de gjør det er en helt annen sak. Det skjer faktisk at når jeg kommer på nattevakt så står det begre fra både kl 12 og 16..."***

Hva som er grunnen til dette er vanskelig å si. Delegering av arbeid mellom yrkesgruppene har lang tradisjon i sykehuslivet. Legemiddelhåndtering er for eksempel en oppgave tradisjonelt delegert fra leger til sykepleiere. I Halvard Vikes maktutredning, ble det blant annet sett på forholdet mellom hjelpepleiere og sykepleiere i sykehus. Her ble det lagt fokus på at ved hjelp av delegering skyves oppgavene nedover i systemet. Det som sykepleierne ikke selv har tid til /"vil gjøre", blir satt bort til hjelpepleierne. Legemiddelhåndtering var også trukket frem som et sentralt skille mellom disse yrkesgruppene. Sykepleierne var opptatte av organisering, medisiner, legevisitt, dokumentasjon og telefoner, mens hjelpepleierne mente at de var de som utførte den tyngste jobben med praktisk å hjelpe pasienten (Vike et al., 2002). Inntrykket er at mens hjelpepleiere steller eller mater pasienten kan de gi medisinene samtidig. Dette gjelder spesielt til de pasientene som er hjelpetrengende. Når det gjelder andre pasienter som får medisinene satt på nattbordet, virker det ikke som "de



som har rommet”, tar like stort ansvar. Når ansvarlig sykepleier har sagt ifra til pasienten, er det pasienten selv som må passe på å få tatt dem. Det at de setter på nattbordet og sier ifra, **ansees i praksis for at pasienten har fått medisin**, dette på tross av at de gjentatte ganger forteller at de er nødt til å se at pasienten har tatt medikamentene. Det er sykepleierens ansvar.

#### **4.3.4. Pasient sier til sykepleier: ”nei jeg bruker å ta en hvit, denne er gul”**

Vet utdeling av medisinene går sykepleierne ut til pasientene, med blant annet tabletter ferdig i beger. I mange tilfeller er det mange medisiner som er lagt i. Sykepleierne forteller om at en del pasienter gjerne vil følge med på hva de får, men at de imidlertid i varierende grad har mulighet til det. Pasienten kjenner ofte sin egen medisinerings hjemmefra, men under sykehusoppholdet har ikke pasienten tilgang/utskrift over egen medisinliste. Det er også ulikt hvordan sykepleierne tenker om det at pasientene følger med. Det kommer frem at mange pasienter kontrollerer hva de får, mens andre ikke gjør det. Mange har stor tillitt til at sykepleierne gir riktig medisinerings.

*Åse sier i den forbindelse: ”Noen spør: hva er det her for noe? Så kan man gå igjennom det med pasienten og jeg har opplevd at pasienten har reagert på det han får. At det har vært feil medisin. Hvordan det har skjedd vet jeg ikke, 90 % av pasientene svelger bare medisinene rett ned. De tar alt for ”god fisk”. De stoler veldig på sykepleierne. Det er litt skremmende, vi kan gi hva som helst uten at de stiller spørsmålstegn. Men særlig de gamle teller tabletter, hvis det ikke stemmer blir det spørsmål”.*

**Kari** mener derimot at det er gledelig mange som følger med. At de teller tabletter og ser på form og farge. Men sykehusets bruk av synonym preparater (på grunn av pris) er med på å komplisere forholdene noe.

*”så da tror de at de ikke har fått rett, og da må jeg selvfølgelig hente kurven og se at det er det. For de står gjerne ikke på de synonym preparatene som vi har avtale på. Det er klart de reagerer hvis det er noe annet. De ser ikke like ut i det hele tatt. Så det er DET pasientene reagerer på. At det ikke er like mange og at de ikke ser like ut: ”nei jeg bruker å ta en hvit en, men denne er gul...” men det lar seg greit forklare”.*

**Bodil** har en blandet forståelse av at pasientene følger med: *”jeg hadde sikkert gjort akkurat det samme, jeg hadde sikkert fulgt med. Men noen ganger så blir jeg litt irritert, fordi jeg mener at de skal stole på meg når jeg kommer med dem. Men jeg bruker å gå og sjekke i kurven, og så går vi igjennom det i lag”.*

**Rigmor** forteller også om dette: *"mange pasienter sjekker selv. De har full oversikt. Det hender at de stusser over medisiner de får. Det er veldig bra, også for vår del. Men blir det ofte feil, så er det nesten pinlig. Men det kan jo være at legen har skrevet feil, eller at de har husket feil når de kommer i mottakelsen"*.

Under sykehusoppholdet blir det ofte gjort endringer i pasientens medisiner. Dette er et viktig ledd i behandlingen. Når noe blir endret eller tilført av legemidler er det legens ansvar som behandler å informere pasienten om det.

**Bodil** sier om det: *"noen leger er flinke til å informere om dette på visitten, om at de skal redusere, øke eller bytte, mens noen ikke gjør det. Da må man jo komme inn med en tablett og si at her er noe nytt du skal starte opp med..."*

**Ingrid** mener: *"hvis det er nye medisiner de starter med, så forventer vi at legen informerer om det. Vi skal ikke stå og informere om den nye medisinen. Det er det legen som skal gjøre. Alle pasienter har krav på å få ordentlig informasjon om de medisinene de skal bruke"*.

Pasientens rett til informasjon om behandling er lovfestet i pasientrettighetsloven:

**§3-1:** *"pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder"*

og **§ 3-2:** *"pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger"*(Pasientrettighetsloven, 1999).

Når pasientene ikke har oversikt over egen medisinkurve kan det være vanskelig å få dette til. De forsøker å telle og å se etter form og farge. Men det kan se ut som om de på mange måter er prisgitte det arbeidet som sykepleierne gjør. Begrene de får utdelt er i noen tilfeller kun merket med rom og sengenummer, men hva innholdet er, kommer ikke frem.

**Bodil:** *"jeg merker kun med rom nummer, men det er flere som merker med pasientens navn, og det skal vi vel egentlig gjøre"*.

Pasientene er i praksis nødt til å stole på hva sykepleierne gir. Også i forhold til bruken av synonym preparater må de stole på det sykepleieren sier at det er. Ved denne manglende oversikten fra pasientens side er det vanskelig å luke ut feil som om at det f. eks ikke er riktig pasient. Denne feilen regnes av meldesentralen som å være den hyppigst forekommende legemiddelfeilen (Helsetilsyn, 2008b).

