

BACHELOROPPGAVE:

Trygge rammer

Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten bidra
til å forebygge feilmedisinering?

FORFATTERE:

HANNE VIGDISDATTER FINSTAD OG GURO HELENE TORP

13HBSPLH

Dato: 20.05.2016

SAMMENDRAG

Tittel:	Trygge rammer. Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten bidra til å forebygge feilmedisinering?	Dato : 20.05. 2016
Deltaker(e)/	Hanne Vigdisdatter Finstad og Guro Helene Torp	
Veileder(e):	Anne Vifladt	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Pasientsikkerhet, feilmedisinering, sikker legemiddelhåndtering, forebygging	
Antall ord: 13188	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Introduksjon: Det er rapportert at ved 14% av alle somatiske pasientopphold i norske sykehus oppstod det minst én pasientskade som medførte behov for tiltak eller forlenget sykehusopphold. Legemiddelrelaterte skader var et av de hyppigste skadeomfangene.</p> <p>Hensikt: Se hvilke forebyggende tiltak sykepleiere kan bidra med for å hindre feilmedisinering og fremme pasientsikkerhet.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er foretatt søk i databasene Cinahl, MEDLINE (Ovid) og PubMed for å finne relevante vitenskapelige artikler som danner grunnlaget for oppgavens resultat. Aktuelle søkeord: ”medication error”, ”nurse”, ”patient safety”, ”prevent”, ”hospital”, ”medication management”.</p> <p>Resultat: Det er flere tiltak som kan iverksettes for at sykepleiere kan bidra til forebygging av feilmedisinering. Det er nødvendig med et velfungerende og strukturert system til grunn, samt kompetanseheving hos sykepleierne, tydelige rutiner for sikker legemiddelhåndtering og respekt for et godt arbeidsmiljø og kultur i avdelingen.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere må ikke overgå sitt kompetansenivå og er nødt til å styrke hverandre for å bidra til redusert feilmedisinering. Rutiner må gjennomføres som faste prosedyrer så lenge de er innført.</p>		

ABSTRACT

Title:	Safe environment. How can nurses in hospitals contribute to prevent medication errors?	Date : 20.05. 2016
Participants/	Hanne Vigdisdatter Finstad and Guro Helene Torp	
Supervisor(s)	Anne Vifladt	
Employer:		
Keywords (3-5)	Patient safety, medication errors, safe medication, prevention	
Number of words: 13188	Number of appendix: 0	Availability: Open
<p>Introduction: It has been reported that there were at least one adverse event that resulted in the need for action, prolonged hospital stay or got more serious consequences by 14% of all somatic patient stays in Norway. Drug-related injuries was one of the most frequent injury rates.</p> <p>Purpose: Find out which preventive measures nurses can contribute to prevent medication errors and promote patient safety.</p> <p>Method: The thesis is a literature study. It has been made searches in the databases Cinahl, MEDLINE (Ovid) and PubMed for relevant scientific articles. Relevant keywords: "medication error", "nurse", "patient safety", "prevent", "hospital", "medication management".</p> <p>Results: There are several measures that can be implemented for nurses to contribute to prevention of medication errors. It is necessary to create a functioning and structured system, as well as competence, clear routines for safe medication administration, and respect for the work environment.</p> <p>Conclusion: Nurses must acknowledge their level of competence. They need to strengthen each other to prevent medication errors. Introduced procedures must be implemented.</p>		

“Ethvert resultat av god sykepleie (...) kan ødelegges eller skades på grunn av enkel svikt, nemlig dårlig administrasjon.”

(Nightingale, 1859)

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
INNHALDSFORTEGNELSE	5
1. INNLEDNING	7
1.1 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	8
1.2 RELASJON TIL SEKSJONENS FORSKNINGSOMRÅDE	10
2. BAKGRUNN	10
2.1 PASIENTSIKKERHETSBEGREPET	10
2.2 TILSYNSSAK FRA HELSETILSYNET	11
2.3 SIKKER LEGEMIDDELHÅNTERING	12
2.4 LOVVERK	14
2.5 KONSEKVENSER AV FEILMEDISINERING	14
2.6 PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET "I TRYGGE HENDER 24-7"	16
2.7 TEORETISKE PERSPEKTIV	17
2.8 HENSIKT MED OPPGAVEN	18
2.9 PROBLEMSTILLING	18
3. METODE	19
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	19
3.2 KVANTITATIVE OG KVALITATIVE STUDIER	19
3.3 INKLUDERENDE OG EKSKLUDERENDE KRITERIER	20
3.4 PICO-SKJEMA	20
3.5 SØKESTRATEGI	21
3.6 SØKESTRATEGI TIL UTVALGTE VITENSKAPELIGE ARTIKLER	22
3.7 ANALYSE	24
3.8 FORSKNINGSETIKK	24
4. RESULTAT	25
4.1 ARTIKLENES RESULTATER	25
4.2 SAMMENFATNING AV RESULTATER	35
5. DISKUSJON	37
5.1 SYKEPLEIERNES KOMPETANSE	37
5.2 SYKEPLEIERNES SAMARBEID OG HOLDNINGER KAN PÅVIRKE PASIENTSIKKERHETEN	39
5.3 REDUSERT FEILMEDISINERING SOM FØLGE AV SIKKER LEGEMIDDELHÅNTERING	39
5.4 SYKEPLEIERE HAR OGSÅ ET ANSVAR FOR Å SAMSTEMME LEGEMIDDELLISTER	40
5.5 SYKEPLEIERS LEDENDE ROLLE OG FUNKSJON	41
5.6 ØKT PASIENTDELTADELSE SOM TILTAK FOR Å REDUSERE FEILMEDISINERING I FREMTIDEN	43
5.7 ETISKE OG JURIDISKE RAMMER FOR SYKEPLEIERE	45
5.8 KILDEKRITIKK	46
5.9 KRITISK VURDERING AV ANVENDT LITTERATUR OG ØVRIGE METODISKE OVERVEIELSER	48
6. KONKLUSJON	48

Antall ord: 13188

1. Innledning

I 1999 utga *The Institute of Medicine* rapporten *To Err is Human*. Rapporten anslo at så mange som 98 000 mennesker dør i løpet av ett år som følge av uønskede hendelser (Aase 2010). Rapporten er hentet fra en studie som ble gjort i Colorado og Utah i 1997 hvor det ble fastslått at 44 000 personer dør årlig på grunn av uønskede hendelser. New York-studien viser at antallet kan være så høyt som 98 000 personer. Selv om man bruker det laveste tallet i studien, så er dette den åttende ledende årsaken til dødsfall i USA (Kohn 2009).

I etterkant av rapporten ble det skapt en nasjonalbevegelse i USA som etterhvert forplantet seg videre til Europa. Folk fikk øynene opp for pasientsikkerhet for første gang og forstod at nå måtte noe gjøres. Som et resultat av bevegelsen ble det gjennomført politiske reformer, innført ny lovgivning og etablert nye og sterkere organisasjoner for å sikre kvaliteten. Det ble økt fokus på forskning og stilt nye og strengere krav til sykehusene i de fleste vestlige land (Aase 2010).

Kohn (2009) fastslår at den usikre behandlingen er den prisen vi må betale for å ha dårlig organiserte systemer som ligger til grunn for behandlingen. Målet med rapporten var at pasienten ikke skal bli skadet under det samme helsevesenet som skal gi god behandling. For 150 år siden sa Nightingale (1863) at det grunnleggende kravet på et sykehus er at pasienten ikke skal påføres skade. Å øke sikkerheten i helsevesenet er en mer effektiv måte å redusere feil på enn skyld på enkeltindividene som står bak handlingen, som for eksempel kan være sykepleiere (Kohn 2009).

I en rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool kom det frem at det oppstod minst én pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller fikk alvorligere konsekvenser ved 14 % av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2012. Et av de hyppigste skadeomfangene var legemiddelrelaterte skader (Deilkås 2012).

Medikamentadministrering er en kompleks prosess som involverer flere faser, trinn og forseggjorte systemer som alle gir rom for at feilmedisinering kan oppstå. Nightingale sa allerede i 1859 at grunnen til at det oppstår problemer vanligvis er mangel på rutiner hos den øverste ansvarlige (Karoliussen 2011). Et systemnivå er det organisatoriske nivået hvor målet er å ivareta pasientenes behov gjennom hvordan helsetjenestene er bygget opp og organisert

(Helse- og omsorgsdepartementet 2014). I denne oppgaven belyses systemnivået spesialisthelsetjenesten; derunder sykehus.

I 2014 kom Meld. St. 11 Kvalitet og pasientsikkerhet. Denne stortingsmeldingen skulle gi innblikk i utfordringer innen kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meldingen handlet om at åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt for å skape pasientens helsetjeneste. Regjeringen ønsker å øke fokuset på kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken, og i tillegg ha fokus på å sette pasienten mest mulig i sentrum (Helse- og omsorgsdepartementet 2014-2015a).

Internasjonale sammenligninger og nasjonale undersøkelser viser at vi oppnår gode resultater i helsevesenet, men samtidig ser man at det er utfordringer. Dette gjelder spesielt innenfor kommunikasjon, samhandling, pasientskader og ledelse. Kvaliteten i helsetjenesten kan variere, og mange blir skadet eller dør for tidlig som følge av svikt fra helsepersonell. All pasientbehandling er forbundet med noe risiko (Helse- og omsorgsdepartementet 2014-2015a).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Det inngår i en sykepleiers hverdag å være ansvarsbevisst ved medikamenthåndtering for å unngå uønskede hendelser. Utøvelse av ansvarlig sykepleie er et resultat av ansvarsbevissthet og faglig dyktighet (Kristoffersen 2012a). For at en sykepleier skal ta ansvar og handle ut i fra å være ansvarlig, må vedkommende være bevisst på hva en tar ansvar for. Sykepleieren utøver sin funksjon ved å tilegne seg kunnskap og ferdigheter. En fagperson må gi uttrykk for hva en står for og å kunne ta konsekvensen av det (Kristoffersen 2012a).

Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og forpliktelsene det tilligger å utøve god sykepleiepraksis. De bygger på prinsippene i ICN sine etiske regler, samt menneskerettighetene på den måten som de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund 2011). Det yrkesetiske ansvaret til sykepleiere har grenseoppganger mot både det juridiske og faglige ansvaret.

En handling kan være etisk uakseptabel til tross for at den er juridisk tillatt og faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund 2011). De yrkesetiske retningslinjene leder til retningen å gå når vanskelige beslutninger skal fattes, men gir ikke konkrete løsninger på etiske

dilemmaer. De gir heller ingen definisjon på hva som anses som faglig forsvarlig sykepleie eller hvilke lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen (Norsk sykepleierforbund 2011). Hensikten med retningslinjene er å gjenspeile samfunnsutviklingen vi står overfor og nye problemstillinger for sykepleierne.

Det er valgt å trekke frem følgende retningslinje som anses å ha særlig relevans for denne oppgaven:

1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.” (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 7).

Retningslinjen underligger relasjonen mellom sykepleier og profesjonen. Den beskriver det personlige, faglige og etiske ansvaret sykepleieren har for vurderinger og egne handlinger i utøvelsen av sykepleie. Dette regnes som aktuelt for denne oppgaven fordi sykepleierens ansvarlighet kommer tydelig frem gjennom denne retningslinjen. Lovverket er tydelig på at det ikke er noen begrensninger på hva sykepleieren skal utøve, utenom at det er legen som rekvirerer ut legemiddelet.

I følge de yrkesetiske retningslinjene skal en sykepleier ikke overgå sitt kompetansenivå (Norsk sykepleierforbund 2011). Kompetansenivået til hver enkelt sykepleier kan variere ut i fra hvilken kunnskapsbasert praksis som ligger til grunn. Kunnskapsbasert praksis er en sammensetning av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Dette påvirkes også av hvilken kontekst som omslutter de tre kunnskapskildene, som en faglig forståelsesramme, lokal tilgang på ressurser, etiske forhold og nasjonal politikk (Kristoffersen 2012b). Sykepleiere har med dette også et lovverk å forholde seg til, men er samtidig pliktet til å kjenne på egne begrensninger, sin faglige kompetanse og erfaring.

Sykepleiere kan bli nødt til å ta stilling til etiske dilemmaer. De fire etiske prinsippene danner et praktisk etisk rammeverk. Disse er utviklet av Beuchamp og Childress (Brinchmann 2010). De fire prinsippene er: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Alle prinsippene skal være likeverdige. I denne oppgaven er det valgt å trekke fram prinsippet velgjørenhet, som omhandler å gjøre godt mot andre, og prinsippet om ikke skade. I utgangspunktet var prinsippet om ikke skade og velgjørenhet ett og samme prinsipp, som senere ble delt som to likeverdige prinsipper (Brinchmann 2010).

1.2 Relasjon til seksjonens forskningsområde

Kvalitet i sykepleie er et forskningsområde som studerer forutsetninger for og innhold i praksisrettet sykepleie sammen med blant annet pasienten og andre yrkesgrupper, samt erfaringer med å leve med sykdom (Høgskolen i Gjøvik 2015).

