

## Bacheloroppgave

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Anonym

# Pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering

Litteraturstudie

Antall ord: 6805

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2021



Anonym

# **Pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering**

Litteraturstudie

Antall ord: 6805

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## Bakgrunn

Avvik i legemiddelhåndteringsprosessen er et internasjonalt og nasjonalt problem som årlige fører til pasientskade og dødsfall. Sykepleiere er det siste profesjonelle leddet i prosessen som kan fange opp avvik. Organisasjonskulturen har betydning for hvordan sykepleierne håndterer legemidler og for hvordan organisasjonen lærer av avvik.

## Hensikt

Undersøke hvorvidt organisasjonskulturen i somatiske sykehus legger til rette for at sykepleieres legemiddelhåndtering kan utføres forsvarlig.

## Metode

Kvalitativ litteraturstudie med hermeneutisk innholdsanalyse av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

## Resultat

Tiltakene for å forhindre avvik og de antatte bakenforliggende årsakene var individorienterte. Sykepleiere skriver flest avviksrapporter. Det er likevel mange avvik som ikke rapporteres, men de fleste avvikene fører ikke til pasientskade. Forstyrrelser og avbrytelser var vanlig under sykepleiernes håndtering av legemidler.

## Konklusjon

Sykepleiere står ofte ovenfor vanskelige vurderinger i arbeidshverdagen som krever mye av sykepleierens evne til å vurdere. Små avvik fra det som er ansett som god praksis kan føre til pasientskade. Både sykepleiere og ledere må ha et systemfokus når det skal iverksettes tiltak for å ivareta pasientsikkerheten. Manglende kunnskap om avvikhåndtering generelt, og legemiddelavvik spesielt kan true forsvarligheten i tjenesten. Det gjør også ledelsens manglende involvering i læring av uønskede hendelser og inkludering av sykepleierne i beslutningsprosesser.

## Nøkkelord

Patient safety, organizational culture, medication error, adverse event, nursing

# Innhold

1. Introduksjon .....	5
1.1. Introduksjon til tema.....	5
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3. Bakgrunnskunnskap .....	6
1.4. Teori.....	8
1.4.1. Definisjoner.....	10
1.5. Hensikt og problemstilling .....	11
2. Metode.....	12
2.1. Beskrivelse av metode.....	12
2.2. Inklusjons-og eksklusjonskriterier .....	12
2.3. Søkestrategi .....	13
2.4. Utvelgelse av artikler.....	16
3. Resultater .....	17
3.1. Artikkelmatriise.....	17
3.2. Sentrale funn .....	25
4. Diskusjon.....	27
4.1. Implikasjoner for praksis.....	31
4.2. Metoderefleksjon .....	31
4.3. Konklusjon .....	32
Referanser .....	33

# Tabeller

Tabell 1 Søketablell .....	13
Tabell 2 Artikkelmatrise .....	17
Figur 1 Utvelgelse av artikler .....	16

# 1. Introduksjon

## 1.1. Introduksjon til tema

### **Pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering**

Siden antikken har ikke-skade-prinsippet vært sentralt i medisinsk etikk. Nordtvedt (2016, s. 97) sier at prinsippet om at pasienter ikke skal utsettes for unødvendig skade også skal beskytte mot dårlig praksis og feilbehandling. I årene etter andre verdenskrig var samfunnet preget av fremgang og optimisme, og det var lite fokus på sikkerheten til pasienten i deres møte med helsevesenet (Hjort, 2007). Den norske legen og forskeren Peter F. Hjort (1924-2011) (2007) skrev i boken *Uheldige hendelser i helsetjenesten* at pasientsikkerhet først ble satt på kartet med publiseringen av rapporten *To err is human* fra Institute of medicine (2000). Rapporten påsto at nesten hundre tusen amerikanere døde årlig som følge av dårlig praksis og feilbehandling i somatiske sykehus. Siden har arbeidet med pasientsikkerhet eskalert, og inspirasjon er hentet fra det systematiske sikkerhetsarbeidet i blant annet luftfartsindustrien, atomindustrien og petroleumsindustrien (Hjort, 2007; Kongsvik, 2013). I kjølvannet av den økte oppmerksomheten på pasientsikkerhet initierte Det norske Helse- og omsorgsdepartementet pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» (2011-2013). Kampanjens tre overordnede mål var å 1) redusere pasientskader, 2) bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og 3) forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Feilmedisinering er et globalt problem. Verdens Helseorganisasjons (WHO) (2017) kampanje «Medication without harm» har som mål å redusere unngåelige legemiddelrelaterte pasientskader med 50% innen 2022. De har anslått at legemiddelavvik utgjør en årlig kostnad på 42 milliarder USD på verdensbasis (World Health Organization, 2021). I Norge anslo Helsedirektoratet (2020) at 12,4% av sykehusoppholdene i 2019 medførte minst én pasientskade, målt med Global Trigger Tool (GTT). Den vanligste årsaken var skader relatert til legemidler. Det er usikkerhet knyttet til om pasientskadene var unngåelige eller ikke, men Helsedirektoratet viser til at man i Sverige har beregnet at halvparten av pasientskadene kunne vært unngått.

Som sisteskanse før legemidler gis til pasienten har sykepleiere et stort ansvar for at legemidlet som administreres er riktig. De har også en viktig rolle i organisasjonen som den som er nærmest pasienten, og derfor har kjennskap til hvilke situasjoner som innebærer stor risiko for legemiddelavvik. Organisasjonen bør dra nytte av denne kunnskapen, og sykepleieren bør ha kjennskap og forståelse for verdiene og kulturen i egen organisasjon (Orvik, 2015, s. 74).



## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Jeg begynte på sykepleierutdanningen i voksen alder. Tidligere har jeg flere års erfaring fra skipsfarten i Norge og utlandet, med arbeide rettet mot petroleumsindustrien. Sistnevnte er en næringen med høyt fokus på sikkerhet og som pasientsikkerhetsarbeidet, som nevnt tidligere, har hentet sin inspirasjon fra. Petroleumsindustrien har fått mye negativ oppmerksomhet som følge av ulykker med tap av mange menneskeliv. Et eksempel fra Norge er «Alexander Kielland»-ulykken i 1980 hvor 123 mennesker mistet livet. I årsrapporten for 2020 fra Petroleumstilsynet (2020, s. 36) går det frem at det var ingen ulykker som førte til dødsfall i 2019.

I mitt møte med helsevesenet, gjennom sykepleierutdanningen, ble jeg forundret over at det, i mine øyne, var svært få barrierer som skilte pasienter fra potensiell pasientskade i kontakten med helsevesenet. Jeg oppfattet at helsepersonell og sykepleiere spesielt, hadde et enormt individuelt ansvar for pasientenes liv og helse. Et ansvar som jeg mente i større grad burde ligge på organisasjonen og virksomheten. Dette ansvaret fikk jeg selv kjenne på da jeg etter ett års studie begynte som sommervikar med medisinsansvar. Ytterligere kjennskap til helsetjenesten har senere styrket min mistanke om at legemiddelhåndteringen ikke alltid er forsvarlig.

## 1.3. Bakgrunnskunnskap

### **Nasjonalt arbeid med pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» (2011-2013) ble fra 2019 til *Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet* i Helsedirektoratet. Siden 2014 har den norske Regjeringen lagt frem årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet. I den siste meldingen (Meld. St. 9 (2019–2020)) ble *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023* (Helsedirektoratet, 2019b) lansert. Handlingsplanen viderefører arbeidet med pasientsikkerhet, og har beholdt de samme tre overordnede målene fra den første kampanjen. I handlingsplanen er ett av de spesifiserte måltallene at antall sykehusopphold som medfører én pasientskade (målt med GTT) skal reduseres med 25% - til 10,3% innen utgangen av 2023. Tiltaksområdene i planen er firedele: 1) Forbedre ledelse og kultur, 2) Øke kompetanse, 3) Utvikle nasjonale satsninger og 4) etablere systemer og strukturer (Helsedirektoratet, 2019b, s. 15)

Norge er delt inn i 4 regionale helseforetak underlagt staten. De regionale helseforetakene har et eget styre og organiserer sine utførende virksomheter i underliggende helseforetak. Et sykehus er altså et helseforetak underlagt et regionalt helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet (2021) gir i forbindelse med fremleggningen av statsbudsjettet et oppdragsdokument til de regionale helseforetakene med krav og bestilling av oppgaver som skal utføres påfølgende år. For 2021 var ett av styringsmålene at kvalitet og pasientsikkerhet skulle bedres. Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for faglig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i Norge

(Helsetilsynsloven, 2017, §§ 3, 4). Statsforvalteren fører tilsyn i sitt fylke og kan påpeke pliktbrudd og veilede virksomheter og helsepersonell. Statens helsetilsyn kan gi administrative reaksjoner til helsepersonell og virksomheter med hjemmel i kapittel 11 i Helsepersonelloven (1999). I slike saker forbereder Statsforvalteren sakene for Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn, 2020).

Fram til 2019 hadde spesialisthelsetjenesten meldeplikt til Helsedirektoratet om hendelser som førte til- eller *kunne* ført til betydelig personskade, som følge av ytelse av helsetjenester, gjennom §3-3 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Meldingene ble sendt inn til *Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten* (heretter kalt meldeordningen). Den nasjonale ordningen mottok rundt 10.000 anonyme meldinger årlig. Basert på disse ble det utarbeidet læringsnotater og statistikk (Helsedirektoratet, 2019a). I meldeordningens årsrapport for 2017 (Helsedirektoratet, 2018b) fremkommer det at 17,3% av de innkomne meldingene omhandlet feil knyttet til legemiddelhåndteringen. Flesteparten av meldingene hadde sammenheng med utdeling av legemidler på sengepost. Flertallet av meldingene gikk på at legemidler ble gitt i feil dose, styrke eller frekvens. Over halvparten av disse meldingene ble innsendt av sykepleiere. Meldeordningen ble vedtatt avvirket av Stortinget i 2019. Varslingsplikten gjelder fortsatt, men nå til Statens helsetilsyn og Undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) (Helsedirektoratet, 2019a).

## **Sikkerhetsstyring**

Sikkerhet handler ifølge Kongsvik (2013, s. 13) helt grunnleggende om «trygghet mot farer som kan true noe som er verdifullt for oss [...]». I sykehus vil dette handle om flere ting, men først og fremst pasientene, pårørende og de ansatte. For å ivareta tryggheten til disse finnes det et høyt antall lover, forskrifter, retningslinjer og normer. Over årene har forståelsen av sikkerhet dreid fra å handle om menneskelige forhold til å i større grad handle om organisatoriske forhold. Samtidig er det også en teknologisk komponent inne i bildet. Dette samspillet beskrives ofte som *human engineering*, eller MTO (menneske, teknologi, organisasjon). Gjennom lovgivningen er sykehusene pliktig til å arbeide systematisk med å ivareta sikkerheten i sin virksomhet. Et element i dette er rapportering og analyser av uønskede hendelser (Kongsvik, 2013; Aase, 2018).