Hvis pasienten ikke er til stede på rommet ved utdeling, og begeret står på nattbordet (jamfør punkt 4.3.3 s.60-61), har de liten mulighet for å få informasjon om innholdet. Ved innføring

av dataskrevne kurver kunne det kanskje vært mulig å skrive ut legemiddellisten til pasienten, slik at de også hadde hatt mulighet til å følge med. Dette ville vært i tråd med dagens tenkning om økt empowerment til pasienten. I St.meld. nr.18 blir det også vektlagt at dagens pasienter blir sett på som kunder/ konsumenter av helsehjelp med rettigheter. Pasientrettighetsloven gir rett til å medvirke ved alle former for helsehjelp. Denne medvirkningsretten innebærer at pasienten blir samarbeidspartner for helsepersonellet. Sannsynligheten for at behandlingen skal bli vellykket antas å være høyere når pasienten er klar over hvilke alternativer som foreligger, og hvorfor et bestemt legemiddel er valgt (St.meld.nr.18, 2004-2005). Det at sykepleierne forteller om at det blir oppdaget feil av pasientene, sier noe om viktigheten av at pasientene er oppmerksomme og stiller kritiske spørsmål. Dette kan være et forsterkende ledd i sikkerhetsnett, og kan være med på å forhindre at det blir gitt feil.

## 5.0 Generell diskusjon

### 5.1. Metodiske styrker og svakheter

En kvalitativ tilnærming tillater forskeren å gå i dybden, og innhente detaljert informasjon fra et lite utvalg av informanter. Man har også mulighet til å få frem variasjonene i informantenes oppfatninger, tanker og følelser over et gitt tema. Dette kan som Kvale sier: ” *gi et bilde av en mangfoldig og kontroversiell menneskelig verden* ” (Kvale, 1997:32).

Hvorvidt kvalitative studier med relativt få subjektive enheter kan regnes som *valide* (gyldige) og *reliable* (pålitelige) er en debatt som verserer (Thornquist, 2003:200-201). Enkelte representanter for kvantitativ forskning hevder at det kvalitative intervju ikke er reliabelt eller valid i den forstand at de ikke er objektive, og dermed ikke har nok enheter til å kunne generalisere funnene. Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres, og man kan ikke si at funnene gjelder for alle sykepleiere eller sykehus. Gjennom kvalitative intervjuer kan man få innblikk i informantenes erfarings og meningsverden, og de kan gi grunnlag for å forstå noen sammenhenger i praksis. Ved å beskrive hva sykepleierne gir uttrykk for og synliggjøre tolkningene som er gjort, kan leseren selv bedømme overførbarheten. Påliteligheten knyttes til det som skjer mellom forskeren og respondenten, som igjen er en forutsetning for gyldigheten.

Lincoln & Guba har foreslått 4 kriterier for å forsøke å lage en standard for denne type kvalitative studier (Polit & Beck 2008: 539).

*Credibility* (troverdighet/ pålitelighet), handler om å vise om man klarer å holde det opprinnelige fokus i undersøkelsen. Oppgavens problemstilling la grunnlag og utgangspunkt for sykepleiernes fortellinger. Jeg hadde på forhånd satt opp hovedpunkter i utkast til samtale (vedlegg 5), men respondentene fikk ikke utdelt denne. Den fungerte mer som en rettesnor for meg selv. Dette kan kanskje gjøre at respondentene blir ”styrt” inn i en tankerekke jeg som forsker har satt opp. Under hovedoverskriftene var det derimot åpent, og respondentene fikk fortelle om det som opptok dem. Etter hvert som sykepleiene snakket, vekslet de mellom de ulike leddene i legemiddelkjeden, og samtalene viste at de hadde ulike oppfatninger og opplevelser av ting, selv om en del av synspunktene var sammenfallende.

*Dependability* (avhengighet), knyttes til stabiliteten i materialet i forhold til tid og omgivelser. Spørsmålet blir i så måte er om samtalen kan rekonstrueres, utført med de samme deltakerne i den samme eller lignende kontekst? Den enkelte samtale kan imidlertid ikke reproduseres. Samtaler vi fører kan ikke gjentas i morgen, og ikke i den samme form denne eksakte samtalen har (Fog, 2004:185). Det at undertegnede må anses som ny i intervju sammenheng, kan muligens også ha påvirket samtalenes åpenhet og innhold. Det å være observant nok og å stille gode oppfølgingsspørsmål virker å være en treningssak. Likevel har jeg forsøkt å ha mest mulig åpenhet og la sykepleierne få mulighet til å utdype sine egne opplevelser. I samtalen ble jeg som forsker en del av samtalen. Det måtte skapes rom der sykepleiene fikk komme i tale og fremme sine versjoner. På den måten fikk det et sam-talepreg, og ikke gjennom standardiserte spørsmål (Thornquist, 2003).

*Confirmability* (styrke, samsvar) refererer til objektivitet, at det er informantens stemme som blir hørt og ikke bare forskerens mening og forforståelse som kommer frem. Det at jeg har en nærhet til og kjenner feltet kan også spille inn (jmfør punkt 3.1.1.). Dette kan være både en styrke og en svakhet. Respondentene er sykepleiere jeg tidligere har møtt i ulike jobbsammenhenger, men det at jeg nå var i en forsker rolle medførte at jeg ble nødt til å forsøke å distansere meg fra disse tidligere erfaringene. Det at jeg kjenner miljøet gir gjenkjennelse av situasjoner og kan gi utgangspunkt for den forståelsen jeg har kommet frem til. Samtidig er min nærhet og kjennskap til feltet ”nødvendig” for å nærme meg forståelsen. Gry Paulgaard viser til Gadamer og Guneriusen som hevder at den hermeneutiske vitenskapstradisjonen ikke bare fokuserer på hvordan man kan få tilgang til andre aktørers mening og kontekst, men også fortolkerens kontekst. Forståelsen /fortolkningen kan ikke løsriveres fra den konteksten aktøren er en del av enten denne er forsker eller informant. Forskerens subjektive forforståelse ses ikke på som en feilkilde som sperrer for innsikt, men som en forutsetning for innsikt (Paulgaard, 1997).

Det at jeg er kjent i akkurat dette feltet var på en måte med på å lette arbeidet. I og med at jeg ikke hadde mulighet til å gjøre feltobservasjoner på forhånd, hadde jeg likevel noe innsikt i hvordan mye av arbeidet foregår. Dette gjorde det lettere for meg å forstå når sykepleierne beskrev hvordan arbeidet ble utført. På denne måten ble det en dialog fra et område både jeg og respondenten hadde noe kjennskap til.

Dette kan bidra til en dypere forståelse enn hvis jeg ikke hadde hatt denne bakgrunnen. På den annen side er det en fare for at jeg som forsker overser noe som er forskjellig fra mine

egne erfaringer. Thornquist sier at refleksivitet er et kjernebegrep, og at forskeren må være bevist sin egen rolle (Thornquist, 2003:205).

Og til slutt *Transferability* (overførbarhet) dvs. om funnene kan bli overført til andre settinger eller grupper. Det er også en fordel om funnene er presentert på en måte som muliggjør andre tolkninger. Gjennom de grundige beskrivelsene av hvordan arbeidet og ansvaret oppleves (kap.4), gis det grunnlag for å kunne overføre dette til andre forhold rundt sykepleie. Dette kan gjelde for pasientsikkerhet og ulykkesforebygging generelt, for eksempel med rutiner for å hindre fall og liggesår. Andre mulige forhold er organisering av avdelinger og muligheter for kompetanseheving. Kan også med stor sannsynlighet overføres til legemiddelhåndtering ved andre sykehus (jamfør lignende beskrivelser i tidligere studier), men også sykehjem og hjemmesykepleie.