Pasientsikkerhet inngår som en viktig del i området *kvalitet i sykepleie*. Forskningen bidrar til metodeutvikling og implementering av forskningsresultater i sykepleie og studeres ut fra et pasient-, pårørende-, sykepleier-, student eller multidisiplinert perspektiv innen spesialist- og/eller kommunehelsetjenesten (Høgskolen i Gjøvik 2015).

Hovedtemaet til oppgaven er pasientsikkerhet. Det fokuseres på sykepleierens rolle og forebyggende bidrag til å redusere feilmedisinering, og dermed øke kvaliteten på sykepleie. Oppgaven relateres på bakgrunn av dette til forskningsområdet *kvalitet i sykepleie*.

2. Bakgrunn

2.1 Pasientsikkerhetsbegrepet

Sykepleier spiller en sentral rolle når det gjelder ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Kunnskapssenteret sin definisjon av pasientsikkerhet er per 27. februar 2016 “Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser”. Begrepet handler om å ivareta pasienters sikkerhet ved å unngå uønskede hendelser (Aase 2010).

Begrepet uønskede hendelser tillegges av Aase (2010) samme betydning som begrepet utilsiktede hendelser. Begrepene angir noe som ikke er ønsket og av den grunn bør forebygges, og derfor er begrepene verdinøytrale (Aase 2010). En uønsket hendelse kan oppstå som følge av eksempelvis manglende kompetanse eller erfaring som fører til at den medisinske behandlingen ikke har vært tilfredsstillende, eller at behandlerne tar en kalkulert risiko i forsøk på å redde liv. En uønsket hendelse kan også oppstå på grunn av en komplikasjon som er umulig å unngå med tilgjengelige og rådende behandlingsalternativer. Det kan dermed være vanskelig å vurdere om en uønsket hendelse har sin årsak i pasientens underliggende sykdomsbilde, eller om den er forårsaket av helsetjenesten (Aase 2010).

I etterkant av rapporten *To Err is Human* som The Institute of Medicine utga i 1999, forplantet det seg på verdensbasis en bevissthet i helsevesenet omkring pasientsikkerhet. Den

sjokkerende statistikken ga befolkningen en forståelse av årsakene til det høye antallet dødsfall som følge av uønskede hendelser ved amerikanske sykehus. Organisasjonen Joint Commission i USA forbedrer kontinuerlig kvaliteten og sikkerheten på behandling og pleie til landets befolkning (Aase 2010). Organisasjonen har utformet forskningsbaserte mål for pasientsikkerhet i deres årlige rapporter. Målsettingenes utgangspunkt er den kliniske hverdagen ved sykehusene, og gjør dem svært konkrete. En av målsettingene er å forbedre sikkerheten av medikamenter (Aase 2010). Flere andre organisasjoner har i senere tid blitt opprettet for å fremme pasientsikkerhet og sikre meldeordninger. Blant annet arbeides det med ulike verktøy og metoder for å fremme pasientsikkerhet (Helsetilsynet 2015).

En av de vanligste grunnene til uønskede hendelser, er feilmedisinering. Feilmedisinering defineres av National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention som enhver forebyggende hendelse som kan forårsake eller føre til upassende medisinbruk eller pasientskade mens medisinene er under kontroll av helsepersonell, pasient eller forbruker (About Medication Errors 2016). Feilmedisinering i Norge er estimert, og studier viser at 10% av alle innleggelser på medisinsk avdeling på sykehus er forårsaket av legemiddelrelaterte problemer (Helse- og omsorgsdepartementet 2014-2015b). På grunn av disse høye tallene har Statens Helsetilsyn lagt ut anonymiserte saker som det er ønskelig at helsepersonell skal ta lærdom av.

2.2 Tilsynssak fra Helsetilsynet

På bakgrunn av valgt tema presenteres det her en sak fra Helsetilsynet om feilmedisinering på et sykehus.

Pasienten skulle til gastroskopi. Hun gruet seg og hadde på forhånd bedt om noe beroligende. En lege forordnet Midazolam til pasienten som sykepleieren skulle administrere. Rett etter injeksjonen kjente pasienten at noe var galt; hun følte at hun hadde hjertebank og at det sprengte kraftig i nakken og langs opp mot tinningen og i hodet. Etter en stund begynte pasienten å hyperventilere. Det viste at det hadde skjedd en forbyttning av medisiner, og at det hadde blitt gitt 2 ml Adrenalin (0,1 mg/ml) i stedet for Midazolam. Feilen ble umiddelbart erkjent og det ble iverksatt tiltak og tilsyn av anestesilege. Hendelsen ble rapportert i avvikssystemet på sykehuset. Rutinen om dobbeltkontroll av medikamenter ble ikke fulgt, og ble som følge av dette innskjerpet i avdelingen (Helsetilsynet 2015).

Det kommer frem i klagen at pasienten ikke følte seg ivaretatt etter hendelsen. Hun var fortsatt redd og ba om å få snakke med lege eller sykepleier. Etter to timer kom sykepleieren, og pasienten følte at hun viste lite forståelse over det som hadde skjedd (Helsetilsynet 2015).

Sykepleierens opplysninger viser til at det var tett program på avdelingen den dagen og mye å gjøre på alle rom. Pasienten som var på gastroskopi før den aktuelle pasienten var en akutt pasient med blødning, og sykepleieren hadde da funnet frem utstyr med tanke på behandling av blødningen, deriblant Adrenalin, og plasserte dette på benken. Like etterpå kom legen med beskjed om å gi den andre pasienten Midazolam som var det ordinerte medikamentet, men da kom sykepleieren heller i skade for å åpne en ampulle med Adrenalin (Helsetilsynet 2015).

I forhold til prosedyren angående dobbeltkontroll står det at sykepleieren som skal gi et legemiddel har ansvar for å utføre egenkontroll, og at man får en sykepleier til å utføre dobbeltkontroll når det er krav om det. I prosedyren står det at dobbeltkontroll skal utføres ved alle injeksjoner og infusjoner (Helsetilsynet 2015).

Som følge av avviket, vedtok Statens helsetilsyn å gi sykepleieren advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 første ledd. De kom fram til sykepleieren hadde brutt forsvarlighetskravet i samme lov § 4 ved at hun ga pasienten en sprøyte med Adrenalin i stedet for Midazolam før en gastroskopiundersøkelse (Helsetilsynet 2015).

I 2010 ble helseforetakene lovpålagt å varsle til Statens Helsetilsyn om alvorlige hendelser. I 2015 ble det varslet 501 saker fra spesialisthelsetjenesten. Statens Helsetilsyn ønsker at rapportene blir lest og diskutert for å øke pasientsikkerheten (Når ulykken først er ute 2016).

2.3 Sikker legemiddelhåndtering

Tidligere studier belyser omfanget av sykepleieres rolle i medikamentadministrering. Sykepleier er det siste leddet i administreringskjeden før medikamentet når pasienten, men det er viktig å erkjenne at sykepleieren ikke er det eneste leddet (Choo, Hutchinson og Bucknall 2010).

Feilmedisinering kan være et resultat av sykepleierens kunnskap, holdninger, fysiske og mentale helse (Choo, Hutchinson og Bucknall 2010). Det er en kjent sak at den menneskelige hjernen har sine begrensninger, og feil kan gjøres som et resultat av dårlig minne, uerfarenhet

og mangelfull opplæring. Til tross for at sykepleiere rutinemessig administrerer medikamenter, så har forskning vist at de ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap til å håndtere dette ansvaret (Choo, Hutchinson og Bucknall 2010).

Dersom en sykepleier gjør en feil under legemiddelhåndtering er årsaken ofte en glipp, altså en menneskelig feil. Den største årsaken til feil og avvik i legemiddelhåndtering er systemfeil, som for eksempel arbeidsmiljø, personale, ledelse, manglende utstyr eller dårlige rutiner (Bielecki og Børdahl 2004). Andre vesentlige faktorer som kan føre til feilmedisinering er stress på arbeidsplassen, forstyrrelser, avbrytelser, mangelfull opplæring og splittet informasjon (Choo, Hutchinson og Bucknall 2010).

Sykepleieren har en viktig rolle når det gjelder å gi pasientene sikker legemiddelhåndtering. For å gi pasientene optimal legemiddelhåndtering må sykepleieren også samarbeide godt både med legen, farmasøyten og med pasienten. Legens signerte rekvisisjon er utgangspunktet for utdeling av legemidler. Dispensering av legemidler omfatter istandgjøring og utlevering av legemidlet til pasientene. Sykepleieren har ansvar for å dokumentere bruk av medisiner hos pasienten ved å signere i medisinkurven. Her kan feil oppstå ved dårlig etterlevelse av legens forskrivning eller forglemmelser av oppføring i medisinkurve (Nordeng 2010).

Ved legemiddelutdelingen kan feil skyldes manglende kunnskap og kompetanse, eller dårlige rutiner. Feil i legemiddelhåndtering øker risikoen for å skade pasienten. Derfor kan det være sentralt å følge noen punkter for å utføre korrekt legemiddelhåndtering (Bielecki og Børdahl 2004).

Disse punktene er de 7 R-ene:

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

(Bielecki og Børdahl 2004).

I Norge er det utviklet flere verktøy som kan bidra til å redusere feilmedisinering og dermed gi økt pasientsikkerhet. I 2013 ble applikasjonen “Legemiddelutregning” utviklet av Helsebiblioteket og Statens legemiddelverk. Dette hjelpemiddelet kan regne ut legemiddeldoser til riktig mengde, mikstur, injeksjonsvæske og fortyninger til riktig styrke. Formålet med applikasjonen er å sikre legemiddelutregning. Applikasjonen ble nominert til årets E-helsepris på Healthworld samme år og ble blant de ti beste. Dette er en av grunnene til at denne ses på som et pålitelig verktøy. Applikasjonen minner om at man alltid må vurdere selv om svaret er rimelig, og at legemiddelutregning alltid må dobbelkontrolleres (Kvitrud 2013).

2.4 Lovverk

I denne oppgaven er det valgt å trekke inn Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven som danner fundamentet for sykepleiernes arbeid for å ivareta pasientsikkerheten.

Helsepersonelloven § 1 skal bidra til økt sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven 1999). Loven om forsvarlighet § 4 sier at “ Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven 1999).

Loven om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet § 3-4 sier at “Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet” (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Denne loven har en tilnærming til pasientsikkerhet, men per dags dato finnes det ikke en fullstendig lov for å sikre pasientsikkerheten i Norge.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 omhandler meldeplikten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende vil skje igjen (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven har som formål å øke pasientsikkerheten.

2.5 Konsekvenser av feilmedisinering

Det er vist i tidligere studier at 2% av alle pasienter som er tilknyttet sykehusbehandling vil oppleve å bli feilmedisinert (Evans 2009). Konsekvensene av slike feil kan være alvorlige

både for pasienten og sykepleieren som administrerer medikamentet. Av ulike årsaker innebærer legemiddelhåndtering en høy risiko for å gjøre feil, og det er sykepleieren som er den siste personen som er i kontakt med medikamentet før det når pasienten. Sykepleiere spiller derfor en sentral rolle i arbeidet med å forebygge feilmedisinering.

Feilmedisinering er et problem fordi det setter pasientens helse og sikkerhet i fare. Det er derfor viktig å jobbe for å forebygge feilmedisinering og dermed øke pasientsikkerheten. I sykehus jobbes det kontinuerlig mot å redusere forekomsten av feilmedisinering, og det sees at sykepleiere har en sentral rolle i dette arbeidet. Sykepleieren er den som administrerer medisinene, og det er flere sykepleierstrategier som kan innføres å unngå potensiell feilmedisinering (Evans 2009).

Tidligere studier viser til at feilmedisinering aldri er et resultat av ett enkelt menneskes feil, men omfatter en kjede av hendelser som fører til den uønskede hendelsen (Choo, Hutchinson og Bucknall 2010). Det konstateres at feilmedisinering er et resultat av flere små mangler i systemene for medisinadministrering (Choo, Hutchinson og Bucknall 2010). Omtrent 40% av legemiddelrelaterte feil som gjøres, oppstår ved utdeling av legemidler. Slike feil begås av alle grupper helsepersonell, og oppstår i alle ledd i legemiddelhåndteringen (Nordeng 2010).

For pasienten kan feil i legemiddelhåndteringen være fatale. Legemiddelfeil kan ha alvorlige konsekvenser, og i verste fall være dødelige for pasienten. I 2015 hadde Norsk pasientskadeerstatning (NPA) 5742 saker som ble meldt inn fra pasienter og pårørende om erstatningskrav. 1492 saker ble tilkjent erstatning og NPA utbetalte totalt 933 millioner kroner dette året. Erstatningene skal sørge for at pasienter og pårørende får dekket det økonomiske tapet som skaden kan ha påført dem (Norsk pasientskadeerstatning 2016).