Riksrevisjonens (2016) gjennomgang av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser konkluderte med at helseforetakene i liten grad brukte informasjonen fra avviksmeldinger for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter. I tillegg fant de at uønskede hendelser ofte ble forklart med at enkeltpersoner hadde gjort feil eller glipper og advarte mot at dette kunne føre til at avvikssystemet kunne oppleves som et «angiversystem», og med det føre til en høyere terskel for å melde om uønskede hendelser. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) (2019) undersøkte om man kunne finne igjen pasientskader, som hadde fått medhold i at det forelå svikt i behandlingen, i helseforetakenes avvikssystem. 3 av 4 de regionale helseforetakene deltok i undersøkelsen, og saker fra perioden 2014-2017 ble undersøkt. Totalt var samsvarsandelen 33%, med variasjoner fra 0%-59%. Flere alvorlige saker ble ikke funnet igjen i helseforetakenes avvikssystem.

## 1.4. Teori

### **Sikkerhet: Safety I og Safety II**

Kongsvik (2013, s. 15-17) beskriver det tradisjonelle perspektivet på sikkert som fravær av risiko (Safety I). Her tas det sikte på å unngå at uønskede hendelser skjer gjennom å etablere *barrierer*. Barrierer kan også redusere konsekvensen dersom uønskede hendelser likevel skulle skje. Safety I innebærer en tanke om at uønskede hendelser er noe som oppstår som følge av en svikt. Gjennom opplæring og prosedyrer tar man sikte på at mennesker løser oppgaver likt, og dermed unngår variasjon i adferd, og derigjennom svikt. Et eksempel på en barriere kan være dobbeltkontrollen av legemidler: hvis sykepleier 1 ikke fanger opp at det er funnet frem feil legemiddel, kan sykepleier 2 avsløre «svikten» i dobbeltkontrollen.

Dette tradisjonelle perspektivet på sikkerhet har de senere årene fått kritikk for å ikke se på hvorfor det i de fleste tilfellene går bra. Forskere innen sikkerhet har påpekt at årsaken til at det som oftest går bra ikke er fordi mennesker gjør som de skal, men fordi de tilpasser sine handlinger til arbeidsforholdene (Hollnagel, Wears & Braithwaite, 2015, s. 4). Dette andre perspektivet, Safety II, ser altså på uheldige hendelser som noe naturlig forekommende og nesten unngåelig. Her tas det sikte på at mest mulig går bra, fremfor å hindre at noe går galt – ikke ulikt Antonovskys (1979) salutogene perspektivet på helse. Sikkerhet kan i safety II sees på som nærvær av organisatoriske egenskaper (Hollnagel et al., 2015; Kongsvik, 2013, s. 136-138). I det tidligere brukte eksempelet vil god opplæring, ryddig medisinerom og tilstrekkelig antall ansatte på jobb være faktorer som bidrar til at det i de fleste tilfellene blir funnet frem riktig legemiddel.

### **Avviksrapportering**

Den overordnede hensikten med avviksrapportering er å lære av erfaringer (Aase & Wiig, 2018, s. 102). Kongsvik (2013, s. 84) skriver at læring i organisasjoner kan forsås som «en endring i felles utviklede praksiser og rutiner». Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-4 a) fastslår helseforetakenes plikt til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) regulerer virksomhetenes plikt til å ha oversikt over- (§6g) og gjennomgå uønskede hendelser (§7) samt å rette opp uforsvarlige forhold (§8e). Som ledd i dette arbeidet har virksomhetene systemer for avviksrapportering hvor ansatte som er involvert i uønskede hendelser eller avvik fra normal aktivitet kan rapportere skriftlig til virksomheten – såkalte *avviksmeldinger* (Kongsvik, 2013; NOU 2015: 11). I 2013 nedsatte Regjeringen et utvalg (Arianson-utvalget) med mandat om å «foreta en bred utredning av hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd som kan få konsekvenser for pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten» (NOU 2015: 11, s. kap. 2.2). I sin utredningen var utvalget tydelig på at man for å forstå- og lære av uønskede hendelser, må se på hendelsene i et system-perspektiv.

### **Uønsket hendelse og nestenhendelser**

Uønskede hendelser defineres av Helsedirektoratet (2016, s. 65) som: «hendelser eller situasjoner som er utilsiktet og som enten har ført til eller kunne ha ført til en

personskade, materielle skader eller andre skader på virksomheten». Nestenhendelse blir følgelig da en «uønsket hendelse som under noen endrede vilkår kunne medført skade» (Helsedirektoratet, 2021a)

Arianson-utvalget (NOU 2015: 11, s. kap. 3.4) påpeker at disse begrepene i legemiddelsammenheng ikke alltid i klartekst skiller mellom prosessen (håndteringen av legemidlene), resultatet (pasientskaden) eller omkringliggende forhold (struktur, organisering), så dette må beskrives i hvert tilfelle.

### **Pasientskade og pasientsikkerhet**

En pasientskade er definert som en «utilsiktet skade som har oppstått som et resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang» (Helsedirektoratet, 2021b, kap. 8)

Pasientsikkerhet er av Helsedirektoratet (2021b, kap. 8) definert som: «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser».

Pasientsikkerhetsbegrepet kan med bakgrunn i disse definisjonene, og beskrivelsen av sikkerhetsbegrepet tidligere i kapitlet, forstås å ha som mål å unngå pasientskade gjennom etablering av barrierer, eliminering av risiko og sikre nærvær av organisatoriske egenskaper som skaper en helsetjeneste med høy kvalitet.