Andre metodiske forhold som kan påvirke funnene er at det ble benyttet selvrekruttering. Noe som kan medføre en form for utvalgsbias. Det kan tenkes at de som er spesielt interessert, trygge på seg selv og tørr å si ifra i en avdeling, er de som melder seg. I kvalitativ forskning er man imidlertid avhengig av at respondenter med erfaring og kunnskap er villige til å dele dette med forskeren. Det de forteller er viktig for dem, de erfaringene og opplevelsene de kommer med må på den måten anses som gyldige.

Bruk av innholdsanalyse hvor man bryter opp transkribert tekst inn i enheter og kategorier kan sees som en form for reduksjonisme. Uttalelser tas ut av sin opprinnelige sammenheng for en stund. Det var derfor viktig at alt ble lest helhetlig tilslutt for å ”kontrollere” at det stemte med den opprinnelige samtalen.

Diskusjonens troverdighet har sitt fundament i det empiriske materialet. De teoretiske perspektivene som er anvendt ble valgt etter bearbeidelse av materialet, når jeg ”så hva som trådte frem” i sykepleieres beskrivelser. De opplevelsene som sykepleierne vektlegger og trekker frem er mye sammenfallende med hverandre, og nyansene er relativt små.

Hovedfunnene med dårlige rammebetingelser, ansvaret for å luke ut eventuelle feil og opparbeidelse av personlig kompetanse, samsvarer også i stor grad med tidligere studier både nasjonalt og internasjonalt.

## 5.2. Bare sykepleierens ansvar?

I og med at problemstilling for oppgaven var sykepleiernes ansvar for pasientens sikkerhet i forbindelse med legemiddelhåndtering, ble det naturlig at mye av innholdet i samtalen handlet om deres opplevelser med ansvar i ulike grader og former. Via innholdet i hovedfunnene (presentert i kap.4), kom ansvarsopplevelsene frem som et gjennomgående tema. **Alle sykepleierne snakket om at de har et stort individuelt ansvar for å ivareta pasientens sikkerhet.**

De ga samtidig uttrykk for at det i mange tilfeller var et stort personlig ansvar å bære. I flere sammenhenger forteller de om hvordan de ønsker at ting skal være, men at det ikke lar seg gjennomføre innenfor de rammene som finnes. Samtidig kom de også med jevne mellomrom inn på at det var andre som også hadde ansvar. De fleste uttalelsene handler i så måte om at legene burde være mer ansvarsbeviste i ulike situasjoner. Arbeidet for å gjøre medisinerings sikker kan også ses som en helhetlig oppgave for sykehuset som organisasjon. Men ledelsens og sykehusets ansvar for forsvarlig drift<sup>17</sup>, med hensyn til ressurser og organisering kommer lite frem hos sykepleierne (Molven, 2009). De virker inneforstått med at ansvaret er deres, og at de må forholde seg til de økonomiske og organisatoriske rammene som eksisterer.

Utfordringene de strekker seg for å løse, handler om: *hvordan løse oppgaven på en best mulig måte innenfor det systemet som finnes.*

Dagens sykehus drives som helseforetak, med stor grad av produksjons og effektivitets hensyn. Medisinsk og teknologisk utvikling går svært raskt, og rammebetingelsene endrer seg. Dette fører til et kontinuerlig krav om effektivitet, kvalitet og optimal bruk av ressurser (Orvik, 2004, Johannessen, 2007). Det er vanskelig å bedømme hva som er minstestandard for forsvarlighet ved legemiddelhåndteringen. Det at dette kan betegnes som høyrisikoarbeid, krever kanskje mer nøyaktighet og prosedyrefasthet enn andre oppgaver. Medikamentene kan være hjelpende for pasienten, men overgangen til skade er kort. Spørsmålet blir i så måte om produksjon og sikkerhet lar seg forene eller om de kolliderer med hverandre?

Pasientsikkerhet handler om kvalitetssikring. Det gjør at man kan undre seg på hvorfor mange av forholdene og risikofaktorene har vært kjent i lang tid, men likevel ikke virker å være et satsningsområde i praksis. James Reasons Sveitserostmodell er bygd opp med ulike barrierer som skal hindre mulige feil å komme igjennom til pasienten. Sett i lys av hva sykepleierne

---

<sup>17</sup> Jamfør Lov om Specialisthelsetjenste § 2-2.

forteller, er det fremtredende at det i stor utstrekning baserer seg på kvaliteten til ”den ytterste osteskive”. Den enkelte sykepleier skal luke ut og hindre faremomentene fra å nå til pasienten. Eksempler på dette er de uoversiktlige medisinkurvene og at det ikke er rom/plass for dobbeltsignatur, eller at det blir opp til hver enkelt sykepleier å finne løsninger på hvordan dobbeltdobbelkontrollen kan gjennomføres. Andre eksempler er at man på grunn av mangelfullt med tid er avhengig av å delegere bort ansvaret med å fysisk gi medikamentene til pasienten (Reason, 2000, 2007). Nyere sikkerhetstenkning og myndighetenes ønske om å utvikle systemtenkningen, virker i så måte ikke å nå ned til sykepleierne ”på gulvet”. Det er mulig at de er plassert inn i en tradisjonell yrkesrolle, hvor sykepleierne har en ”husmor” funksjon med ansvar for å rydde opp, eller rollen som ”organisatorisk lim” som Benner sier (1995). Med sine organisatoriske evner trekker de i trådene, og passer på pasienten gjennom hele døgnet. På den måten sikrer de at pasienten får en helhetlig og trygg behandling. Det virker som om både ledelse og leger stoler på at dette er noe som sykepleierne tar hånd om, og problemene med for eksempel utydelige medisinkurver og mangelfulle ressurser til dobbeltdobbelkontroll, blir ”usynlig” for de som ikke er en aktiv del av den praktiske utførelsen. Den enkeltes faglige og etiske standard fungerer som et sikkerhetsnett i systemet.

Det som for mange kan se ut som en rutinemessig utførelse av en enkel prosedyre, fortøner seg ved nærmere øyesyn som komplekse situasjonsbetingede vurderinger med påfølgende handlinger. Medisineringen må fortløpende tilpasses den enkelte pasientens kliniske tilstand. Til dette kreves en bred form for kompetanse. Sykepleiefagets kjente problemstilling om forholdet mellom teori og praksis integreres også på dette området. Sykepleierne vektlegger at de ”må vite mye” både om behandlingens medikamenter, den enkelte pasientens tilstand og hva som av erfaring bruker å fungere. Å være oppmerksom i lesning av kurven, kontroll av legemidlene og ved utdeling til pasienten er faktorer som er vesentlig. Oppgavene med legemiddelhåndtering er tradisjonelt delegert til sykepleierne fra legene, og kanskje er det en medvirkende faktor til at mange tror at de medisinskfaglige vurderingene som skal gjøres i forhold til pasienten allerede er gjort av legen (Molven, 2009). Men man kan også spørre seg om det individuelle ansvaret er noe sykepleierne har fått eller påtatt seg?