I tillegg til de alvorlige konsekvensene feilmedisinering og ukorrekt legemiddelhåndtering kan ha for pasienten, så vil det også ha konsekvenser for sykepleieren som har utøvet feilen. Det er viktig at sykepleieren som håndterer medikamenter gjør dette korrekt og nøyaktig for å unngå feil. Det er sykepleieren som har det juridiske ansvaret for de oppgavene som sykepleieren påtar seg å utføre (Reinertsen og Notevarp 2012). Det er nødvendig at sykepleieren har kompetanse til å vurdere om legens utregning er korrekt, til tross for at det er legen som står for rekvirering og utregning av legemidlet. Dette er fordi det er sykepleieren som skal gi legemidlet til pasienten. Å ha kompetanse til å kunne oppdage for eksempel

feildoseringer er noe en sykepleier bør ha kompetanse til (Reinertsen og Notevarp 2012). Alvorlige konsekvenser ved feil og avvik har en menneskelig og etisk side i tillegg til den juridiske, noe det er nødvendig å være oppmerksom på.

En undersøkelse viste at om lag 40% av sykepleierne var plagsomt redde for å gjøre feil på jobben (Nordeng 2010). Samme undersøkelse viste også at to av fem sykepleiere hadde gjort feil i legemiddelhåndteringen som kunne fått alvorlige konsekvenser for pasienten.

I løpet av en karriere som sykepleier vil de fleste gjøre flere feil innenfor legemiddelhåndtering. På noen avdelinger kan det være en såkalt syndebukkultur, også kalt “the Bad Apple Theory”, som gjør at sykepleiere som gjør feil kan bli behandlet dårligere enn andre. Sykepleiere kan føle det som en stor psykisk belastning å ikke få forståelse og støtte fra andre, og det finnes ingen rutiner som kan settes i gang når noen gjør en feil. Etter at sykepleieren har gjort en feilmedisinering kan hun bli møtt med sanksjoner om advarsel eller midlertidig, og i verste fall permanent, tap av offentlig godkjenning. Mange av sykepleierne som gjør slike feil velger å slutte på arbeidsplassen og noen kommer heller ikke tilbake i helsevesenet (Holm og Notevarp 2001).

2.6 Pasientsikkerhetsprogrammet ”I trygge hender 24-7”

“I trygge hender 24-7” er et femårig, nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten skal redusere pasientskader (Pasientsikkerhetsprogrammet 2015a). Målet i den nye strategien for pasientsikkerhet er at pasientskader skal reduseres med 25% frem til 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet 2014).

Programmet innfører konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten, og ett av innsatsområdene som er valgt ut er samstemming av legemiddellister. Dette går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene som pasienten bruker (Pasientsikkerhetsprogrammet 2016). For å oppnå sikker legemiddelbruk må denne listen følge pasienten gjennom hele behandlingsskjeden. Legemiddelsamstemming er et innsatsområde under hovedmålet om å redusere pasientskader. Manglende samstemming av legemiddellister er både nasjonalt og internasjonalt kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem, og tiltakspakken skal sikre samstemmingen og sikker legemiddelbruk (Pasientsikkerhetsprogrammet 2016).

I forbindelse med kampanjeprogrammet har alle helseforetak siden 2010 kartlagt pasientskader. Hensikten er at hvert foretak over tid skal kunne observere utviklingen i antall pasientskader og skape et grunnlag for forbedring (Pasientsikkerhetsprogrammet 2015a). Fra 2010 til 2013 var det en nedgang på 3% av antall norske sykehuspasienter som pådro seg minst én skade på grunn av enten mottatt behandling eller manglende behandling (Pasientsikkerhetsprogrammet 2015a). Det viser seg at de fleste skadene oppstår i forbindelse med blant annet legemidler. Feilmedisinering er et eksempel på en slik type skade, og ifølge internasjonal erfaring kan problemet sannsynligvis halveres (Pasientsikkerhetsprogrammet 2015a).

2.7 Teoretiske perspektiv

I denne oppgaven ønskes det å belyse hvordan svikt på systemnivået kan være en del av årsakene til feilmedisinering. Det anses derfor som hensiktsmessig å inkludere Donabedians klassiske paradigme for å få en forståelse av leddene i systemnivåets innvirkning på hverandre.

Donabedians klassiske paradigme for å evaluere kvaliteten i helsetjenesten har fått stor betydning ved utviklingen av kvalitetsmål (Helsebiblioteket 2009). Struktur, prosess og resultat er de tre komponentene som utgjør modellen. Dette trekomponentforholdet har direkte innvirkning på hverandre, som vil si at dersom det svikter i ett av forholdene så påvirkes det neste. Hvis det for eksempel er redusert kvalitet på oppbygging og organisering i strukturleddet så kan dette påvirke handlingene. Dette kan igjen føre til en svikt i helsetjenesten. Videre kan dette gi konsekvenser for pasienten, som er resultatleddet i modellen. Denne modellen vil være relevant for oppgaven for å forstå strukturen av hvordan helsevesenets oppbygging påvirker pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten.

Videre er det valgt å presentere teoretikeren Patricia Benner for å understreke at sykepleiere til en hver tid i løpet av sin arbeidskarriere må holde seg faglig oppdaterte siden helsetjenesten er i stadig forandring og utvikling. Hun har en teori om at sykepleiere utvikler seg på sitt område gjennom kontinuerlig opparbeiding av erfaring som man erverver seg i praksis over tid (Brykczynski 2011).

Patricia Benner undersøker klinisk sykepleiepraksis med mål om å avdekke og beskrive kunnskapen som ligger innebygd i praksis. Dette vil si den kunnskapen som blir opparbeidet

over tid gjennom praksis og utviklet gjennom dialog i relasjoner og situasjonskontekster. Benner definerer ferdigheter og kvalifisert praksis som kvalifisert utøvelse av klinisk sykepleie og det å foreta skjønn i kliniske situasjoner (Brykczynski 2011).

Benner har tilpasset Dreyfusmodellen til klinisk sykepleiepraksis. Situasjonsmodellen beskriver fem nivåer av ferdighetstilegnelse og utvikling:

1. Novise
2. Avansert begynner
3. Kompetent utøver
4. Kyndig utøver
5. Ekspert

(Brykczynski 2011).

I et intervju fra Sykepleien (2010) beskriver Benner hvordan nyutdannede sykepleiere trinnvis opparbeider seg “fra novise til ekspert”. Som nyutdannet sykepleier har man ofte mye teoretisk kunnskap, og gjennom erfaringen fra praksis kan man videre oppnå et høyere kompetansenivå og bli ekspert. Hun tilføyer videre at ikke alle kan bli eksperter siden dette også handler om interesse for faget. Som sykepleier må man være faglig oppdatert og intelligent siden det er stadig farligere og lettere å begå feil på grunn av den høyteknologiske virkeligheten sykepleieren jobber i (Dietrichson 2010).

2.8 Hensikt med oppgaven

I denne oppgaven belyses sykepleierens rolle i arbeidet med å forebygge feilmedisinering. Hensikten med denne oppgaven er å sette fokus på feilmedisinering hos pasienter i spesialisthelsetjenesten for å sikre kvalitet på sykepleie. På bakgrunn av forskning om feilmedisinering som gjøres i sykehus, reises spørsmålet om hvilke tiltak som sykepleiere kan utøve på sykehus for å forebygge feilmedisinering.

2.9 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten bidra til å forebygge feilmedisinering?

3. Metode

Her følger en beskrivelse av litteraturstudie som metode samt en utdypelse av søkestrategien som er benyttet i oppgaven.

3.1 Litteraturstudie som metode

En metode er i følge Polit og Beck (2014) de trinnene, prosedyrene og strategiene som anvendes for å samle og analysere data i et studie. Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at man kritisk oppsummerer forskning som er fremstilt om ett bestemt emne. Det vil være aktuelt å drøfte en problemstilling i forhold til forskningen ved å oppsummere de eksisterende funnene. Selve meningen med en litteraturstudie er å samle forskning og fagstoff om det aktuelle emnet, og dermed oppsummere hva man vet og hva man ikke vet.

Litteraturstudier kan også benyttes for å danne et grunnlag til nye studier (Polit og Beck 2014).

Dersom man skal gjøre en litteraturstudie så bør man anvende primærkilder (Polit og Beck 2014). En primærkilde er en original studie skrevet av forskerne som selv har gjennomført studien. Sekundærkilde er en kilde der hendelser eller fakta er tatt i fra en annen studie, den bygger altså på en original kilde som utgangspunkt (Polit og Beck 2012).

I denne oppgaven så brukes nettsider som Helsebiblioteket, Helsetilsynet, Kunnskapsbasert praksis, Kunnskapssenteret, Lovdata, Norsk pasientskadeerstatning, Norsk sykepleierforbund, Pasientsikkerhetsprogrammet, Regjeringen og Sykepleien aktivt. Disse nettsidene anses alle som pålitelige kilder fordi de er både offentlige dokumenter og utarbeidet av anerkjent helsepersonell.

3.2 Kvantitative og kvalitative studier

I de vitenskapelige artiklene er det hensiktsmessig å se på hvilken metode som har blitt brukt for å komme fram til resultatet. I denne oppgaven har det blitt brukt vitenskapelige artikler som har både kvalitative og kvantitative metoder. Mest fokus har vært på kvalitativ forskning. Dette fordi denne metoden utgjør en stor del av sykepleieforskningen som har fokus på pasientene eller sykepleierens opplevelser og erfaringer relatert til helse og sykdom (Bjørk og Solhaug 2008). Ved kvalitativ metode er ofte resultatet i en fortellende form (Polit og Beck 2012). Kvalitativ data kan omfatte beskrivelser av menneskers erfaringer, meninger og

reaksjoner på opplevelser (Bjørk og Solhaug 2008). Ved kvantitativ metode blir resultatdelen oppført som tall eller tabeller (Polit og Beck 2012).

3.3 Inkluderende og ekskluderende kriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Ikke IMRAD-struktur
Fagfellevurdert tidsskrift nivå 1 eller nivå 2	Ikke fagfellevurdert tidsskrift
Artikler som er publisert fra 2006-2016	Artikler som er eldre enn 10 år
Artikler som er basert på land i Norden og Europa	Land utenfor Europa
Språk: engelsk, norsk, dansk eller svensk	Ikke engelsk, norsk, dansk eller svensk
Primærkilde	Sekundærkilde
Sykepleiefaglig fokus i sykehus	Ikke sykepleiefaglig fokus

IMRAD er en struktur for å organisere en forskningsrapport i fire deler som er **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat/Funn og (**and**) **D**iskusjon (Polit og Beck 2012).

Videre blir vitenskapelige artikler fagfellevurdert etter publiseringspoeng som er nivå 1 eller nivå 2. Nivå 2 anses som å være det nivået med mest ledende bredde (NSD Norsk senter for forskningsdata 2016).

Utgangspunktet for ett av inklusjonskriteriene var å ikke anvende artikler som er eldre enn 10 år. Artiklene som har blitt brukt er ikke eldre enn 5 år, siden det er ønsket å bruke den nyeste forskningen i denne oppgaven. Det er også valgt å inkludere land som har kommet langt i forskning om pasientsikkerhet.

3.4 PICO-skjema

For å strukturere litteratursøket, så har et PICO-skjema blitt anvendt. Et Pico-skjema er et verktøy som bidrar til å gjøre spørsmålet presist, og gir en struktur for litteratursøk og kritisk vurdering (Pico 2012).

P:	Pasient/problem	Feilmedisinering (medication error)
I:	Intervention	Dobbeltkontroll (double checking) Medikamentadministrering (medication management) Forebygge (prevent) Kompetanse (knowlegde)
C:	Comparison	
O:	Outcome	Redusere feilmedisinering (reduce error) Pasientsikkerhet (patient safety)

3.5 Søkestrategi

Ved gjøre et systematisk litteratursøk skal man begynne bredt og deretter snevre seg inn ved å legge inn flere søkeord (Bjørk og Solhaug 2008).

For å finne relevant forskningsbasert litteratur har følgende databaser blitt brukt: Cinahl, MEDLINE (Ovid) og PubMed. Søkeord som har vært relevante for oppgaven er “error”, “hospital”, “medication error”, “medication management”, “nurse”, “patient safety”, “prevent”. Søkeordene er knyttet sammen med AND. I starten av søkeprosessen ble det brukt få søkeord, noe som resulterte i høyt antall treff. For å begrense treffene ble det brukt flere søkeord koblet sammen med AND. For å avgrense søket i henhold til inklusjonskriteriene så ble det ved søk i Cinahl huket av for “Full Text” og “Peer Reviewed”. I tillegg ble årstallet begrenset fra 2006-2016. Ved bruk av databasene PubMed og Ovid så har det ofte vært aktuelt å i tillegg bruke Google Scholar for å få tak i Pay-Per-View-artikler.

Det har i hovedsak blitt foretatt systematiske litteratursøk i de ulike databasene, med unntak av søkestrategien til to av de benyttede artiklene. Til den norske artikkelen “Legemiddelsamstemming: Et tiltak som virker” av Holler et al. (2015) ble det etter en anbefaling om artikkelen foretatt et supplerende søk. Det supplerende søket ble foretatt på Sykepleien.no sine hjemmesider. Studiens tittel ble søkt opp med treff på den ønskede artikkelen som ble publisert i tidsskriftet Sykepleie forskning 01/15. Tidsskriftet er fagfelleurdert til nivå 1.