I denne oppgaven velger jeg å ikke gå nærmere inn på kvalitetsbegrepet.

### **Organisasjonskultur**

Ifølge (Orvik, 2015, s. 40-42) er en *organisasjon* et komplekst, sosialt system, bevisst konstruert for å løse oppgaver en virksomhet har ansvaret for, som blir formet gjennom menneskelig interaksjon og er i kontinuerlig endring for å tilpasse seg forandringer - for å kunne påvirke omgivelsene. Ingstad (2016, s. 141) sier at: «sosiale systemer består av personer som er i et samspill med hverandre i en viss hensikt, og med forholdsvis tydelig avgrensning mot det øvrig sosiale liv.». Kulturbegrepet kan i følge Guldenmund deles inn i a) verdier og holdninger, b) grunnleggende antakelser og forståelse og c) artefakter, hvor a) er grunnmuren i kulturen (Guldenmund, 2000 i Haugen & Storm, 2018, s. 79-80).

Det finnes mange ulike definisjoner av begrepet organisasjonskultur, og det lar seg vanskelig definere helt konkret (Sagberg, 2020, 05. november). En definisjon er: «... de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben.» (Bang, 2013, 326 f. i Orvik, 2015, s. 59). En mer lettfattelig forståelse er «måten vi gjør ting på hos oss» (Deal & Kennedy i Orvik, 2015, s. 59). Organisasjonskulturens innhold er verdier, holdninger og forståelser som delvis vil komme til uttrykk gjennom, blant andre, sykepleiernes adferd og arbeidsprosesser. Adferden og organisasjonskulturen vil ha gjensidig påvirkning på hverandre, men man kan ikke si at den ene automatisk fører til den andre. Grunnmuren i en organisasjonskultur forutsetter at alle

organisasjonsmedlemmene har et sett av felles verdier og grunnholdninger (Orvik, 2015, s. 60-61). I tillegg til en overordnet organisasjonskultur, kan det eksistere sub-kulturer og flere ulike kulturer og sub-kulturer ved siden av hverandre, og med flytende skiller, innad i en organisasjon (Sagberg, 2020, 05. november)

### **Forsvarlighet**

Forsvarlighetskravet er i spesialisthelsetjenesten hjemlet i både helsepersonelloven (1999, s. §4, §16) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999, s. §2-2), og stiller krav til både helsepersonell og virksomheter. Norsk sykepleierforbund (Norsk Sykepleierforbund, 2021a) sier om faglig forsvarlighet i sykepleie at det «er det vi til daglig kaller god praksis». I utredningen fra Arianson-utvalget (NOU 2015: 11, s. kap. 3.3.3) tilføyes det at «grensen for forsvarlighet kan i noen sammenhenger ligge lavere [...]» og de sier videre at det først blir uforsvarlig når «[...] avvik fra god praksis [...] utgjør en risiko eller fare for pasienten». Utvalget presiser i samme kapittel at begrepet er dynamisk og må følge samfunnets verdier og normer og deres endring over tid, samt følge utviklingen av ny kunnskap og teknologi.

### **Sykepleierens funksjonsområde**

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) §6b sier at kandidaten (sykepleierstudenten) skal kunne «[...] gjennomføre forsvarlig legemiddelhåndtering[...]» og [...] kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk [...]. §4h i samme forskrift nevner også «[...] bred kunnskap om farmakologi [...]. Når sykepleierne administrer legemidler har de ansvaret for at « riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte» slik det står i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008, §7). Sykehusene skal legge til rette for at de kan oppfylle denne plikten (Helsepersonelloven, 1999, §16; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2).

#### **1.4.1. Definisjoner**

##### **Legemidler**

«[...] stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom.» (Legemiddeloven, 1992, §2)

##### **Legemiddelhåndtering**

«Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert.» (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §3 e)

## **Legemiddelavvik**

Avvik fra god praksis i legemiddelhåndteringsprosessen.

## **1.5. Hensikt og problemstilling**

I det følgende har jeg valgt å ta utgangspunkt i redaktør i Sykepleien Forskning, Edith Roth Gjevjon (2019), sin artikkel om forståelse av begreper i vitenskapelig metode.

### **Problemstilling**

Årlig oppstår det uønskede hendelser i forbindelse med administrering av legemidler til inneliggende pasienter i somatiske sykehus som fører til død, pasientskade og konsekvenser for involvert helsepersonell. Sykepleiere har som sisteskansje i legemiddelhåndteringsprosessen et stort ansvar for å ivareta pasientsikkerheten. Årsakene til de uønskede hendelsene er komplekse og må sees i et systemperspektiv for å kunne bidra til læring. Organisasjonskulturen, og verdiene og holdningene den er basert på, danner grunnlaget for sykepleiernes adferd i legemiddelhåndteringsprosessen.

### **Hensikt**

Undersøke hvorvidt organisasjonskulturen i somatiske sykehus legger til rette for at sykepleieres legemiddelhåndtering kan utføres forsvarlig.

### **Forskningsspørsmål**

- 1) Hvordan er kulturen for å rapportere om uønskede hendelser?
- 2) Hvilke prioriteringer gjør sykepleiere ved håndtering av legemidler og hvilke implikasjoner har disse for pasientsikkerheten?

### **Mål**

Målet er å a) øke bevisstheten rundt pasientsikkerhet og legemiddelhåndtering i sykehus og b) øke forståelse blant sykepleiere og ledere for at deres individuelle i rolle i organisasjonen må sees i sammenheng med organisasjonen som helhet.