Det å håndtere medikamenter er i dag sett på som et av hovedområdene ved sykepleierens funksjon. Det er også noe som mange sykepleiere liker å trekke frem (Vike et. al, 2002). Sykepleierne i denne studien ser positivt på arbeidet med legemidler, det inngår som en naturlig del av jobben. Rutinene og vanene gir flyt, og kompetanse opparbeides gradvis med den praktiske erfaringen. Oppgavene har en viss grad av teknisk utførelse, samt at det grenser



mot og er en del av den medisinske behandlingen legene utøver. Dette utskiller seg fra andre omsorgsoppgaver på sykehus, som for eksempel stell. Legemiddelforskriften fra 2008 åpner imidlertid for at også andre skal kunne håndtere medikamenter, bare virksomhetsleder vurderer at helsepersonellet har den reelle og formelle kompetansen som kreves for oppgaven (Helsedirektoratet, 2008).

### **5.3. Faktorer som kan fremme pasientsikkerheten**

Funnene i studien viser noe av den kompleksiteten som sykepleierne arbeider innenfor. De synliggjør også opplevelsene av noen områder som bør forbedres og jobbes videre med i fremtiden. Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig forbedringsprosess som hviler både på den enkeltes innsats og organisasjonenes syn og kultur på pasientsikkerhet. Sykepleiere er deltakere i legemiddelhåndteringens kjedelignende prosess, og ansvarspresset virker å være stort i det ytterste ledd.

Starten på legemiddelkjeden er legens rekvirering av medikament på kurven. Dette er utgangspunktet og legger føringer for muligheten til å gjennomføre en forsvarlig medisinerings. Når sykepleierne enstemmig beskriver opplevelsene med kurvene som problematiske, er dette noe som det bør tas tak i. Det er også klarlagt gjennom forskning hvilken betydning korrekt, tydelig og leservennlig foreskrivning har for riktig medisinerings. Dataskrevne kurver og elektroniske systemer virker å være en klar mulighet for forbedring her (Leape, 1995, Jones & Moss, 2006, Peters & Peters, 2008, Ödegård, 2007, Reckmann, 2009).

De fysiske forholdene har på en del områder forbedret seg fra tidligere, hvor det før var medisinskapsrom er det nå medisinerom. Likevel beskrives det som trangt, med mange hindringer og forstyrrende elementer. Å anerkjenne og akseptere at dette er konsentrasjonsarbeid som krever plass, oversiktlige systemer, ro, tid og gode retningslinjer er noe som det må strebes etter (Chaudhury, 2009, Colliver, 2009, Klinger, 2010, Westbrook, 2010).

Utdelingsfasen er et annet risikoområde. Å sette medikamentene på nattbordet og si ifra til pasienten, eller be kollegaer om å hjelpe pasienten, trer i mange tilfeller frem som noe usikkert. For det første er det ikke sikkert at man får gitt beskjed til pasienten før etter en stund. For pasienten er det liten mulighet for å kontrollere det som ligger i begeret. I og med at det er ulikt hvordan de ulike sykepleierne merker begrensene, er det også vanskelig å vite sikkert til hvilken pasient og klokkeslett det er beregnet. Det at pleierne er nødt til å samarbeide og hjelpe hverandre med utdelingen fremtrer som et gode i avdelingskulturen.

Medikamentene blir ansett som gitt når de er satt fra seg, eller at oppgaven er delegert til annen pleier. Det at de likevel blir funnet stående igjen senere, er eksempler på at dette ikke fungerer optimalt<sup>18</sup>. Sykepleierne oppgir også at de er nødt til å gå tilbake og sjekke om medikamentene er tatt. Her kan det være flere aktuelle løsninger. Et forslag kan ligge i endret organisering. Kombinasjonen med team og medikamentansvar hvor oppgaver kolliderer med hverandre, virker stressende og medfører at man ser seg nødt til å ”kutte i svingene”. Teamlederrollen krever lederegenskaper med å fordele arbeidsoppgaver, gi rapporter, skaffe seg helhetlig oversikt over gruppens pasienter, samt deres videre behandling og oppfølging. Medikamentansvarligrollen krever kontroll på medikamentene, ”å se pasienten” og tid til å kontrollere/dele ut og dokumentere på en forsvarlig måte. Det å kunne prioritere mellom de ulike oppgavene blir avgjørende. De gir også uttrykk for at arbeidet med legemidlene ofte prioriteres fremfor andre oppgaver. Det blir viktig at arbeidet ikke forskyves, og om det skulle skje er man nødt til å jobbe for” å hente seg inn igjen”. En egen medisinsvarlig sykepleier vil kanskje gi bedre mulighet til å få ro og konsentrasjon som er nødvendig for en sikker håndtering. Det å kunne bruke tid på utdeling kan redusere risikoen for feil. En annen mulighet er å dele ansvaret på flere personer, for eksempel mindre grupper. I så måte vil det være færre pasienter å skaffe seg helhetlig oversikt over.

En videre mulighet er bruk av ny teknologi. Maskinell pakking og bruk av strekkode på pasientens navnebånd, kan være med på å sikre prosessen med at det blir riktig medikament til rett pasient. Det bidrar også til mindre ”svinn” og enklere kontroll på lagerbeholdning. Det at arbeidet i dag utføres i stor grad av manuelle handlinger, kan sees som positivt med at sykepleieren ”fletter” inn sitt kliniske blikk i medisineringsprosessen. Likevel bør utviklingen av ny teknologi kunne anvendes som støtte og hjelp innenfor et krevende område uten at man gir slipp på bruk av den enkeltes faglige kompetanse. Systemene som har mulighet til å kontrollere behandlingen opp mot kliniske verdier, allergier, interaksjoner osv. kan være nyttige hjelpemidler for å hindre feilmedisinering av pasienter. Dette kan også forenkle både legenes og sykepleiernes arbeid. På en måte kan dette sammenlignes med dagligvarehandelens bruk av strekkoder. Uten sammenligning for øvrig: ”helse er ikke en vare”, men god omsorg.