Det ble også foretatt et supplerende søk for å finne artikkelen “Differences in medication knowledge and risk of errors between graduating nursing students and working registered

nurses: comparative study”. Det var ønskelig å finne flere vitenskapelige artikler skrevet av forfatteren Bjørg Simonsen, da en annen studie av henne er inkludert i denne oppgaven. Søket ble gjort i PubMed ved å søke opp forfatterens navn. Dette ga flere treff. Abstraktene til artiklene ble lest, og artikkelen, som ble publisert i tidsskriftet BMC Health Services Research i november 2014, valgt ut. Tidsskriftet er fagfelleurdert til nivå 2.

3.6 Søkestrategi til utvalgte vitenskapelige artikler

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Artikkel
1.Patient safety 2.Double checking	CINAHL	1 AND 2	2009-2016 Fulltekst	6	”Double checking: a second look”
1.Patient safety 2.Nurse 3.Medication error 4.Prevent 5.Reduce error	CINAHL	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	Fulltekst	4	”An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study”
1.Nursing perspective 2.Medication	MEDLINE (ovid)	1 AND 2		19	”Challenges of safe medication practice in paediatric care – a nursing

					perspective”
1. Patient safety 2. Nurse 3. Medication error 4. Care	CINAHL	1 AND 2 AND 3 AND 4	2012-2015 Fulltekst	54	”Patient participation in medication safety during av acute care admission”
1. Medication 2. Error 3. Knowlegde 4. Nurse 5. Hospital	PubMed	1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	Fulltekst	234 39	”Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study”
1. Medication safety 2. Patient safety 3. Medication managem ent 4. Process 5. Clinical 6. Medication	PubMed	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6	Fulltekst	40	”A multi – disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice”

3.7 Analyse

Ved analyse av de utvalgte artiklene har de ulike studiene blitt lest gjennom, med fokus på å finne årsaker til feilmedisinering i sykehus og tiltak for å forebygge dette problemet. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble det enklere å kunne forkaste artikler som ikke passet kriteriene. I løpet av søkeprosessen ble det etter hvert ønskelig å finne artikler med fellesnevneren *tiltak mot feilmedisinering*. Etter at fellesnevneren kom på plass ble det lagt vekt på kritisk lesing, som bidrar til vissheten om studiens styrker og svakheter (Aveyard 2014). Den kritiske og grundige lesingen bidro til å få en detaljert forståelse av artiklene. Resultatene i artiklene ble innført i matriser, og deretter sammenfattet i ulike hovedemner som identifiserer hver artikkels tema fra resultatdelen (Thidemann 2015). I sammenskrivingen ble hovedfunnene som de representative forskerne presenterer gjennomgått og beskrevet. Det ble oppdaget at det var noen gjennomgående temaer i noen av artiklene. Hovedemnene legger grunnlaget for den videre diskusjonen i oppgaven.

3.8 Forskningsetikk

Forskning har stor betydning for global utvikling i verden og for enkeltmennesker og samfunnet. Forskning må foregå på en etisk forsvarlig måte for å sikre maktfaktorene på de forskjellige nivåene. Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer som blir brukt mye i verden (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014a). Denne ble videreført av Verdens legeförening i 1964 (Polit og Beck 2012), og ble sist gang revidert i 2013.

Helsinkideklarasjonen bygger på Nürnbergkodeksen som ble utformet etter de umenneskelige forskningsetiske overtrampene mot svake grupper under 2. verdenskrig (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014a). De generelle forskningsetiske prinsippene er: respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014b).

4. Resultat

Her presenteres resultatene i de vitenskapelige artiklene som benyttes i oppgaven.

4.1 Artiklenes resultater

Referanse	<p>Simonsen, B.O., Johansson, I., Daehlin, G.K., Osvik, L.M. og P.G. Farup (2011)</p> <p>'Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study'</p> <p><i>BMC Health Services Research</i></p>
Hensikt	<p>Hensikt med studien var å evaluere kunnskapen til sykepleierne om medisiner og selvrapporteringssikkerheten.</p>
Metode	<p>Studien er en tverrsnittstudie prevalensstudie. Studien er en kvantitative studie. Inklusjonskriterier var at sykepleierne minst måtte ha jobbet i ett år og ha mer enn 50 % stilling. Sykepleiere som jobbet på poliklinikk og ikke hadde medisinadministrativt arbeid ble ekskludert.</p>
Resultat	<p>Studien tok for seg temaene farmakologi, A-preparat-administrering og legemiddelregning. Det var 14 spørsmål med 3-4 svaralternativer under hvert tema</p> <p>I studien var det både med sykepleiere fra kommuner og sykehus. 203 sykepleiere var med i studien totalt og 99 av sykepleierne jobbet på sykehus. Resultatet ble satt opp i tabeller i fra 0 - 14 riktige svar. Studien viste at 89 % av deltakerne hadde 64% eller mer riktig på temaet farmakologi. Figuren viser at 12% hadde ingen feil innen temaet legemiddelregning.</p> <p>Studien konkluderte med at kunnskapen til sykepleierne var lavere enn forventet og at det er stor risiko for feilmedisinering.</p>

Egne kommentarer	Studien anses som relevant selv om den tar for seg både sykepleiere på sykehus og i kommuner.
------------------	---

Referanse	<p>Xu, C., Li, G., Ye, N. og Lu, Y. (2014)</p> <p>'An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study'</p> <p><i>Journal of nursing management</i></p> <p>S. 286-294</p>
Hensikt	Hensikten med studien var å ta i bruk en annen strategi enn at rett legemiddel gis til rett pasient, i rett legemiddelform, i rett dose, på rett måte, til rett tid og med rett informasjon.
Metode	<p>Kvalitativ studie. Studien varte over en fireårsperiode, hvor de to første årene ble brukt på å sette i gang med den nye strategien og de to siste var for å evaluere resultatet av strategien.</p> <p>Studien ble utført i Kina på 31 forskjellige avdelinger i sykehus.</p>
Resultat	<p>Den nye strategien inneholdt fem punkter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gjennomføre opplæringsprogrammer for å forbedre sykepleiernes bevissthet og ferdigheter innenfor medikamentell håndtering. 2. Styrke det administrative systemet i forhold til medikamenthåndtering. 3. Øke administrative sikkerheten i forhold til A-preparater. 4. Forbedre holdningene til sykepleierne i forhold til legemidler. 5. Overvåke hele prosessen i forhold til medikamentell administrering. <p>Samsvar mellom medisinske retningslinjer og prosedyrer som ble utført riktig økte ifra 86,7% til 97,5%.</p>

	<p>Denne studien har gjort at sykepleiernes bevissthet i medisinsikkerhet og kompetanse har økt i forhold til å administrasjonen av medisiner. Den enkelte sykepleiers kunnskap og holdninger kan bidra til å redusere feilmedisinering.</p> <p>Studien konkluderte med at feilmedisinering ikke bare er sykepleierens individuelle handling som lå i grunn, men en konsekvens av flere faktorer som spilte inn. Eksempler på dette kan være ressurstilgjengelighet, organisering på avdelingen, prosedyrer og retningslinjer og andre menneskelige faktorer spilte inn.</p> <p>Sykepleielederen på avdelingen må delta aktivt for å styrke systemet.</p>
Egne kommentarer	Artikkelen er relevant fordi den nevner flere tiltak som kan være aktuelle for å forebygge feilmedisinering.

Referanse	<p>Hewitt, T., Chreim, S. og Forster, A. (2015)</p> <p>'Double checking – a second look'</p> <p><i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i></p> <p>S. 267-274</p>
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut om dobbeltkontroll er en god prosedyre for å sikre legemiddelhåndtering på sykehus.
Metode	Dette er en kvalitativ studie som er basert på 85 intervjuer av sykepleiere og ledere på sykehus på ulike avdelinger.
Resultat	<p>Dobbelkontroll ble brukt sammen med de fem sjekkpunktene som en prosess for å sikre riktig legemiddelhåndtering.</p> <p>Studien trekker frem følgende grunner til at dobbeltkontroll ikke brukes, det er en tidkrevende prosedyre og det krever et miljø som er opptatt med å</p>

	<p>utføre denne prosedyren.</p> <p>Under studien ble det forsøkt å sette inn en tredje sjekk for å øke sikkerheten. Ved innføring av dette tiltaket syntes sykepleierne at arbeidsmengden økte.</p> <p>Studien viser at dobbeltkontroll i et travelt miljø kan være krevende. Forstyrrelser under kontroll av eget og andres arbeid kan påvirke resultatet og mer feil kan bli gjort. Disse kontrollene som blir gjort er ikke feilbare. Ved dobbeltkontroll er det viktig at sykepleieren må tenke at man er en del av en kjede. Sykepleieren skal alltid kontrollere hva hun skal gi til pasienten og ikke stole på hva andre har dosert på forhånd.</p>
Egne kommentar	Studien er relevant fordi den belyser et viktig tiltak for å forebygge feilmedisinering.

Referanse	<p>Simonsen, B.O., Daehlin, G.K., Johansson, I. og Farup, P.G. (2014)</p> <p>'Differences in medication knowledge and risk of errors between graduating nursing students and working registered nurses: comparative study'</p> <p><i>BMC Health Services Research</i></p>
Hensikt	Hensikten med studien var å sammenligne kunnskap om medisiner, sikkerhet og risiko for feilmedisinering mellom sisteårs sykepleierstudenter og erfarne sykepleiere.
Metode	<p>Studien ble utført ved en flervalgstest med svaralternativer. Testen tok for seg farmakologi, A-preparat-administrering og legemiddelutregning.</p> <p>Studien tok også for seg hvor sikre deltakerne var på om de hadde utført testen riktig eller ikke. Studien er en kvantitativ studie.</p>
Resultater	Resultatet i studien tar for seg hvor sikre sykepleierne er på om de har svart

	<p>riktig på testen. Det rangeres i skala 0 fra 0= svært usikre, 1=usikre, 2= ganske sikker til 3= meget sikker. Skala 1 fra 1= lav risiko, 2= moderat risiko og 3=høy risiko.</p> <p>Resultatene viser at totalt så hadde sykepleierne 68,9 % riktig på testen og hvor sikre de er på om svaret de har gitt er riktig var 1,9.</p> <p>Legemiddelutregning hadde sykepleierne 79,9 % riktig og hvor usikre på om svaret er riktig var 2,0.</p> <p>Resultatene gir også innblikk i hvor stor risiko det er for feilmedisinering. Under legemiddelutregning er det 1,5.</p>
Egne kommentarer	<p>Studien er inkludert i denne oppgaven for å få en innsikt i hvor stor forståelse sykepleierne har om egen kunnskap.</p>

Referanse	<p>Holler, JG., K.S. Helgesen, M. Aarset, AL. S. Major (2015)</p> <p>'Legemiddelsamstemming: Et tiltak som virker'</p> <p><i>Sykepleien forskning</i></p> <p>S. 34-42</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien var å undersøke effekten av tiltaket om å benytte legemiddelsamstemming på sengepost på kirurgisk klinikk.</p>
Metode	<p>Studien er gjennomført som en prospektiv kontrollert studie. Studien er kvantitativ.</p> <p>Det var ingen spesielle inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p>Modellen for Integrated Medicines Management (IMM) er anvendt som metode for å komme frem til best mulig legemiddelliste.</p>

Resultat	<p>Kvalitet på legemiddelinformasjon hos pasienter som ble behandlet i avdelingen etter gjennomførelsen av intervensjonen ble sammenliknet med kvalitet på legemiddelinformasjon hos pasienter som ble behandlet i avdelingen før gjennomførelsen av intervensjonen.</p> <p>Det ble identifisert 51 uoverensstemmelser mellom best mulig legemiddelliste (BMLL) og legemidler i bruk (LIB) blant de 114 pasientene i intervensjonsgruppen. For de 77 pasientene i kontrollgruppen ble det identifisert 93 uoverensstemmelser mellom BMLL og LIB.</p> <p>Etter implementeringsprosjektet ble andelen med minst en uoverensstemmelser redusert fra 52% til 25,4 %. Kvaliteten på legemiddelinformasjon ble forbedret på den aktuelle avdelingen.</p>
Egne kommentarer	<p>Artikkelen er en styrke for denne oppgaven fordi den tar for seg et konkret tiltak i et norskt sykehus.</p>

Referanse	<p>Adhikari, R., J. Tocher, P. Smith, J. Corcoran og J. MacArthur (2014). 'A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice'</p> <p><i>Nurse Education Today</i></p> <p>S. 185-190</p>
Hensikt	<p>Artikkelen tar sikte på å illustrere to viktige aspekter ved medisinsikkerhet i praksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjeldende medisinsikkerhet i praksis i to kliniske avdelinger. • Før- og etter-registrering av sykepleierutdanning og undervisning om medisinsikkerhet. Hensikten her var å utforske