## 2. Metode

### 2.1. Beskrivelse av metode

For å studere en kultur er det i sosialantropologisk tradisjon vanlig med feltstudier (Ingstad, 2016, s. 19). Siden dette ikke var mulig for denne oppgaven, gjorde jeg et bevisst valg om å inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. En finsk studie fra Härkänen, Turunen & Vehviläinen-Julkunen (2020) konkluderte med at man best kunne avdekke avvik i legemiddelhåndteringsprosessen gjennom kombinasjon av ulike metoder. I studien sammenlignet de data innhentet gjennom avviksrapporter, observasjoner og journalgjennomganger. Med slik metodetriangulering integreres kvalitative og kvantitative data med formål om å kunne fortolke fenomener fra ulike synsvinkler og synspunkter. Metodetriangulering kan derfor være egnet for å utvide forståelsen for kulturbegrepet og profesjonsforskning (Andersen, 2017).

På grunn av mine erfaringer og fordommer, har jeg valgt en hermeneutisk tilnærming til problemstillingen. Thornquist (2018, s. 170-190) skriver om hvordan man i hermeneutikken forsøker å forstå og fortolke, og finne fremgangsmåter som leder til nettopp forståelse og fortolkning. Hermeneutikkens utgangspunkt var religiøse tekster og lovtekster, men over tid har tenkningen utviklet seg til også å inkludere blant annet menneskelige aktiviteter og kulturelle uttrykk. Gadamer (1960 i Thornquist, 2018, s. 193) beskrev hvordan mennesket legger sine fordommer til grunn for sin forståelse og fortolkning, at vi alle har fordommer bygget på våre levde liv og erfaringer, og at vår forståelse derfor aldri vil være uten forutsetninger. En del av disse fordommene er vi bevisste, andre ligger skjult i våre oppfatninger og holdninger (Thornquist, 2018, s. 23). I min tolkning av de inkluderte studiene legger jeg ikke bare min egen forforståelse til grunn, men også forforståelsen til forfatterne og informantene i de inkluderte studiene. Jeg vil i oppgaven altså ikke påberope meg en objektiv sannhet, men formidle min fortolkning av de resultater andre før meg har kommet frem.

### 2.2. Inklusjons-og eksklusjonskriterier

Etter flere innledende ustrukturerte søk for få oversikt over temaet, tegnet det seg et bilde av at hovedandelen av forskningen de senere årene hadde vært rettet mot kommunehelsetjenesten. De fleste nyere forskningsartiklene fra norsk spesialisthelsetjeneste var fra operasjons- og intensivavdelinger. Valget falt derfor på å søke etter artikler fra Norden. Siden jeg primært ønsket å se på norske forhold, ble studier fra Norge gitt prioritet. Som krav måtte artiklene være fagfellevurdert og på norsk eller engelsk språk. Et annet kriterium var at de inkluderte artiklene sett under ett måtte ha flere ulike metodiske tilnærminger, uten at jeg la føringer på hvilke metoder jeg ønsket å inkludere – mangfoldet i seg selv var et overordnet kriterium. Fordi kulturen er dynamisk og i stadig endring måtte artiklene være fra de siste 10 årene. Artikler som hadde utgangspunkt i kommunehelsetjenesten eller var fra land utenfor Norden ble ekskludert.

## 2.3. Søkestrategi

For å besvare problemstillingen valgte jeg å søke i databasene Pubmed/Medline, CINAHL, Sykepleien Forskning og Idunn. Idunn ble tidlig ekskludert fordi det var få treff med lav relevans. I de strukturerte søkene ble det brukt søkeord relevant for problemstillingen bundet sammen med *boolske operatører* (AND, OR, NOT). På noen søkeord ble det benyttet trunkering (\*) for å få treff på ulike endinger av ordstammen. Søket gjengis i detalj i tabell 1. Merk at tallet i parentes i høyre kolonne representerer artikler hvor sammendraget ble lest. Artikkel C er ikke å finne fordi den ble ekskludert etter nøye overveielse etter at søkeprosessen var avsluttet. Se for øvrig figurativ fremstilling av utvelgelsesprosessen i figur 1, side 16.

**Tabell 1 Søketablell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
<b>PubMed/ Medline</b>	06.05	S1	(adverse event or incident) and (norway or norwegian) and (hospital or inpatient)		36484	
		S2	(adverse event or incident) and (norway or norwegian) and (hospital or inpatient)		19006	
		S3	(adverse event or incident) and (medication error) and (hospital or inpatient) and (norway or norwegian)	10 år	28	(11*) 3 <b>(A, B, H)</b>
<b>PubMed/ Medline</b>	06.05	S1	safety and (culture or climate or attitude) and (hospital or ward) and (norway or sweden or denmark or iceland or finland or nordic)		1295	
		S2	S1 AND (medication or drug) AND nurs*	10 år	178	
		S3	S2 AND (error or incident or adverse)	10 år	91	(20*) 3 <b>(D, E, C)</b>