Endring av rutiner, organisering og bruk av ny teknologi, bør også kunne medføre økonomiske gevinster for helseforetakene. Det er kjent at ekstra liggedøgn for å observere og

---

<sup>18</sup> samsvarer også med studiene til Storli, 2004; Settemsdal, 2008

rette opp skader på pasient, i tillegg til unyttig bruk av sykepleieres og legers tid er kostbart (Kohn et. al 2000, Hjort, 2007). Kostnadene ved innføring av teknologi må vurderes opp mot de etiske og økonomiske konsekvensene feilmedisineringer kan gi. Helsetilsynet trekker i sin rapport frem effektene av systematisk forbedringsarbeid i USA, som viser at innsatsen gir økonomisk avkastning allerede etter første år. Samtidig avverges en rekke mulige feilmedisineringer (Statens helsetilsyn, 2002:9).

Jeg mener imidlertid ikke at sykepleiernes ressurser skal kuttes ved innføring av ny teknologi, men gis rom for å utnyttes bedre. Tid kan for eksempel benyttes til bedre ivaretagelse av pasienter og pårørende, eller utvikling av faglig kompetanse. Syn på kompetanse, både teoretisk og praktisk, bør videre ses på som et gode innenfor avdelingenes kultur. I stedet for at den enkelte sykepleier utvikler egne strategier for økt oppmerksomhet og trygghet etter opplevelser med feil eller nesten uhell, bør det satses på å lære av egne og andres opplevelser og handlinger. Systematisk bruk av avvikshåndtering, gode skriftlige rutiner og diskusjoner i avdelingene hvor man synliggjør de ulike risikofaktorene, vil kunne komme både pasient, sykepleier og sykehus til gode. Arbeidsgiver bør også legge til rette for oppdatering på nye medikamenter og behandlingsmetoder gjennom kurs og intern opplæring. Helsetilsynet fremmer også synet om at det er avdelings- og etatsledere som må være pådrivere for systematisk sikkerhetsarbeid. Dette krever at man forsøker å se sin egen virksomhet på avstand, og endre den i et perspektiv som strekker seg utover hverdagens tidshorison. De ansvarlige lederne må sikre at medarbeiderne kan bli i stand til å ta fatt i problemene, og holde oppmerksomheten på dem over tid (Statens helsetilsyn, 2002:16). Som legemiddelforskriften sier er kompetanse noe som må utvikles og vedlikeholdes kontinuerlig (Helsedirektoratet, 2008:20-21). Kompetanse er ikke bare noe personlig, men kulturelt som må utvikles i forsvarlig takt med organisasjonen og samfunnet for øvrig.

Ett siste punkt jeg ønske å trekke frem er muligheten med å benytte pasienten som ressurs. Funnene viser at mange pasienter ønsker og er i stand til å være med på å sjekke hvilke medisiner de får. Det å kunne ha oversikt selv over hvilke medikamenter man skal ha og hvorfor, er viktig også for pasientens autonomi. Men dette må ikke trekkes dit hen at pasientene selv blir ansvarliggjort om noe blir feil, og det må også tas høyde for at mange er så syke og svekket at de ikke har mulighet for å bidra til kontroll. Når det gjelder sykehusenes bruk av synonympreparater er pasientene imidlertid nødt til å stole på hva sykepleierne gir. Kanskje kan legemiddelkjeden utvides med et ekstra ledd: *pasienten gis mulighet for kontroll av medikament*. Satt inn før leddet med at pasienten er rett medisinert?

## 6.0. Avslutning

I studien har jeg forsøkt å få frem noen av opplevelsene de fem sykepleierne har med å ivareta ansvaret for pasientens sikkerhet innenfor legemiddelhåndtering. Funnene gir grundige og utfyllende beskrivelser av deres daglige arbeidsliv med ansvar for medisinerings. Ved å studere ansvaret gjennom legemiddelkjedens nederste ledd, har opplevelsene kommet frem gjennom beskrivelser og fortellinger. Samtidig blir også kompleksiteten og utfordringene i arbeidet synlig. Legemiddelhåndtering er oppgaver de er positive til, og liker å jobbe med.

Opplevelsene med å ha ansvaret for pasientens sikkerhet i legemiddelhåndtering, påvirkes imidlertid av en rekke faktorer. Arbeidsmiljøet med medisinerommenes trange utforminger, uoversiktlige legemiddelkurver, personlige evner til å konsentrere seg ved stadige avbrytelser og dårlig tid til å gjennomføre oppgavene, gjør det vanskelig å ivareta pasientens sikkerhet på en god og effektiv måte. Når det gjelder den kompetansen de har opparbeidet seg gjennom utdanning og yrkesliv, vektlegges i hovedsak den enkeltes erfaring og kliniske blikk. I tillegg virker kjennskap til rutiner og vaner vesentlig for å kunne utføre legemiddelhåndteringen på en hensiktsmessig måte. Etter opplevelser med situasjoner som har vært uheldige, lager sykepleierne sine egne sikkerhetsrutiner som de føler seg tryggere på. Sykepleierne er limet som holder leddene i legemiddelkjeden sammen, og bidrar med viktig kompetanse i behandling og oppfølging av pasienten.

Kompetansen baserer seg på grunnutdanningen i sykepleie og erfaringene de har gjennom levd yrkesliv. De opplever mangelfulle muligheter til faglig oppdatering ved hjelp av kurs og intern undervisning. Det blir sett på som den enkeltes ansvar å holde seg à jour med utviklingen på legemiddelfeltet. Sykepleierne har også en viktig funksjon med å bruke sin kompetanse til å være oppmerksomme på og ansvarlige for å luke ut eventuelle feilkilder. De kontrollerer medikamentene på medisinerommet nøye, blander, trekker opp og legger i dosett. De kontrollerer også hverandre, at det er dosert riktig. Men dobbeltkontroll av intravenøse og narkotiske medikamenter, synes de det er vanskelig å gjennomføre i praksis. Det viser seg dessverre også å være noen brudd i kontrollen når de deler ut medikamentene til pasienten. På grunn av travelhet og andre arbeidsoppgaver, blir medikamentene enkelte ganger satt igjen på pasientens nattbord. Ansvaret med at pasienten får tatt disse, overlates til pasienten selv eller andre pleiere som har ansvaret for pasientens rom.

Individperspektivet og det personlige ansvar er godt innarbeidet blant den enkelte sykepleier. Dette er også noe som forventes i kulturen, av andre yrkesgrupper, og organisasjonen generelt. Dette innebærer at de strekker seg langt for å imøtekomme forsvarlighetskravet, som for eksempel ved å bruke ekstra tid på å tyde vanskelige kurver. De tar ansvar for å rette opp det som eventuelt måtte være utydelig før det når til pasienten. Opplevelser av stress og travelhet, og at det er vanskelig å gjennomføre arbeidet innenfor rammene, er faktorer som påvirker sikkerheten. Undersøkelsen viser også at utøvd praksis i varierende grad har fokus på kvalitet og sikkerhet. Sikkerhetskulturen virker lite utviklet i forhold til nyere sikkerhetstenkning og myndighetenes ønsker.