	<p>sykepleierstudentenes forståelse av medisinsikkerhet og å klargjøre deres ytterligere utdanningsbehov for å være forberedt på å være delaktige som registrerte fagfolk etter utdanningen.</p>
Metode	<p>Forskningsmetode: I denne forskningen anvendes en etnografisk observasjonsstudie samt kvalitative intervjuer og gruppediskusjoner. Metoden var skygge-teknikk og samtale.</p> <p>I tillegg til den kliniske observasjonen ble dybdeintervjuer med sykepleiere (inkludert avdelingssykepleiere) foretatt.</p> <p>Informasjon ble også innhentet fra sisteårs sykepleierstudenter ved tre høyskoler og universiteter gjennom gruppediskusjon.</p>
Resultat	<p>Den primære forskningsdataen ble innhentet fra to sykehusavdelinger på to forskjellige sykehus og tre universiteter og høyskoler i Skottland. Helsepersonell som har ansvaret for medisinerundene ble skygget for å fange opp et bredere og tydeligere bilde av medisinadministreringssystemet.</p> <p>Når pasienter ble innlagt på sykehus, ble de oppfordret til å ta med sine egne medisiner dersom de tok noen faste medisiner hjemme. Pasientenes journaler ble sjekket og medisiner ble foreskrevet av vakthavende lege. Nøyaktigheten på medisinene ble foreslått at skulle verifiseres av minst to kilder: pasienten selv (dersom de var friske nok), medisinlistene og medisinene pasienten (eller pårørende) har med. Prosessen ble kalt medisinforsoning</p> <p>For å minimere avbrudd og forstyrrelser, så ble det i begge sykehusene praktisert at sykepleieren er ikledd en spesiell vest som signaliserer at han/hun ikke skal bli forstyrret på sin medisinrunde av medarbeidere eller besøkende. På det ene sykehuset hadde også avdelingssykepleier innført rutine om at innkommende telefonsamtaler skulle gå til sekretæren på avdelingen mens medisinrunden pågikk om morgenen.</p>

	<p>Pasientenes medisiner ble holdt innelåst i pasientenes nattbord. Etter innføringen av dette systemet hadde medisinalagringsystemet forbedret seg betydelig.</p> <p>Sykepleier som kom på morgenen for dagvakt gav morgenmedisinene i stedet for at nattevaktene administrerte og utdelte dem - noe som har vist seg å være effektivt.</p> <p>Under studien var det nå to kompetente sykepleiere som sammen hadde ansvaret for intravenøs antibiotikabehandling.</p> <p>Når det gjelder sykepleierstudentene så viste de en felles bekymring for begrenset kunnskap om medikamenthåndtering. De hadde mangelfull forståelse av hvordan ulike medisiner fungerer i menneskekroppen, og manglet selvtillit på området. Sykepleierstudentene som deltok i studien antydte at de ble opplært til å følge prinsippene om de 5 R-er for korrekt medikamentadministrering- og håndtering. De indikerte også at de hadde ulike erfaringer når det gjaldt opplæring på skolen og i praksis når det kom til medikamentsikkerhet. Ønske om mer opplæring på dette området var det enighet om. Dette gjaldt også nyutdannede sykepleiere.</p>
Egne kommentarer	Studien er relevant for oppgaven, da den tar for seg konkrete tiltak som viser positiv effekt for medikament- og pasientsikkerhet. Den tar også for seg perspektivet til sykepleierstudenter.

Referanse	<p>Star, K., Nordin, K., Pöder, U. og Edwards, R. (2013)</p> <p>'Challenges of safe medication practice in paediatric care – a nursing perspective'</p> <p><i>Acta Paediatrica</i></p>
-----------	--

	S. 532- 538
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med legemiddelhåndtering i pediatrik avdeling på sykehus. Trekker frem faktorer som kan hemme eller fremme sikker legemiddelhåndtering.
Metode	En kvalitativ studie. Intervjuer av sykepleiere ble brukt for å samle informasjon. Studien ble utført på et universitetssykehus i Sverige.
Resultat	<p>Sykepleiere mener at komplisert legemiddelhåndtering kan gjøre det vanskeligere å sikre legemiddelhåndtering.</p> <p>Sykepleieren har bekymringer for å gjøre feil og mener at dette kan føre til psykisk belastning.</p> <p>Sykepleierne setter pris på støtte fra kollegaer. Ved eksempelvis dobbeltsjekking er sykepleierne avhengige av hverandre.</p> <p>Avvikende miljø kan gjøre at sykepleieren har vanskeligheter med å opprettholde pasientsikkerheten. Nødsituasjoner og stressende miljø kan også påvirke pasientsikkerheten. Nye administrasjonsmåter og medisiner kan gjøre jobben til sykepleierne mer krevende.</p> <p>Sykepleiernes rutiner og organisering har betydning for medikamentell håndtering. Det er viktig at medisinerom er organiserte og at kun medisiner som brukes ofte er framme. Studien viser at det trengs bedre rutiner for å ta over andres arbeid i forhold til legemiddelhåndtering. Ved overføring av pasient i fra andre avdelinger kan det være vanskelig å forstå signaturen til en annen lege eller sykepleier om legemiddelet er gitt eller ikke.</p>
Egne kommentarer	Studien er relevant fordi den tar for seg sykepleierperspektivet og er utført i Sverige.

Referanse	<p>McTier, L., Botti, M. og Duke, M. (2013)</p> <p>'Patient participation in medication safety during an acute care admission'</p> <p><i>Health Expectations</i></p> <p>S. 1744-1756</p>
Hensikt	<p>Hensikt med studien var å utforske pasientens deltakelse i legemiddelhåndtering i løpet av en innleggelse for et hjertekirurgisk inngrep. Studien ville undersøke pasientenes kunnskap om medisiner og deltakelse i medikamentell håndtering.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studien fra et sykehus i Melbourne i Australia. Det var 130 pasienter som var med i studien i løpet av 2008. I studien ble det utført intervjuer av pasienter før operasjonen og før utskrivning av pasientene. I studien ble sykepleierne også intervjuet.</p>
Resultater	<p>Under intervjuene ble disse spørsmålene stilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke type medisiner er det du tar? 2. Vet du hvorfor du tar denne medisinen? 3. Er det noe du trenger å være oppmerksom på, som virkning eller bivirkninger? <p>59,6% av pasientene var i stand til å liste opp og oppgi formålet og bivirkninger av sine medisiner på intervjuet for operasjonen. Studien viste at bare 8,2 % visste hvilke medisiner de gikk på før og etter innleggelse på sykehus. Etter en operasjon fikk alle pasientene nye eller endrede doser med medisiner.</p> <p>Pasientene synes sykepleierne kunne gi mer informasjon om medisinene som ble gitt. Studien viser til at pasienters evne til å motta og bearbeide informasjon kan være redusert etter et kirurgisk inngrep.</p>

	<p>Pasientene syntes det var lite muligheter til å stille spørsmål til sykepleierne om medikamentell behandling.</p> <p>Funnene i studien viser at sykepleiere gir pasientene liten mulighet til deltakelse og brukermedvirkning kan være sentralt. Grunnen til dette kan være manglende kunnskap fra sykepleieren. Sykepleierne kom med forslag om å ha økt deltakelse fra pasientene ved å oppmuntre pasientene til å administrere medisinen sine på sykehuset. Sykepleierne kunne være der under tilsyn og gi mer informasjon om medikamenter.</p> <p>Studien konkluderer med at det er behov for mer forskning om pasientenes vilje og evne til å lære mer om medikamentell behandling.</p> <p>Mer pasientene deltagelse i legemiddelhåndtering kan bedre både kvalitet og sikkerhet på arbeidet.</p>
Egne kommentarer	Studien anses som relevant, da den tar for seg både pasient- og sykepleierperspektivet.

4.2 Sammenfatning av resultater

Her belyses oppgavens problemstilling ved en sammenskriving av resultatene som identifiserer artiklens tema under ulike hovedemner. Resultatene er rettet mot sykepleierens kompetanse og systemoppbyggingen, med fellesnevneren *tiltak som sykepleiere kan utøve for å forebygge feilmedisinering*. Det er oppdaget at noen temaer i artiklene var gjennomgående. Hovedemnene legger grunnlaget for videre diskusjon.

Sykepleiers kompetanse

I studien til Xu et al. (2014) vises det at det er et behov for opplæringsprogrammer for å forbedre sykepleierens kunnskap om medikamenthåndtering og holdninger til legemidler. Sykepleierstudentene i studien til Adhikari et al. (2014) ønsket mer opplæring om medikamentsikkerhet. I studien til Simonsen et al. (2014) vises det at mange av sykepleierne som hadde feil svar på legemiddelutregningstesten mente at de hadde riktig svar.

Sykepleiernes samarbeid og holdninger kan påvirke pasientsikkerheten

Det kommer fram i studien til Star et al. (2013) at sykepleierne setter pris på støtte i fra kollegaene sine. I studien til Xu et al. (2014) trekkes det fram at forbedrede holdninger til sykepleiere kan være med på å redusere feilmedisinering.

Redusert feilmedisinering som følge av sikker legemiddelhåndtering

Både i studien til Adhikari et al. (2014) og Hewitt, Chreim og Forster (2015) brukes de 5 R-er som tiltak for å forebygge feilmedisinering.

Hewitt, Chreim og Forster (2015) og Star et al. (2013) sine studier resulterer begge i at ved dobbeltkontroll så er sykepleierne en del av en kjede og avhengige av hverandre. Videre i studien til Hewitt, Chreim og Forster (2013) var et tiltak å sette inn en tredje sjekk for å øke sikkerheten.

Sykepleiere har også et ansvar for å samstemme legemiddellister

I studien til Holler et al. (2015) ble legemiddelsamstemming innført i sykehus med god effekt og studien til Adhikari et al. (2014) viser til at nøyaktige medisinlister er hensiktsmessig.

Sykepleiers ledende rolle og funksjon

I studien til Xu et al. (2014) viser de til at å overvåke hele prosessen rundt medikamentell administrering kan øke sikkerhet, og sykepleielederen på avdelingen må være med på å styrke systemet. Star et al. (2013) viser i sin studie til at rutiner og organiserte medisinrom som tiltak har positiv betydning for medikamentell håndtering. Xu et al. (2013) sin studie viser resultater som støtter oppunder dette. Adhikari et al. (2014) konkluderer med en god effekt av å bytte om på ansvaret for medisinrunden. Andre tiltak i studien var å tydeliggjøre i avdelingen hvem som har medisinansvaret, og delegere bort oppgaver som kan medføre avbrudd i medisinrunden. Det bør bli bedre systemer for rapportering av feilmedisinering, og oppfølging av dette (Star et al. 2013).

Økt pasientdeltakelse som tiltak for å redusere feilmedisinering i fremtiden

I studien til McTier, Botti og Duke (2013) vises det til at brukermedvirkning er viktig for å få pasientene til å delta i legemiddelhåndtering og at informasjonen som blir gitt skal være lett å forstå. Forslag til tiltak kan være oppmuntring til deltakelse, at pasientene har ansvar for medisiner selv med tilsyn og mer informasjon.

Adhikari et al. (2014) belyser også tiltak som å oppfordre pasientene til å ta med sine egne medisiner dersom de tok noen faste medisiner hjemme, og å låse disse inne i pasientenes nattbord.

5. Diskusjon

Her vil resultatene som tidligere er presentert bli drøftet i forhold til Donabedians klassiske paradigme og Patricia Benners teoretiske perspektiv, samt relevant bakgrunnsteori og vitenskapelige artikler med vekt på resultatets betydning for sykepleie. Problemstillingen *“Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten bidra til å forebygge feilmedisinering?”* er utgangspunktet for diskusjonen det er ønskelig å belyse.

5.1 Sykepleiernes kompetanse

Som sykepleier er det nødvendig å ha tilstrekkelig kompetanse innenfor legemiddelhåndtering for å bidra til forebygging av feilmedisinering. I studien til Simonsen et al. (2011) gjennomførte sykepleiere en flervalgsoppgave innenfor legemiddelkunnskap. Studien konkluderte med at sykepleierne hadde lavere kunnskap enn hva som var forventet. Utilstrekkelig kunnskap kan gi økt risiko for feilmedisinering. Ett av temaene som ble tatt opp var legemiddelutregning. Resultatet i testen viste at det bare var 12% av 203 sykepleiere som hadde full uttelling på legemiddelregningstesten, så man kan tenke seg at det skjer mer legemiddelrelaterte feil enn de ti prosentene som er kjent fra en annen studie (Helse - og omsorgsdepartementet 2014-2015b). Man kan jo også lure på om det finnes store mørketall under feilmedisinering, eller at feil ikke blir oppdaget i det hele tatt.

I studien til Adhikari et al. (2014) uttrykte sykepleierstudentene at de hadde ulike erfaringer fra utdannelsen, og at dette kunne påvirke legemiddelsikkerheten. Sykepleieteoretikeren Patricia Benner bruker situasjonsmodellen “fra novise til ekspert” for å forklare utviklingen hos sykepleiere (Brykczynski 2011). Som sykepleierstudent eller nyutdannet sykepleier går man under betegnelsen novise og videre utvikler man seg gjennom erfaringsbasert praksis. Ved at sykepleierstudentene har ulike erfaringer fra utdannelsen kan kunnskapen til sykepleierne derfor variere. Det kan være hensiktsmessig å ha fokus på kompetanseheving innenfor legemiddelhåndtering hos sykepleierne etter endt utdanning. Dette kan gjøre at flere sykepleiere kan heve seg fra “novise til ekspert”.