\* Sammendrag lest



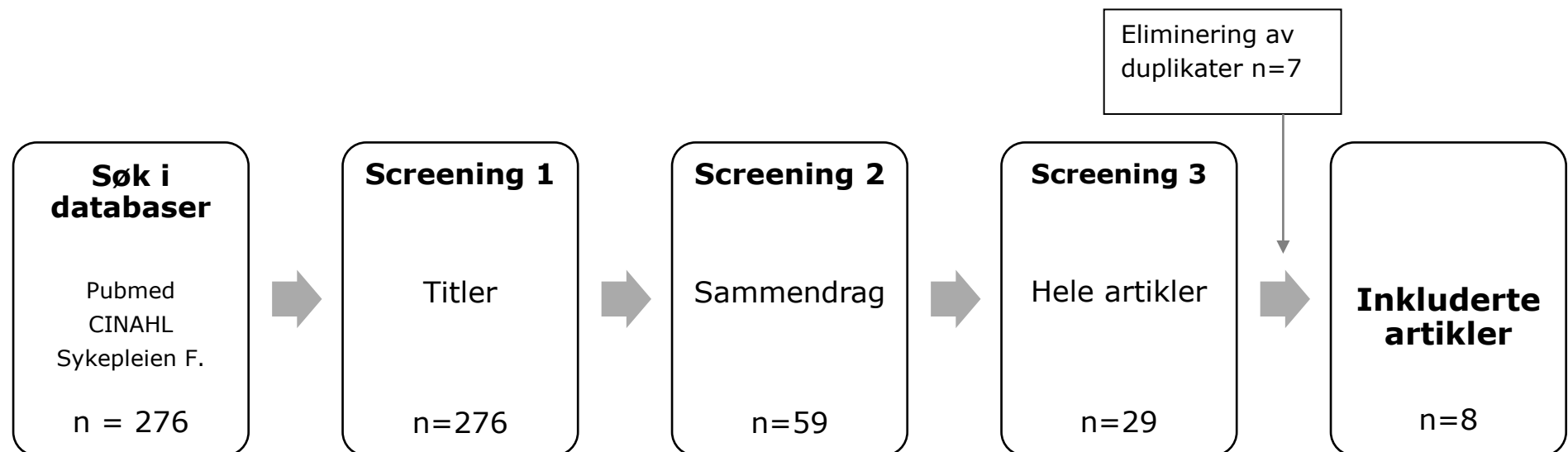
<b>CINAHL</b>	06.05	S1	(adverse event or incident) and (medication error) and (hospital or inpatient) and (norway or norwegian)		1	
		S2	( medication error or drug error or adverse events ) AND ( norway or norwegian )	10 år	174	
		S3	report	10 år	355,746	
		S4	S2 and S3	10 år	31	(6*) ingen.
<b>CINAHL</b>	06.05	S1	( safety culture or safety climate or attitude ) AND ( hospital or acute setting or inpatient or ward )		49072	
		S2	Nurs*		912264	
		S3	(Medication or drug) AND error		24879	
		S4	Norway OR sweden OR denmark or Finland or Iceland or nordic		87607	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	10 år Peer reviewed	12	(5*) 2 ( <b>D, E</b> )
<b>CINAHL</b>	07.05	S6	( medication or medicine or drug ) AND ( administration or rounds ) AND ( norway or norwegian ) AND nurs*	10 år Peer reviewed	73	
		S7	( medication or medicine or drug ) AND ( administration or rounds ) AND ( norway or norwegian ) AND nurs * NOT (nursing home)	10 år Peer reviewed	32	(6*) 1 ( <b>G</b> )
<b>Sykepleien forskning</b>	06. 05	S1	Pasientsikkerhet	10 år	82	(11*) 1 ( <b>F</b> )

\* Sammendrag lest

- A) Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E., & Gerd Granas, A. (2020). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European journal of hospital pharmacy : science and practice*, ejhpharm-2020-002298. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002298>
- B) Skeie, H., Nordlund, R., Slørdal, L., & Spigset, O. (2021). Legemiddelavvik hos pasienter innlagt i sykehus [Medication errors in hospitalised patients]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 141(5), 10.4045/tidsskr.20.0664. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0664>
- C) Härkänen, M., Ahonen, J., Kervinen, M., Turunen, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication record reviews. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 297–306. <https://doi.org/10.1111/scs.12163>
- D) Härkänen, M., Blignaut, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Focus group discussions of registered nurses' perceptions of challenges in the medication administration process. *Nursing & health sciences*, 20(4), 431–437. <https://doi.org/10.1111/nhs.12432>
- E) Härkänen, M., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Using incident reports to inform the prevention of medication administration errors. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3486–3499. <https://doi.org/10.1111/jocn.13713>
- F) Korsvold, L. A. & Thomassen, O. J. (2018). Tiltak for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø er ofte individrettet. *Sykepleien Forskning*, ( 13(71109)(e-71109)). <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2018.71109>
- G) Alteren, J., Hermstad, M., White, J., & Jordan, S. (2018). Conflicting priorities: Observation of medicine administration. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3613–3621. <https://doi.org/10.1111/jocn.14518>
- H) Waaseth, M., Ademi, A., Fredheim, M., Antonsen, M. A., Brox, N., & Lehnbo, E. C. (2019). Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital. *Studies in health technology and informatics*, 265, 107–112. <https://doi.org/10.3233/SHTI190147>

## 2.4. Utvelgelse av artikler

I alt ble 276 titler lest (screening 1) hvorav 59 ble sett som relevante for problemstillingen. Etter å ha lest sammendragene fra disse (screening 2), ble 29 artikler tatt med videre. 7 av disse var duplikater og ble ekskludert. Dette kunne med fordel blitt utført tidligere i søkeprosessen, men ble utsatt av praktiske hensyn. De 22 gjenstående artiklene ble lest i sin helhet (screening 3), og 8 ble inkludert basert på inklusjonskriterier og relevans. Artiklene ble funnet i 3 databaser: PubMed, Cinahl og Sykepleien Forskning, hvorav noen ble funnet i flere av nevnte databaser. Utvalget inkluderer metodiske tilnæringer som intervju, observasjoner, journalgjennomganger og kvantitative systematiseringer.