Funnene samsvarer i stor grad med tidligere studier både nasjonalt og internasjonalt. Det betyr at vi nå kjenner til hvilke holdninger og rammefaktorer som det er behov for å gjøre noe med. Tiden virker moden for å handle i praksis. Å skifte fokus og forståelse er tidkrevende, og kanskje er det noe av årsaken til at det tar så lang tid å komme inn i retningen med sikkerhet som system. Nå er det behov for vilje, oppmerksomhet og ansvar også fra helseledere og myndigheter. Den enkelte sykepleier bør ikke miste sitt individuelle ansvar, men gjennom systematisk sikkerhetsarbeid få muligheter til å utføre en god og forsvarlig praksis med legemidler. Det at sykepleierne er etablert i en ugunstig arbeidssituasjon med et så viktig arbeid, kan forstås som en etterlevning av ”husmorrollen” - legemiddelhåndteringen kan sees som sykehusets husarbeid, noe som er usynlig før det ikke blir utført på en riktig måte, til rett pasient, med riktig legemiddel, riktig form, riktig styrke, riktig dosering og til riktig tid, ...

Det ligger mange veier åpne for videre forskning. Helse Norge går en spennende tid i møte med videre innføring av ny teknologi. Utviklingen av sykepleiernes ansvar for pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering bør følges opp både i denne fasen og etterpå. En annen aktuell studie kan være å studere hvordan siste års sykepleierstudenter opplever det å være kompetente for oppgaver innenfor legemiddelhåndtering. Eller intervju ledere og leger innenfor spesialisthelsetjenesten angående deres syn/opplevelser av muligheter for utvikling av økt pasientsikkerhet. Likeledes vil kommunehelsetjenesten med sykehjem og hjemmesykepleie også være spennende områder å forske på legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet i.

## Litteraturliste

Ahus 14.8.200 artikkel om legemiddelforsyning

[http://www.ahus.no/modules/module\\_123/proxy.asp?I=16993&C=1071&D=2](http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?I=16993&C=1071&D=2) lesedato 19.2.2010

Armitage, G. (2008) *Double checking medicines: defense against error or contributory factor?* Journal of Evaluation in Clinical Practice, Vol.14, 513-519.

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*, Oslo, Tano Forlag AS i samarbeid med Munksgaard.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*, California, Addison-Wesley Publishing Company.

Bielecki, T., Børdahl, B., Borgen, F. H., Endresen, L. & Tharaldsen, H. M. (2008) *Legemiddelhåndtering*, Oslo, Gyldendal akademisk.

Buajordet, E., Eriksen, Brørs, H (2001) *Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment*. Journal of Internal Medicine, Vol. 250, issue 4, 327-341. Online 7.7. 2008  
Doi: 10.1111/j.1365-2796.2001.00892x.

Chaudhury, H, Mahmood, A, Valente, M (2009) *The Effect of Enviromental Design on Redusing Nursing Errors and Increasing Efficiency in Acute Care Settings: A Review and Analysis of the Literature*. Environment and Behavior SAGE publications, 41 number 6, 755-786. Online 5.5. 2009. Doi: 10.1177/0013916508330392.

Colliver, V. (2009) *Prescription for success: Don't bother nurses*, San Francisco Chronicle  
[http://articles.sfgate.com/2009-10-28/news/17185347\\_1\\_nurses-medication-errors](http://articles.sfgate.com/2009-10-28/news/17185347_1_nurses-medication-errors)  
Lesedato 18.4.2010

Dahlberg, K, Drew, N. & Nystrøm, M. (2001) *Reflective lifeworld research*, Lund, Studentlitteratur.

Dekker, S. (2007) *Skuld - en individuell handling eller indirekt konsekvens*. I Ödegård, S. (2007) *I rättvisans namn: ansvar, skuld och säkerhet i vården*, Stockholm, Liber Ab.

Fog, J. (2004) *Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*, København, Akademisk Forlag.

Fonneland, I, Vålansmyr, T (2004) *Dobbeltkontroll med stoppeklokke*. Sykepleien 21, 55-57.

Graneheim, U.H, Lundman, B (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, prosedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24, 105-112.

Grøndal, I. L. (2002) *Helsevesenet trenger medisinsk havarikommisjon*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 12, 122.

- Helsedirektoratet (2008) *Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Forskrift med rundskriv utgitt 04.2008.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. 2.7.1999 nr.64*. Hentet 4.10.2009 fra <http://www.lovdatab.no>
- Health-tech Robotics & Logistics: <http://www.health-tech.no/>. Lesedato 19.2.2010
- Hjort, P. F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Johannessen, K. I., Molven, O., Roalkvam, S. & Aakre, M. (2007) *Godt, rett, rettferdig: etikk for sykepleiere*, Oslo, Akribes.
- Jones, S & Moss, J (2006) *Computerized Provider Order Entry*. The Journal of Nursing Administration, Vol. 36 No 3, 136-139.
- Kirkevold, Ø, Engedal, K (2010) *Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter*. Sykepleien Forskning, Nr.1, 16-25.
- Klinger, J.(2010) *Giving Medication Administration the Respect It Is Due* . Archives of Internal Medicine Vol. 170, No 8, 690-692.
- Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori*, Oslo, Tano.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. & Donaldson, M. S. (2000) *To err is human: building a safer health system*, Washington, National Academy Press.
- Leape, L, L, et.al (1995) *System Analysis of Adverse Drug Events*. JAMA, Vol. 274 No 1, 35-43.
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984) sist endret 1.9.2003. Hentet 5.5.2010 fra <http://www.lovdatab.no>
- Lundman, B., Graneheim, U (2008) *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskar, H.-N. (Ed.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 1 utgave ed., Studentlitteratur.
- Molander, B. (1996) *Kunskap i handling*, Göteborg, Daidalos.
- Molven, O. (2009) *Sykepleie og jus*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Munkeby, B. H, Brubakk, K (2008) *Tiltak som fremmer pasientsikkerhet - en litteraturstudie*. Masteroppgave i helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- Mølmen, R. N. (2006) *Uheldige hendelser*. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU, Trondheim.

Nasjonal helseplan 2007-2010 (2006/2007) Særtrykk av st.prp. nr.1 kap.6. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, Oslo,

Olsen, E. (2007) *Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening Nr 20; 127, 2656-60 *Tidsskriftet.no*.

Olsen, L. A. & Rygg, L. Ø. (2004) *Praktisk legemiddelhåndtering*, Oslo, Cappelen akademisk forlag.

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, Oslo, Cappelen akademisk forlag.

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter 2.7.1999 nr.63*. Hentet 4.10.2009 fra <http://www.lovdatab.no>

Paulgård, G. (1997) *Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler?* Oslo, Universitetsforlaget.

Peters, G. A. & Peters, B. J. (2008) *Medical error and patient safety: human factors in medicine*, Boca Raton, CRC Press/Taylor & Francis.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Preston, R. (2004) *Drug errors and patient safety: the need for a change in practice*. *British Journal of Nursing*, Vol. 13, No 2, 72-78.