Økt kompetanse blant sykepleierne kan være med på å redusere feilmedisinering. Bielecki og Børdahl (2004) mener at manglende kunnskap og kompetanse kan være en av grunnene til feilmedisinering. I studien til Xu et al. (2014) viste det seg også at feilmedisinering ble redusert etter nyinnførte opplæringsprogram innen legemiddelhåndtering for sykepleiere. Dette betyr igjen at sykepleiere kan gjøre feil på grunn av manglende kunnskap. I studien til

Adhikari et al. (2014) uttrykte både sykepleierstudenter og nyutdannede sykepleiere at de ønsket mer opplæring i forhold til medikamentell håndtering. Simonsen et al. (2011) påpeker i sin studie at sykepleierne var klare over at kunnskapen deres ikke var tilstrekkelig. Star et al. (2013) har vist at sykepleiere synes ny og avansert medisinaladministrering kan være vanskelig. Dette kan være fordi sykepleiere ikke alltid er faglig oppdaterte. Sykepleierens økte bevissthet om medisinsikkerhet og kompetanseheving i forhold til administrering av medisiner kan bidra til å redusere feilmedisinering (Xu et al. 2014).

Det er hensiktsmessig at sykepleiere er ydmyke og at de har forståelse for at de kan gjøre feil under legemiddelhåndtering. Det er en kjent sak at det både i daglig- og arbeidslivet anvendes flere digitale verktøy som hjelpemidler. Som sykepleier er det viktig å være kritisk til slike verktøy. Et eksempel kan være "Legemiddelutregningsapplikasjonen", som i løpet av kort tid ble lastet ned 15 000 ganger. Det er usikkert om disse nedlastningene er gjort mest av sykepleiere eller andre som er nysgjerrige, eller om applikasjonen faktisk er i bruk rundt på norske sykehus. Dersom sykepleiere faktisk benytter seg av denne applikasjonen, er det viktig at man har forståelse for at svarene kan være feil. Man må derfor ha et kritisk blikk til svarene den angir. Til tross for at man daglig bruker applikasjonen som et hjelpemiddel, så skal man ikke stole blindt på den uten å kontrollere ved andre metoder. Dobbelkontroll og de 7 R-er er eksempler på andre måter å kontrollere.

Som sykepleier har man kompetanse innenfor sitt fagfelt. Det er derimot lite hensiktsmessig å inneha stor kompetanse dersom man ikke har forståelse for faget, som i dette tilfellet er legemiddelhåndtering. I studien til Simonsen et al. (2014) kom deler av resultatet frem til at sykepleierne hadde lite forståelse for at de hadde gjort feil på flervalgstesten. Testens resultat ble rangert fra 0-3 om hvor sikre sykepleierne var på om de hadde svart feil eller ikke. Null viser at de svært usikre og 3 er meget sikre. På legemiddelutregningstesten viste det seg at sykepleierne hadde 79.9% riktige svar og poeng 2 (ganske sikker) på hvor sikre de var på at svaret de hadde oppgitt var korrekt. Dette viser at over 20 % som hadde feil på testen var ganske sikre på at de hadde riktige svar. Dette tyder på at mange sykepleiere er i den gode tro om at de har nok kompetanse.

Kombinasjonen av en legemiddelutregningsapplikasjon og liten forståelse om legemiddelhåndtering kan føre til økt risiko for feilmedisinering, da det kan tenkes at sykepleierne ikke har nok innsikt i feil som kan gjøres og er lite kritiske til hjelpemidler. I resultatet i studien til Simonsen et al. (2014) kommer det frem at sykepleierne har mellom lav

til moderat risiko til å gjøre feil innenfor legemiddelhåndtering. Dette er store tall som underbygger at feilmedisinering skjer på grunn av sykepleierens manglende kompetanse innenfor legemiddelutregning, siden risikoen for feil kan være helt opp til moderat risiko. Det er viktig at sykepleieren har forståelse for at feil kan gjøres. Økt forståelse kan være med på å forebygge at feil skjer ved at sykepleieren selv oppdager feilen. Kompetanse til å oppdage feil er noe sykepleiere bør ha (Reinertsen og Notevarp 2012).

5.2 Sykepleiernes samarbeid og holdninger kan påvirke pasientsikkerheten

Som sykepleier jobber man sjeldent alene, og godt samarbeid er viktig for å skape god kvalitet på sykepleien. Det trekkes frem i studien til Star et al. (2013) at sykepleierne setter pris på støtte fra kollegaene sine. Dette kan gjøre at de føler seg tryggere i sitt arbeid. Det kan også være hensiktsmessig at sykepleier bidrar til en kultur på avdelingen hvor man respekterer og lærer av hverandre. Sykepleiere skal etter de yrkesetiske retningslinjer erkjenne sitt eget kompetansenivå (Norsk sykepleierforbund 2011). Dermed bør det være akseptabelt i en avdeling å si for eksempel at “dette har jeg ikke kompetanse til”. Dette kan bidra til muligheter for å lære dersom man får aksept for å si i fra om sine begrensninger, og dermed øker pasientsikkerheten. Formålet med pasientsikkerhet er å unngå uønskede hendelser som kan gi skade på pasienten (Aase 2010). Det er vist i studien til Xu et al. (2014) at bedre holdninger blant sykepleiere kan være med på å redusere feilmedisinering.

5.3 Redusert feilmedisinering som følge av sikker legemiddelhåndtering

Sykepleieren spiller en viktig rolle for sikker legemiddelhåndtering (Nordeng 2010). Resultatene viser at sikker legemiddelhåndtering kan være en forutsetning for å redusere feilmedisinering (Adhikari et al. (2014), Star et al. (2013) og Xu et 2014). Videre konkluderte Xu et al. (2014) med at en optimal legemiddeladministrasjon kan være med på å redusere feilmedisinering. Dette er også løftet fram i Aase (2010) sin bok om pasientsikkerhet, hvor hun tar for seg å forbedre sikkerheten av medikamenthåndtering som ett av punktene for å øke pasientsikkerhet.

De 7 R-er skal være et hjelpemiddel for sykepleiere til å utføre korrekt legemiddelhåndtering (Bielecki og Børdahl 2004). Det er usikkert hvor mye disse sjekkpunktene brukes i daglig praksis. Sykepleierstudentene i studien til Adhikari et al. (2014) ble under utdanningen opplært til å benytte seg av hjelpemiddelet, noe de syntes var et mangelfullt tiltak alene. I studien til Hewitt, Chreim og Foster (2015) ble de 5 R-er anvendt som et tiltak for å

forebygge feilmedisinering. Om sjekklisten inneholder de 7 eller 5 R-ene er ikke vesentlig, da prinsippet skal være det samme. Siden det er kjent at feilmedisinering skjer ofte kan man tenke seg at disse sjekkpunktene ikke er i bruk.

I studien til Hewitt, Chreim og Foster (2015) ble dobbeltkontroll brukt for å redusere feilmedisinering. I utgangspunktet bør dobbeltkontroll være en god nok prosedyre, men på grunn av forstyrrende faktorer så kan feilmedisinering likevel skje. I saken fra Helsetilsynet ble sykepleieren påvirket av stress og dårlig organisert medisinerrom, noe som gjorde at hun tok feil medikament. Det viste seg i ettertid at det ikke ble utført dobbeltkontroll selv om det var innført som prosedyre på avdelingen. Sykepleieren bekreftet i sine opplysninger at det var mye å gjøre den dagen (Helsetilsynet 2015).

I studiene til Hewitt, Chreim og Foster (2015) og Star et al. (2013) viser resultatene at sykepleieren må tenke at de er en del av et system og dermed er avhengige av hverandre. En sykepleier skal ikke ta ansvaret for legemiddelhåndtering alene, men er nødt til å be om dobbeltkontroll av en annen sykepleier. Det trekkes også fram at sykepleiere ved dobbeltkontroll bør være kritiske og ikke stole fullt og helt på administrasjonen sykepleieren før dem har utført (Hewitt, Chreim og Foster 2015).

Et annet tiltak for sikker legemiddelhåndtering er at medisinkurver skal være lette å lese av. I studien til Star et al. (2013) trekkes det fram at sykepleierne synes det kan være vanskelig å forstå hva som står oppført i medisinkurver og om legemidlene er gitt eller ikke. Dette kan være en av grunnene til at feil legemiddel eller dose kan bli gitt. Nordeng (2010) trekker fram at feil kan oppstå på grunn av dårlig etterlevelse av legens forskrivning eller forglemmelser i medisinkurver. Per dags dato finnes det fortsatt medisinkurver i papirform og håndskriften kan variere. Man kan spørre seg om en håndskrevet medisinaliste er godt nok i det digitale samfunnet som vi lever i. Denne medisinalisten skal legemidler bli overført til når pasienter blir innlagt på sykehus eller det blir oppført nye medikamenter og endrete doser. Dette er da legens jobb, mens sykepleierne har ansvaret for å signere at legemiddelet er gitt.

5.4 Sykepleiere har også et ansvar for å samstemme legemiddellister

Adhikari et al. (2014) belyser i sin studie viktigheten av å følge opp pasientenes legemidler når de blir lagt inn på sykehus. Prosessen ble omtalt som medisinformasjon, og formålet med tiltaket var å redusere feilmedisinering og svinn. I Norge pågår pasientsikkerhetskampanjen

“I trygge hender 24/7” hvor legemiddelsamstemming gjennomføres for å oppnå sikker legemiddelbruk (Pasientsikkerhetsprogrammet 2015a). Prinsippet for tiltaket i den skotske studien og den norske legemiddelsamstemmingen er felles ved at de har som mål å redusere feilmedisinering ved hjelp av sykepleiers oppfølging av legemiddellister. Holler et al. (2015) konkluderer i sin studie med at implementering av legemiddelsamstemming førte til en forbedret kvalitet på legemiddelinformasjon.

Samstemming av legemiddellister kan være et tiltak som ved gjennomførelse tidlig i innleggelsesfasen vil være et godt utgangspunkt for færre feil og pasientskader. Dette bidrar også til en kvalitetssikring av medikamenthåndteringen. I studien til Holler et al. (2015) inkluderes flere profesjoner, men det trekkes frem at sykepleier spiller en viktig rolle ved oppfølging av at samstemming av legemiddellistene skjer. De er i stadig kontakt med pasientene, og kan i dialog med dem spørre om eventuelle medisiner de går på fast. Dersom en samstemming av legemidlene er utført på et tidlig tidspunkt, så vil det være et bidrag til at kontrollen av én av de 7 R-ene er på plass - nemlig riktig medikament. Tiltaket sies ikke å være noe som alene vil hindre feilmedisinering og pasientskader, men bør heller anses som et ledd i en større kjede bestående av flere forebyggende tiltak.

Pasientsikkerhetsprogrammet er tydelige på at for å oppnå sikker legemiddelbruk, så må listen følge pasienten gjennom hele behandlingkjeden (Pasientsikkerhetsprogrammet 2016). Det blir ikke informert om hvordan dette skal gjennomføres i praksis, men det vil her falle seg naturlig å tenke at et nøye tilrettelagt system i bunn vil være et godt utgangspunkt for at dette skal kunne oppnås på avdelingene. Dersom det er tydelige retningslinjer for dokumentering og kommunikasjon på dette området, og at alle sykepleiere gjør likt, så vil det også bli mindre rom for å unngå å utføre legemiddelsamstemmingen.

5.5 Sykepleiers ledende rolle og funksjon

De fleste norske sykehus praktiserer at én sykepleier har hovedansvaret for legemiddelhåndteringen på gjeldende vakt. Dette gjør denne sykepleieren svært sårbar for å gjøre feil, noe som kan sies å være uforsvarlig. Sykepleiere mener at det å gjøre feil kan føre til psykisk belastning (Star et al. 2013).

Studien til Adhikari et al. (2014) belyser uromomenter som fører til forstyrrelser og avbrytelser under selve medisinerunden, noe som har resultert i at feilmedisinering har

forekommet. Det er en kjent sak at tempoet på en hvilken som helst sykehusavdeling i gjennomsnittet er relativt høyt, særlig i løpet av den stunden medikamenter skal doseres og utleveres. I studien til Star et al. (2013) sier sykepleierne at stressende miljø og uorganiserte medisinerom kan være årsaker til at feil gjøres. Rom for å gjøre feil blir større når man blir forstyrret og det er mye uro rundt sykepleieren.

Dersom sykepleieren i tillegg til medisinerunden også har hovedansvaret for kommunikasjon inn og ut av avdelingen, så vil telefonsamtaler være et forstyrrelsesmoment som gir rom for at ulike feil kan gjøres. Den ansvarlige sykepleieren er til en hver tid synlig i avdelingen, og avbrytelser fra kollegaer, pårørende eller andre forekommer i løpet av en sykepleiers arbeidsdag. Dersom to sykepleiere hadde hatt hovedansvaret sammen ville man ikke vært så sårbar for å gjøre feil. Samtidig så kan det være vanskelig for to å ha det fulle ansvaret, noe man også ser i praksis da én sykepleier ofte har gruppelederansvar. Hadde det vært en ansvarsfordeling mellom for eksempel to sykepleiere så kunne i tillegg én av sykepleierne hatt ansvaret for telefonsamtaler mens den andre delte ut medisiner.