**Figur 1 Utvelgelse av artikler**

## 3. Resultater

### 3.1. Artikkelmatrise

**Tabell 2 Artikkelmatrise**

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Mulac, A. et al.(2020). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. <i>European journal of hospital pharmacy : science and practice</i> , ejhpharm-2020-002298.	Beskrive frekvens, steg i legemiddelhåndterings prosessen og type legemiddelavvik i norske sykehus basert på avviksmeldinger innsendt meldeordningen med alvorlig og fatalt utfall.	Kvantitativ metode med gjennomgang av 3557 legemiddelavvik innrapportert til den norske meldeordningen i 2016-2017. Avvikene ble klassifisert etter avvikstype, trinn i legemiddelhåndteringsprosessen, terapeutisk område og grad av skade.	Flest avvik skjedde i administreringsfasen (68%) og de vanligste avvikene er feil dose/styrke/frekvens (38%), utelatelser/omisjon (23%) og feil legemiddel (15%). Rapportør var hovedsakelig sykepleiere (62%). Andre var leger (11%) og ukjent (16,7%). Ved Alvorlige og fatale avvik var fordelingen leger (42%) og sykepleiere (24%). Vanligste legemiddelgruppe involvert var analgetika, antibiotika og antitrombotika. Analgetika og antitrombotika var mest assosiert med dødsfall. Antitrombotika var mest assosiert med alvorlig skade og involvert i 25% av dødsfallene 62% av rapportene medførte pasientskade, herunder alvorlig skade (5,2%) og død (n=27/0,8%). 50% av avvikene var relatert til eldre over 65 år.	Studien gir kvantitativ informasjon om hvem som rapporterer, hvilke feil som rapporteres og konsekvenser for pasienten. Dette sier noe om rapporteringskulturen og hvilke situasjoner som innebærer økt risiko.

<p>B) Skeie, H., et al. (2021). Legemiddelavvik hos pasienter innlagt i sykehus. <i>Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række</i>, 141(5), 10.4045/tidsskr.20.0664.</p>	<p>Systematiske og analysere alle legemiddelavvik innmeldt til St. Olavs hospitals interne system, analysere resultatene og sammenligne med tilsvarende undersøkelse fra perioden 2002-2006.</p>	<p>Kvantitativ metode. Systematisk gjennomgang av alle (n=1604) innrapporterte legemiddelavvik ved St. Olavs Hospital i perioden 2015-2017. Funnene ble sammenliknet med liknende studie fra perioden 2002-2006.</p>	<p>De vanligste avvikene var doseringsavvik (67%), annet legemiddel enn ordinert (11%) og administreringsavvik (9%) [ikke det samme som <i>fasen</i> administrering]. I 5% av avvikene ble legemiddelet gitt til en annen pasient. Rapportører var sykepleiere (79%), kvalitetsrådgivere (7%), leger (4%) og andre (10%). De fleste legemiddelavvikene var klassifisert med ingen eller lav alvorlighetsgrad (97%).</p> <p>Et utvalg av rapporterte årsaker til avvik var: Uoppmerksomhet, forglemmelse (15%), stress, travelhet (12%), Rutine/prosedyre ikke fulgt (5%), Manglende utført dobbeltkontroll (4%)</p> <p>sammenliknet med studie gjort i 2002-2006 var antall meldinger fordoblet. Fordelingen for øvrig var lik mellom type og årsaker.</p>	<p>Studien gir kvantitativ informasjon om hvem som rapporterer, hvilke feil som rapporteres og konsekvenser for pasienten. Dette sier noe om rapporteringskulturen og hvilke situasjoner som innebærer økt risiko.</p> <p>Skiller seg fra Mulac et al. (2020) ved å være hentet fra ett sykehus sitt interne avvikssystem. Her er også avvik med lav alvorlighetsgrad inkludert.</p>
--	--	--	--	--

<p>C) Härkänen, M. et al. (2015). The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication record reviews. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>, 29(2), 297–306.</p>	<p>Beskrive frekvens, type og alvorlighet av observerte legemiddelavvik hos pasienter inneliggende i medisinske og kirurgiske avdelinger samt se på faktorer som er forbundet med disse.</p>	<p>kvantitativ tverrsnittsstudie med direkte observasjoner og journalgjennomgang.</p> <p>32 tilfeldig valgte sykepleiere ved to medisinske og to kirurgiske avdelinger på et finsk universitetssykehus ble observert da de administrerte 1058 legemidler til 122 pasienter. Etterpå ble funnene sammenlignet med journalnotater og medisinlister.</p>	<p>Legemiddelavvik ble observert i 22,5% av tilfellene, hvorav 63% i administrasjonsfasen. De fleste avvikene skyldes uriktig administrasjonsteknikk (hastighet, frekvens, utelatelse/omission). 24% av avvikene ble fanget opp før utdeling til pasient. 21% førte til økt tilsyn og 0,4% førte til forlenget opphold.</p> <p>Legemidlet ble overlatt til pasienten i 59% av episodene uten det ble fulgt opp om pasienten tok legemidlet. Legemidler ble også satt igjen uten at pasienten var til stede, eller ble satt igjen til pasienter som ikke greide å innta legemidlet uten hjelp.</p> <p>Forstyrrelser (flere personer på medisinrom, støy, travle omgivelser) ble observert gjennomsnittlig 1,83 ganger per administrering.</p> <p>Faktorer forbundet med signifikant økt risiko for avvik: Dagvakt, økt antall legemidler, økt antall behovsmedisiner, legemidler som skulle administreres til irregulære tidspunkter, travle omgivelser.</p> <p>Faktorer forbundet med redusert risiko for avvik: orale legemidler, dobbeltkontroll, flere personer på medisinrommet samtidig.</p>	<p>Gir informasjon om forekomsten av legemiddelavvik gjennom observasjon og konsekvensen av avvikene.</p> <p>Viser også utfordringer forbundet med legemiddelhåndteringen og ser på faktorer som er forbundet med økt/reduert risiko.</p>
---	--	---	---	---