Reason, J. (2000) *Human error: models and management*. *British Medical Journal*, 320, 768-770.

Reason, J. (2007) *Individ - och system - modeller for felhandlingar - at skapa ratt balans i halso - och sjukvården*. Ödegård, S. (2007) *I rättvisans namn: ansvar, skuld och säkerhet i vården*, Stockholm, Liber Ab.

Reckmann, M. Westbrook, J, Koh, Y et.al (2009) *Does Computerized Provider Order Entry Reduce Prescribing Errors for Hospital Inpatients? A Systematic Review*. *JAMIA*, Vol 16,613-623. Doi: 10.1197/jamia.M3050.

Schelbred, A.-B. (2004) *Sykepleiere og alvorlige feilmedisineringer: hvordan opplever sykepleiere det å gjøre en alvorlig feilmedisinering av pasienter?* Hovedfagsoppgave Oslo,

Schelbred & Nord (2007) *Nurses`experiences of drug administration errors*. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.60, No 3,317-324. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04437x.



Settemsdal, E. M. (2008) *Ansvarsutvikling: en pådriver for et forsvarlig system: en studie om legemiddelhåndtering og feil og avvik med medisiner blant kliniske sykepleiere på sykehus*. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU, Trondheim,

Skjervheim H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*, Oslo, Aschehoug.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* 2.7.1999, nr 61. Hentet 4.10.2009 fra <http://www.lovdatab.no>

Statens helsetilsyn (2002) *Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester*. Rapport fra helsetilsynet, utarbeidet av stiftelsen GRUK november 2002.

Statens helsetilsyn (2008a) *Meldesentralen- oppsummeringsrapport 2001-2007*. Oslo.

Statens helsetilsyn.(2008b) *Meldesentralen - årsrapport 2006*. Rapport fra helsetilsynet 1/2008.

St. meld. nr.18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, legemiddelpolitikken*. Oslo. Det kongelige helse-og omsorgsdepartement.

Storli, M. (2004) *Feilmedisinering: en studie av strukturelle og rasjonelle rammer rundt utdeling av legemidler på sykehus*. Hovedfagsoppgave i helsefag, NTNU, Trondheim

Sundsbo, D. (2008) *Tale til pasientsikkerhetskonferansen*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Pasientsikkerhetskonferansen 2008. Oslo, Rikshospitalet, Regjeringen.no.

Svensson, R. & Olsvold, N. (1998) *Samfunn, medisin, sykepleie*, Oslo, Ad notam Gyldendal.

Syse, A., Førde, R., Førde, O. H. & Braut, G. S. (2000) *Medisinske feil*, Oslo, Gyldendal akademisk.

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*, Oslo, Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget.

Tinnå, M. (2009) *Pasientsikkerhet i norsk helserett. Understøtter norsk rett helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet?* Studentoppgave, Kungliga Tekniska Högskolan, Stockholm, Utgitt av Kunnskapssenteret.no.

Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*, Oslo, Gyldendal akademisk.

Wannebo, W. (2009) *Tablettknusing i sykehjem*. Tidsskriftet Sykepleien Forskning, nr 1 2009;4, 6-15.

Westbrook, J. (2010) *Association of Interruptions With an Increased Risk and Severity of Medication Administration Errors*. *Archive of Internal Medicine*, 170 No 8, 683-690.

Worth, T. (2010) *Nurses as Sentinels for safety*. The American Journal of Nursing, March 2010, Vol 110.

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

## Vedlegg 1.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Kenneth Asplund  
Avdeling for sykepleie og helsefag  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 15.09.2009

Vår ref: 22482 / 2 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.08.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22482	<i>Pasientens sikkerhet - sykepleierens ansvar? Et bidrag for å synliggjøre opplevelser av ansvarsforhold ved legemiddelhåndtering</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Kenneth Asplund
Student	Gunn Hågensen

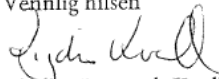
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 29 53

Avdelingskontorene / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svanaa@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svanaa@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdinaa@svt.uib.no](mailto:nsdinaa@svt.uib.no)

## Vedlegg 2.

Gunn Hågensen

Høgskolen i Finnmark, avdeling for helsefag

9613 Hammerfest

Deres ref:

Vår ref:

Sted / Dato:

### **Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre et mastergradsprosjekt ved utvalgte avdelinger ved [REDACTED]**

Det henvises til din forespørsel av 21.09.09. [REDACTED] gir med dette tillatelse til at det tas kontakt med aktuelle avdelinger og aktuelle sykepleiere for å samle inn data til ovenfornevnte mastergradsprosjekt.

I din forespørsel fremkommer det at du ønsker å komme i kontakt med ulike avdelinger og med sykepleiere med ulik kompetanse og erfaring. Ber derfor om at du i din henvendelse til klinikken tar kontakt med avdelingssykepleierne for de avdelingene du ønsker å gjøre intervjuene i. Trenger du at undertegnede bidrar med dette, ta kontakt. Sender en kopi til aktuelle avdelingssykepleiere slik at de er orientert om tillatelsen som er gitt.

Kontaktperson ved klinikk [REDACTED]

E-post:

[REDACTED] forutsetter at prosjektet følger forskningsetiske retningslinjer.

Det er et ønske at vi kan lære av dette arbeidet enten ved at du presenterer oppgaven ved de respektive avdelinger eller samlet for klinikken og at vi får oppgaven tilsendt.

[REDACTED] ønsker deg til lykke med masteroppgaven.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

Assisterede klinikkssjef

### Vedlegg 3:



#### **Informasjonsskriv til aktuelle sykepleiere.**

Gunn Hågensen

Høgskolen i Finnmark, avd. helsefag

9613 Hammerfest

Telefon 920 96 876

E-post [gunnha@hifm.no](mailto:gunnha@hifm.no)

Hammerfest 27.10.09

#### **INFORMASJON TIL SYKEPLEIERE VED [REDACTED]**

#### **FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKT**

Jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, helsefaglig studieretning. I den forbindelse holder jeg nå på med min avsluttende masteroppgave. Jeg er også ansatt som høgskolelærer ved sykepleierutdanningen, Høgskolen i Finnmark.

Min faglige veileder ved Universitetet er Kenneth Asplund.

**Temaet for oppgaven er hvordan sykepleiere opplever å være ansvarlige for pasientens sikkerhet ved legemiddelhåndtering.** Det å håndtere legemidler utgjør en stor del av sykepleiernes arbeidsdag, og ansvaret for at pasienten har fått riktig medisinerer hviler i mange tilfeller på sykepleieren. Det innebærer et sterkt individuelt ansvar for at deres yrkesutøvelse er faglig forsvarlig.

Prosjektet er en kvalitativ studie med intervju av 4-5 sykepleiere som får fortelle om det å arbeide med legemidler. Det handler om deres ”daglige” arbeidsliv med medikamenter, og hvilke forhold det er de vektlegger som viktige for at pasientens sikkerhet skal kunne bli best mulig ivarett? Hvordan samarbeider sykepleierne med kollegaer for å få dette til?