Under studien til Adhikari et al. (2014) ble det gjort kjent at det ene sykehuset som deltok i studien hadde innført en prosedyre om at sykepleieren som har ansvaret for medisinerundene skulle gå kledd i en spesiell vest som signaliserte at hun ikke skal bli forstyrret. I tillegg skulle avdelingssekretær ta alle telefonsamtaler mens medisinhandteringen pågikk. Begge disse tiltakene var innført av avdelingssykepleier. Målet var å hindre uromomenter for sykepleieren som trenger å ha sitt fulle fokus på medikamentene for å unngå å gjøre feil. Det kan sees både positive og negative sider ved de iverksatte tiltakene i studien til Adhikari et al. (2014). Hovedessensen ligger likevel i at det under studien ble bevist at antall feil minket som resultat av tiltakene. Dette viser at en godt administrert avdeling som kontinuerlig ser forbedringspotensiale, og som innfører rutiner og retningslinjer på bakgrunn av dette, vil bidra til å øke pasientsikkerheten.

Fordeling av arbeidsoppgaver samt tydelige retningslinjer i en avdeling vil føre til struktur og bidra til et velfungerende system. Xu et al. (2014) påpeker at feilmedisinering er en konsekvens av flere faktorer, og ikke kun sykepleierens individuelle handling. Studien konkluderer blant annet med at sykepleielederen på enhver avdeling må bidra til å styrke systemet, og dermed pasientsikkerheten. Her fremstilles den administrerende delen av systemets oppbygging, som på mange måter ligger til grunn for de rutinene og

arbeidsoppgavene sykepleier har. Dette støtter opp under teorien om Donabedians klassiske paradigme, som utgjøres av trekomponentforholdet bestående av struktur, prosess og resultat (Helsebiblioteket 2009). Det sees at administrasjonens arbeid og innføring av rutiner (struktur) er avgjørende for at pasienten (resultat) ikke skal ta skade av eventuelle svikt i helsetjenesten.

Studiene til både Adhikari et al. (2015), Hewitt, Chreim og Foster (2015), Star et al. (2013) og Xu et al. (2014) konkluderer med at feil kan oppstå som følge av flere årsaker, som for eksempel mangelfull opplæring, forstyrrende arbeidsmiljø, manglende rutiner og mangelfull organisering. Samtlige årsaker som nevnes i studiene skjer i forkant av at medikamentet tildeles pasienten, og er følger av en svak systemoppbygging. Svikten kan altså finnes allerede tidlig i prosessen av medikamenthåndtering. Man kan tenke seg at strukturen, som er én av komponentene i Donabedians klassiske paradigme (Helsebiblioteket 2009), vil være et element som kan forsterkes av avdelingssykepleier. Ved å forsterke strukturen så er det ønskelig å oppnå et bedre resultat, som i overført betydning vil si å ikke påføre pasienten skade som følge av feil grunnet faktorer lenger frem i prosessen.

Studien til Hewitt, Chreim og Foster (2015) kan være et godt eksempel på det administrerende leddet i systemets oppbygging. Her ble det forsøkt å sette inn en tredje sjekk for å kontrollere medisiner, noe som ble tatt dårlig i mot av sykepleierne, som mente at det kom til å ta for lang tid. Studien lufter videre forslaget om at det fra øvre hold bør settes inn organiserte rutiner om dobbeltkontroll, slik at denne viktige sjekken av medikamentet blir utført uansett hvor mye det er å gjøre på avdelingen ellers. Ser man dette i lys av Donabedians klassiske paradigme så vil strukturen være tydelig dersom avdelingssykepleier innfører en prosedyre om en tredje kontroll av medikamenter. Videre er sykepleier nødt til å forholde seg til rutinen som er innført og gjennomføre prosedyren til en hver tid, som vil være selve prosessen. Det er mulig at faren for feilmedisinering minskes ved at en tredje sykepleier kontrollerer medikamentet som skal gis, og det er større sjanse for at eventuelle feil blir oppdaget før medikamentet når pasienten. Resultatet vil da være ingen skade på pasienten.

5.6 Økt pasientdeltakelse som tiltak for å redusere feilmedisinering i fremtiden

I dagens samfunn er pasientrollen i endring og pasienter ønsker å bli mer involvert i egen behandling enn tidligere. Dette bekreftes i Meld. St. 11 (Helse- og omsorgsdepartementet

2014-2015a). Meldingen understreker at det må jobbes med å styrke pasientens rettigheter. I studien til McTier, Botti og Duke (2013) belyses viktigheten av å få pasientene til å delta mer aktivt i legemiddelhåndteringen, da det kan bedre kvaliteten og sikkerheten på arbeidet. Pasientene kan på den måte ses på som en ressurs for sykepleieren. Resultatet i studien viser at få pasienter visste hvilke medisiner de gikk på både før og etter operasjonen (McTier, Botti og Duke 2013). Det er en kjent sak at det skjer feilmedisinering. Pasienter som vet hvilke medisiner de går på kan være med på å forhindre feilmedisinering.

På norske sykehus i dag er det mest vanlig at sykepleierne administrerer medisiner til pasientene. Noen pasienter kan ha ønske om å administrere medisiner sine selv og får innfridd dette. I studien til McTier, Botti og Duke (2013) trekkes det fram at sykepleierne gir lite rom for deltakelse fra pasientene og at sykepleierne mangler kunnskap på å fremme pasientdeltakelse.

Videre i studien kommer sykepleierne med forslag for å fremme pasientdeltakelse. Et av forslagene var at pasientene administrerer medisiner sine selv når de er innlagt i sykehus, med tilsyn av sykepleier. Studien viser til at mange pasienter kan trenge mer informasjon og oppmuntring til deltakelse (McTier, Botti og Duke 2013). På en annen side kan det være krevende for sykepleiere å legge til rette for deltakelse fra pasienter uten at det går utover andre pasienter i forhold til tidspress. Dersom det hadde vært et velfungerende system som gjør det lett for pasientene å administrere medikamentene selv kunne dette også vært tidssparende for sykepleierne og redusere feilmedisinering.

Adhikari et al. (2014) trekker fram at de oppfordret pasientene sine til å ta med egne faste medisiner som holdes innelåst i nattbordet, noe som kan være et tiltak for å redusere feilmedisinering. Dette tiltaket kan gjøre at det blir lettere for pasientene å administrere tablettene sine selv ved at de beholder medisiner i sin originale pakning eller dosett. Administrering av egne medisiner var også et av forslagene i fra sykepleierne i studien til McTier, Botti og Duke (2013). På de fleste norske sykehus i dag er det fortsatt dobbelt- og firemannsrom. Dette gjør at det ikke er forsvarlig å oppbevare medisiner uten tilsyn på rom da det kan bli glemt å låse nattbordene. Medisiner kan dermed bli lett tilgjengelig for andre. På den andre siden skjer det at sykepleiere setter igjen medisiner på nattbordet og går. Én av grunnene til dette kan tenke seg være tidspress.

Studien konkluderer med at det mangler forskning på dette området rundt hvor mye pasientene har evne og vilje til å involvere seg i medisin håndtering når de er innlagt på sykehus (McTier, Botti og Duke 2013). Pasientdeltakelse er et nokså nytt begrep som vil bli mer anerkjent ettersom samfunnet utvikler seg. Det digitale samfunnet gjør at pasientene kan være mer ressurssterke enn tidligere, noe som stiller høyere krav til sykepleierne.

5.7 Etske og juridiske rammer for sykepleiere

I løpet av en sykepleiers karriere er det sjans for å påføre pasienter uønskede hendelser, og disse skadene kan være på grunn av feilmedisinering. Sykepleierens etiske verdier kommer i strid når en sykepleier utsetter pasienten for skade. To etiske prinsipper som er sentrale her er *ikke skade* og *velgjørenhet*.

Prinsippet om å ikke skade betyr at man aldri skal skade noen; dette er en perfekt plikt. Velgjørenhetsprinsippet går ut på at man har plikt til å gjøre godt mot andre, men man kan likevel ikke gjøre godt mot alle (Brinchmann 2010). Som sykepleier ønsker man ikke å gjøre noe vondt mot noen pasienter, men det vil alltid være noen hendelser man ikke kan forhindre. Nordeng (2010) sier at to av fem sykepleiere hadde gjort feil i legemiddel håndteringen som kunne fått alvorlige konsekvenser for pasienten. Det er viktig å huske på at alle kan gjøre menneskelige feil. Det er sentralt å forebygge uønskede hendelser mest mulig så man hindrer at feilmedisinering skjer.

For en sykepleier kan konsekvensene være av svært alvorlig grad dersom en feil blir gjort. Dette er også til tross for at feilen skyldes en menneskelig feil uten hensikt om å skade. Sykepleierne i studien til Star et al. (2013) sier at de er redde for å gjøre feil og at dette kan føre til psykisk belastning. Dersom en pasients liv står i fare som følge av sykepleierens handling, så er det nulltoleranse for slike feil. Konsekvensene er i verste fall at sykepleieren mister autorisasjonen sin eller blir anmeldt. Prinsippet om ikke skade vil isåfall ha en dobbel betydning, da skade på en pasient vil kunne skade sykepleieren selv i like stor grad.

Florence Nightingale (1863) uttalte at pasienter ikke skal påføres skade under sykehusopphold. Dette innebærer blant annet at sykepleier har et ansvar om å forhindre uønskede hendelser. Som sykepleier skal man ta ansvar og handle ut i fra å være ansvarlig, og man må være bevisst på hva en tar ansvar for (Kristoffersen 2012a). Med dette så skal man ikke overgå sitt kompetansenivå. Sykepleiere har ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund 2011).

Nightingales utsagn om vern av pasienter for 150 år siden kan sies å ha dannet et fundament for pasientsikkerhetsbegrepet som vi kjenner til i dag. I dag har norsk helsevesen Helsepersonelloven å forholde seg til. Disse skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten (Helsepersonelloven 1999). Per dags dato finnes det ikke en egen lov som omhandler pasientsikkerhet. Det nærmeste man kommer en lov som nevner pasientsikkerhetsbegrepet er Loven om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet § 3-4, som er en del av spesialisthelsetjenesten. (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Det kan stilles spørsmål ved om det skulle vært en egen lov som danner fundamentet for pasientsikkerhet. Dette for å bedre kunne styrke helsetjenesten ved å ivareta alle ledd i helsetjenestens nivåer. Samtidig så ser man at grunnen til den ikke-eksisterende loven kan være manglende fokus på pasientsikkerhet. Dette vises tydelig ved at den første årlige stortingsmeldingen om pasientsikkerhet ikke kom før i 2014, til tross for den økte bevisstheten om pasientsikkerhet som spredte seg fra USA til Europa i 1999.

5.8 Kildekritikk

Polit og Beck (2010) definerer kildekritikk som en objektiv vurdering av studiens styrker og begrensninger. Her presenteres en begrunnelse av de utvalgte vitenskapelige artiklene basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Simonsen et al. (2011): Studien er norsk, noe som er en fordel siden den omhandler sykepleierens kunnskap. Den har sine begrensninger ved at den bare tar for seg kunnskapen til sykepleierne og hva som er grunnen til dårlig kunnskap. I studien ble det anvendt en flervalgsoppgave med svaralternativer. Dette kan anses som å være et hjelpemiddel for sykepleierne som utførte testen og dermed ha innvirkning på det endelige utfallet av studien. Testen foregikk i et klasserom, altså under stille og rolige omgivelser. Sykepleiere er vant til å bli forstyrret under arbeid på sykehuset. Likevel anses denne studien som relevant for å kartlegge sykepleierens kunnskap forhold til legemiddelhåndtering.

Xu et al. (2014): Studien er basert på en undersøkelsesstudie. Et av eksklusjonskriteriene var land utenfor Europa. Denne studien er utført i Kina, og man må være kritisk siden helsevesenet og sykehusene der er ulike fra Norge. Studien viser samtidig en bredde siden den ble utført på 31 forskjellige avdelinger på sykehus. Den viser ingen oversikt over hvilke type avdelinger som er inkludert. Artikkelen er likevel inkludert fordi den viser tiltak på ulike nivåer i helsetjenesten og viser en ny strategi for å redusere feilmedisinering.

Hewitt, Chreim og Forster (2015): Studien er fra Canada. Studien kommer fra et større forskningsprosjekt. Den har derfor begrensninger siden den var ment for å utforske om dobbeltkontroll var en god nok prosedyre, basert på data hentet fra en annen studie. Resultatet viser ingen sammenheng fra tidligere studier, men den gir god innsikt i dobbeltkontroll som prosedyre for å sikre legemiddelhåndtering og er derfor relevant for denne oppgaven.

Simonsen et al. (2014): Studien er fra Norge og tar både for seg kunnskapen til sykepleierstudenter og sykepleiere. Det er valgt å bare ha fokus på resultatet til sykepleierne. Studien er inkludert i denne oppgaven for å få en innsikt i hvor sikre sykepleierne er på egen kunnskap og vise risikoen for feilmedisinering som følge av dette. Det er derfor valgt å kun inkludere hva som er relevant for oppgaven og ikke andre resultater.

Holler et al. (2015): Studien er basert i Norge. En prospektiv kontrollert studie, uten spesielle inklusjons- eller eksklusjonskriterier, noe som kan sies å gjøre studien noe generell. Artikkelen er en styrke for denne oppgaven fordi den tar for seg effekten av tiltaket om samstemming av legemiddellister gjennomført av sykepleiere på sykehus.

Adhikari et al. (2014): Studien er basert i Skottland. Studien styrkes ved at det er brukt flere ulike metoder for å innhente data, som kvalitative intervjuer, gruppediskusjoner, skyggeteknikk og dybdeintervjuer. Et inklusjonskriterie i denne oppgaven var sykepleiefaglig fokus, men i denne studien er annet helsepersonell også inkludert. Det er likevel valgt å inkludere studien fordi observasjonen av sykepleierne utgjør den største delen av resultatet. Studien viser dessuten til konkrete tiltak som innsettes i avdelingen for at sykepleierne kan bidra til å forebygge feilmedisinering.

Star et al. (2013): Studien er fra Sverige, noe som er en styrke for studien da helsevesenet i landet er relativt likt som i Norge. Studien her er ifra en barneavdeling på sykehus. Det er likevel valgt å inkludere denne studien for å vise sykepleiernes synspunkter i forhold til hva som kan påvirke legemiddelhåndteringen. Det ses på det overordnede perspektivet, og ikke direkte på sykepleie til barn.

McTier, Botti og Duke (2013): Studien tok for seg både før- og etterintervjuer av pasienter som skulle opereres. Studien tok for seg både pasient- og sykepleierperspektivet, noe som styrker studien. Selv om studien er fra Australia, som er et eksklusjonskriterie, er den relevant

for oppgaven fordi dette er et land som har kommet langt innenfor det å fremme pasientsikkerhet.

5.9 Kritisk vurdering av anvendt litteratur og øvrige metodiske overveielser

Her vil det kort presenteres en generell kritisk vurdering når det gjelder valg av anvendt litteratur, samt momenter som kan ha gitt oppgaven begrensninger.

Vi har valgt å skrive om et omfattende tema med mye relevant litteratur, og dette gjør at det ikke har vært anledning til å lese all forskning og boklitteratur om emnet. Dette er vi klar over at kan ha gitt oppgaven noen begrensninger. Det samme gjelder søkestrategien vi har anvendt for å finne aktuelle artikler. Den har sine begrensninger, noe som kan ha medført at vi har oversett studier som kunne ha gitt oppgaven et annet resultat. Vi har etter beste evne tolket resultatene i de ulike vitenskapelige artiklene, men er bevisste på at vår tolkning kan ha ledet til et annet utfall enn forfatterens hensikt. Oversettelse fra engelsk til norsk kan også ha bidratt til dette. Oppgaven er skrevet etter beste evne med den kompetansen vi til nå har, men det er tenkelig at den er noe preget av vår manglende erfaring om oppgaveskriving av dette omfanget.

I henhold til inklusjonskriteriene skulle det ikke brukes forskning som er eldre enn ti år. Denne oppgaven inneholder kun artikler som er publisert innen en femårsperiode. Vi har tolket det dit at dette kan være på grunn av et økt fokus på pasientsikkerhet den siste tiden. I Norge kom den første stortingsmeldingen som omhandler pasientsikkerhet så sent som i 2014. Dette støtter opp under vår antagelse om årsaken til at forskningen på dette temaet har kommet først de siste årene.

6. Konklusjon

Gjennom dette litteraturstudiet belyses flere forebyggende tiltak som sykepleier kan utøve for å bidra til redusert feilmedisinering i sykehus.

Etter endt utdanning kan sykepleiernes kunnskap variere, noe som gir økt risiko for feilmedisinering. Derfor kan det være hensiktsmessig med kompetanseheving blant sykepleierne. Dette kan oppnås ved at sykepleiere jevnlig deltar på kurs- og opplæringstilbud i avdelingen. Det er også vesentlig at det blant sykepleierne i avdelingen er en god kultur for å ta lærdom av hverandre, og å styrke hverandre ved gode holdninger og respekt for hver og ens

kompetansenivå. Arbeidserfaringen blant sykepleiere på enhver avdeling kan ha et vidt spenn, og det er viktig å være bevisst at en kjede aldri er sterkere enn det svakeste ledd.

De yrkesetiske retningslinjene skal lede sykepleiere til å ta riktige avgjørelser, og de fremhever ansvaret yrket innebærer. Sykepleiere er pliktet til å erkjenne sitt kompetansenivå og ikke overgå dette. Dette kan bidra til å forhindre uønskede hendelser og redusere feilmedisinering. Ved medikamenthåndtering har sykepleier også et eget ansvar for forståelse ved å bruke sunn fornuft, og dermed selv kunne oppdage feil.

Forebyggende hjelpemidler som sykepleiere kan benytte seg av for å sikre legemiddelhåndteringen er blant annet de 7 R-er, dobbeltkontroll og legemiddelhåndteringsapplikasjoner. Faste rutiner og prosedyrer må ligge til grunn for at sykepleieren skal bruke disse hjelpemidlene fast. Det er sentralt at sykepleierne alltid tenker at de er en del av en kjede, er avhengige av hverandre og ikke tar ansvaret for legemiddelhåndteringen alene. Det er viktig at sykepleierne er konstruktive mot andres legemiddelhåndtering. Et annet tiltak kan være at sykepleier har ansvar for å følge opp samstemming av legemiddellister, da sykepleieren stadig har pasientkontakt og kan innhente informasjon fra pasientene. Det er også hensiktsmessig å ha medisinlister som er oppdaterte og forståelige. Samtlige tiltak er vesentlige for at sykepleier skal kunne bidra til å forebygge feilmedisinering.

Avdelingssykepleier har et ansvar for å styrke systemet ved å innføre tydelige rutiner og klare rammer. Når prosedyrer blir innført skal disse følges opp uansett hvor mange forstyrrelsesmomenter det er ellers i avdelingen. Avdelingssykepleier har det overordnede ansvaret for å fordele arbeidsmengden på sykepleierne ute i avdelingen. Sykepleier som har hovedansvaret for medisinadministreringen bør ikke eksponeres for uromomenter, som for eksempel telefonsamtaler og andre avbrytelser. Dette kan gjennomføres ved en markering av den aktuelle sykepleieren.

Sykepleier kan i tillegg involvere pasientene mer i medisinadministreringen for å forebygge feilmedisinering. Pasientdeltagelse kan øke kvalitet og sikkerhet på arbeidet, og dermed kan pasienten være en ressurs for sykepleieren.

7. Litteraturliste

Aase, K. (2010) Pasientsikkerhet - hendelser, begreper og omfang. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 17-29.

About Medication Errors (2016) Tilgjengelig fra: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors> (Hentet: 02. mai 2016).

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. England: Open University Press.

Bielecki, T. og Børdahl, B. (2004) *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendahl.

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og Forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Bryczynski, K.A. (2011) Fra Novice til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis. I: Tomey, A.M. og M.R. Alligood, *Sygeplejeteoretikere. Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. Munksgaard Danmark, København, s. 149-179.

Choo, J., Hutchinson, A. og Bucknall, T. (2010) 'Nurses' role in medication safety', *Journal of Nursing Management*, (18), s. 853-861. [Online] (Hentet: 06. april 2016).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014a) *Helsinkideklarasjonen*. <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 22. april 2016).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014b) *Generelle forskningsetiske retningslinjer* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 22. april 2016).

Deilkås, E.T. (2012) *Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool*. Tilgjengelig fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Lær+om+programmet/_attachment/2554?_ts=14155c89ee2 (Hentet: 04. april 2016).

Dietrichson, S. (2010) *Brenner for praksis*. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/2010/06/brenner-praksis> (Hentet: 22. april 2016).

Evans, J. (2009) 'Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals', *A literature review. Contemporary Nurse*, 176–189. [Online] (Hentet: 11. mai 2016).

Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (Hentet 05.04.2016)

Helsetilsynet (2015a) *Vedtak om advarsel til sykepleier - feilmedisinering*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Advarsel-til-sykepleier-for-feilmedisinering/> (Hentet: 02. mars 2016).

Helsetilsynet (2015b) *Pasientsikkerhet og meldeordninger*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Kunnskapskilder/Helsetjenesten-kunnskapskilder/Pasientsikkerhet-meldeordninger/> (Hentet: 02. mars 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Strategi 2014-2018*. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/2dc3e411143d40258d48913ea80a9200/strategi_pasientsikkerhetsprogrammet_2014-2018.pdf?id=2287974 (Hentet: 04. april 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015a) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Meld. St 11 (2014-2015)* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/?ch=1&q=&id=234564> (Hentet: 02. februar 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015b) *Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse. Meld. St. 28 (2014-2015)*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/> (Hentet: 02. mars 2016).

Helsebiblioteket (2009) *Kvalitetsforbedring - Kvalitetsmåling*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmåling/om-kvalitetsmåling/hva-er-et-kvalitetsmål> (Hentet 07. april 2016).

Helsetilsynet (2015) *Vedtak om advarsel til sykepleier – feilmedisinering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Advarsel-til-sykepleier-for-feilmedisinering/> (Hentet 04. april 2016).

Hewitt, T., Chreim, S. og Forster, A. (2015) 'Double checking – a second look', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, s. 267-274. [Online] DOI: 10.1111/jep.12468. (Hentet: 10. april 2016).

Holm, S. og Notevarp, J.O. (2001) *Klinisk legemiddelhåndtering*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Høgskolen i Gjøvik (2015) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. Tilgjengelig fra: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (Hentet: 15 desember 2015).

Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv - ny forståelse*. Oslo: Gyldendal.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. og Donaldson, M.S. (2009) *To Err Is Human - Building a safer health system*. National Academy press. Washington, D.C.

Kristoffersen, N. J (2012a) *Sykepleier i organisasjon og samfunn*. I Kristoffersen, N. J, F. Nortvedt, E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal. s. 281-336

Kristoffersen, N. J. (2012b) *Sykepleie - kunnskap og kompetanse*. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt, E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal. s. 161-195.

Kvitrud, I. (2013) *Ny funksjon i legemiddelsutregnings-app*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2013/11/ny-funksjon-i-legemiddelsutregnings-app> (Hentet: 25.april 2016).

McTier, L., Botti, M. og Duke, M. (2013) 'Patient participation in medication safety during an acute care admission' *Health Expectations*, 18, s. 1744-1756. [Online] DOI: 10.1111/hex.12167 (Hentet: 26. januar 2016).

Nightingale, F. (1863) *Notes on hospital*. London, Longman, Green, Longman, Roberts, and Green.

Nordeng, H. (2010) *Grunnleggende kunnskap - hva er legemidler, og hvordan brukes de? I: Nordeng, H. og Spigset, O. (red.). Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal, s. 23-46.

Norsk pasientskadeerstatning (2016) *Årsrapport for 2015 er ute*. Tilgjengelig fra: <http://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/arsrapport-for-2015-er-ute/> (Hentet: 04. april 2016).

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (Hentet: 06. april 2016).

NSD Norsk senter for forskningsdata (2016) *Publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 21. april 2016).

Når ulykken først er ute (2016) Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/05/laerer-helsevesenet-etter-ha-feilet> (Hentet: 9. mai 2016).

Pasientsikkerhet. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet> (Hentet: 27. februar 2016).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2015a) *I trygge hender 24-7*. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Lær+om+programmet/i-trygge-hender-24-7> (Hentet: 26. februar 2016).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2015b) *I trygge hender 24-7. Strategi 2014-2018*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2dc3e411143d40258d48913ea80a9200/strategi_pasientsikkerhetsprogrammet_2014-2018.pdf?id=2287974 (Hentet: 10. mars 2016).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2016) *Samstemming av legemiddellister*. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsområder/samstemming-av-legemiddellister> (Hentet: 26. februar 2016).

Pico (2012) Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/> (Hentet: 21. april 2016).

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2012) *Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Reinertsen, H. og Notevarp, J.O. (2012) *Legemiddelregning*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Simonsen, B.O., Daehlin, G.K., Johansson, I. og Farup, P.G. (2014) 'Differences in medication knowledge and risk of errors between graduating nursing students and working registered nurses: comparative study', *BMC Health Services Research*. [Online] DOI: 10.1186/s12913-014-0580-7 (Hentet: 28. april 2016).

Simonsen, B.O., Johansson, I., Daehlin, G.K., Osvik, L.M. og P.G. Farup (2011). 'Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study', *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/1472-6963-11-175 (Hentet: 14. april 2016).

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten> (Hentet 05. april 2016).

Star, K., Nordin, K., Pöder, U. og Edwards, R. (2013) 'Challenges of safe medication practice in paediatric care – a nursing perspective', *Acta Paediatrica*, s. 532- 538. [Online] DOI: 10.1111/apa.12212 (Hentet: 11.april 2012).

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Xu, C., Li, G., Ye, N. og Lu, Y. (2014) 'An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study', *Journal of nursing management*, s. 286-294. [Online] DOI: 10.1111/jonm. 12231 (Hentet: 26. januar 2016).