Formålet med studien er å synliggjøre sykepleieres opplevelser av det å ha ansvar ved legemiddelhåndtering, og hvilke forhold de mener påvirker pasientsikkerheten. Dette kan i så måte være med på å forbedre mulighetene for at pasienten skal kunne få en riktig medisinerings. Det er ønskelig at det som kommer frem i studien, kan gi ny kunnskap, som kan være til hjelp for å forstå og forbedre forholdene rundt legemiddelhåndtering.

Jeg ønsker å intervju sykepleiere ved sykehusavdelinger der det foregår mye medisinering. Intervjuene vil vare ca 1 time, det vil bli tatt opp på bånd med skrevne notater underveis. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Du vil ikke kunne bli gjenkjent i masteroppgaven. Ved prosjektslutt senest 31.12.2010, vil lydopptak være slettet. Og datamaterialet er anonymisert.

Dersom du kan tenke deg å la deg intervju, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg innen **20.11.09**.

Tid og sted blir vi enige om sammen.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 92096876, eller sende en e-post til [gunnha@hifm.no](mailto:gunnha@hifm.no)

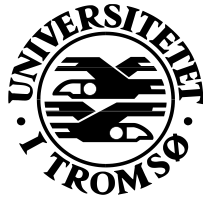
Du kan også kontakte min veileder ved universitetet i Tromsø på telefonnummer + 46 60148505.

Studiet er meldt inn og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Prosjektnummer 22482.

Med vennlig hilsen

Gunn Hågensen

#### Vedlegg 4.



### **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg samtykker herved med at de opplysninger som blir innhentet av Gunn Hågensen ved intervju, kan brukes i hennes masteroppgave ved Universitetet i Tromsø.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er gjort kjent med at min deltakelse i prosjektet er frivillig, og at jeg senere har mulighet for å trekke meg.

Jeg er villig til å la meg intervjuet.

Underskrift: .....

Jeg samtykker herved til å bli intervjuet i prosjektet ”pasientens sikkerhet – sykepleierens ansvar?”, slik det er blitt beskrevet i Gunn Hågensens informasjonsskriv.

Mitt telefonnr er

Svar sendes i vedlagt konvolutt

## **Vedlegg 5.**

### **Utgangspunkt for samtale:**

Tema: Pasientens sikkerhet - sykepleierens ansvar?

### **”Hvordan opplever sykepleiere ansvar for pasientens sikkerhet, i forbindelse med legemiddelhåndtering?”**

Fokuset for intervjuene er temaet. Tar utgangspunkt i legemiddelkjeden, med tanke på at sykepleierne er de som utøver de 3 siste leddene i kjeden (vedlagt). Det er sykepleiernes opplevelse og erfaringer som står i sentrum. Informantene oppfordres til å fortelle så fritt som mulig om hvordan det oppleves å være ansvarlig for at pasienten får riktig legemiddel, og om hvilke holdninger det er i sykepleiekulturen/avdelingene til dette.

Med dette som utgangspunkt stilles det videre utdypende spørsmål etter hvert.

### **Innledning**

Før intervjuet starter vil jeg gi en presentasjon av meg selv, orientering om selve prosjektet og repetere innholdet i informasjonsskrivet og avklare eventuelle spørsmål.

Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?

Hvilke tanker har du rundt det å jobbe med medisiner?

- Positivt

- Negativt

### **Legemiddelkjeden**

#### **1. Sykepleier plukker fram medikament og doserer (på medisinrommet)**

Hvordan opplever du at forholdene er lagt til rette for en forsvarlig legemiddelhåndtering?

Tenker her i forhold til medisin rom, kurver/ordinering, dosetter, tid, forstyrrelser med mer.

Ha de 7 R-er som utgangspunkt: *Riktig pasient, riktig legemiddel, riktig legemiddelform, riktig styrke, riktig dose, riktig måte og riktig tid.*

Fortell om hvordan du tenker/jobber på medisinrommet for at pasienten skal få en riktig medisinerings? Bruk gjerne eksempler



## **2. Sykepleier deler ut**

Fortell hvordan du ivaretar sikkerheten for pasienten ved utdeling? Se for deg at du deler ut noe – fortell...

Pasientens rolle...

Hvordan tenker du i forhold til at du er det siste leddet i legemiddelkjeden. – Den som praktisk deler ut medisin? Fortell ...

Tenker du på at det kan bli feil medisinerings for pasienten? Fortell...

## **3. Sykepleieren vurderer effekt og dokumenterer (eks. kurvføring)**

Hvordan erfarer du å følge opp om pasienten har fått den ønskede effekt av medikamentet?

Hvordan ivaretas dokumenteringen av effekt og bivirkninger?

### **Generelt**

Muligheter for oppdatering i forhold til legemiddelhåndtering...

Fortell..., tenk for eksempel på kunnskaper om ulike legemidler, virkningsmekanismer, nye behandlingsmetoder, medisinsk utstyr eller regneferdigheter.

Hvordan tenker du om at det å gi riktig medisin er ditt individuelle ansvar?

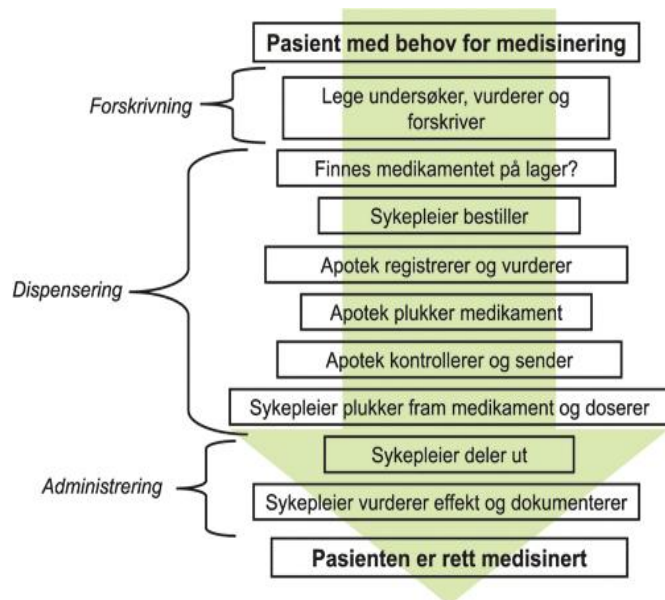
Kan du fortelle noe om ansvarsfordelingen for riktig legemiddelhåndtering mellom sykepleiere, leger og sykehuset?

Har opplevelsen av ansvar endret seg i løpet av den perioden du har arbeidet som sykepleier?

Snakkes det om dette ansvaret i avdelingen?

### **Avsluttende kommentarer**

Noe mer du tenker på i forhold til temaet?



**Figur 1.1** Legemiddelkjeden i pleie- og omsorgstjenester (Statens helsetilsyn 2002:10)