<p>D) Härkänen, M et al. (2018). Focus group discussions of registered nurses' perceptions of challenges in the medication administration process. <i>Nursing &amp; health sciences</i>, 20(4), 431-437.</p>	<p>Beskrive sykepleieres oppfatninger av utfordringer ved legemiddelhåndterings prosessen</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv studie med fokusgruppeintervju med 20 sykepleiere på fire medisinske avdelinger ved to ulike sykehus i Finland. På to av avdelingene hadde farmasøyter ansvar for distribuering og dispensering av legemidler på dagtid i ukedagene.</p> <p>Semi-strukturerte intervju i 6 fokusgrupper med 2-4 sykepleiere. Det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert, og innholdet analysert.</p>	<p>Stadig endring i legemidler, ofte til legemidler med likt utseende og navn (LASA: look-alike and sound-alike) førte til usikkerhet og risiko.</p> <p>Det manglet systemer for å sikre utdelingen av legemidler som skulle administreres utenom vanlige tider. Informantene syntes de manglet kompetanse om legemidler, farmakologi og legemiddelhåndtering, men farmasøyt på avdelingen førte til at sykepleierne følte deres ferdigheter ble redusert.</p> <p>Mange pasienter per sykepleier, uerfarne kollegaer og mange legemidler som skulle administreres samtidig førte til tidspress.</p> <p>Forstyrrelser (spesielt fra andre pasienter) førte til tap av konsentrasjon og økt risiko for feil.</p> <p>Pasienter som ikke aktiv deltok i legemiddelhåndtering var utfordrende. For eksempel at de nektet å ta legemidlene, hadde vansker med å ta de eller ikke kunne verifisere at legemidlet var riktig.</p>	<p>Viser at legemiddeladministrering er kompleks, utfordrende og heterogen og antyder at organisasjonen ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn for dette.</p>
--	---	---	---	---

<p>E) Härkänen, M. et al. (2017). Using incident reports to inform the prevention of medication administration errors, <i>Journal of clinical nursing</i>, 26(21-22), 3486-3499.</p>	<p>Hensikt: Beskrive måter å forhindre legemiddelavvik på basert på forslag i avviksrapporter om leggemiddelhandtering .</p>	<p>Metodetriangulering (<i>mixed method</i>): bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ deskriptiv studie med induktiv innholdsanalyse av avviksrapporter (n=1012) om legemiddelavvik fra to sykehus i Finland.</p>	<p>Den kvantitative delen gir informasjon om hvem som rapporterer avvik: Sykepleiere (76%) annet pleiepersonell (12%), farmasøyter (6%), leger (2%).</p> <p>infusjoner, injeksjoner var mest forbundet med avvik, etterfulgt av multiple legemidler og orale legemidler. Antibiotika, opioider og antitrombotiske midler var de vanligste legemiddelgruppene.</p> <p>I den kvalitative delene ble forfatterne av avviksrapportenes syn på hvordan avvik kunne unngås delt inn i 3 hovedkategorier og tilhørende underkategorier. Individuelle tiltak var beskrevet i flertallet av rapportene, herunder økt nøyaktighet og presisjon, bedre kontroll/dobbelkontroll og å følge retningslinjer/prosedyrer.</p> <p>Av organisatoriske faktorer var et arbeidsmiljø med lite forstyrrelser og tidspress ansett som viktig. Det var også tilstrekkelig bemanning, opplæring og kjennskap til arbeidet.</p> <p>Teambaserte faktorer fremhevet var tydelig kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell, andre avdelinger og pasient. Tydelig merking av legemidler og god dokumentasjon</p>	<p>Den kvantitative delen gir kvantitativ informasjon om hvem som rapporterer, hvilke feil som rapporteres og konsekvenser for pasienten. Dette sier noe om rapporteringskulturen og hvilke situasjoner som innebærer økt risiko kan og kan vise likheter/forskjeller mellom Finland og Norge.</p> <p>Artikkelen viser hva rapportørene ser på som tiltak som kan hindre legemiddelavvik.</p> <p>Siden 76% av forfatterne er sykepleiere kan man anta at funnet om et generelt individuelt rettet fokus er overførbart.</p>
--	--	---	--	---



<p>F) Korsvold, L. A. et al. (2018). Tiltak for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø er ofte individrettet. <i>Sykepleien Forskning</i>, (13(71109)(e-71109)).</p>	<p>utforske sykepleieres psykososiale arbeidsmiljøutfordringer og kritisk diskutere systemer for psykososialt arbeidsmiljø, som arbeidsmiljøtiltak, opp mot et «settingperspektiv».</p> <p>Forskningsspørsmål:  1) Hvordan opplever sykepleierne at sykehuset jobber med psykososiale arbeidsmiljøutfordringer?  2) Hvilke muligheter har sykepleierne til å komme til orde om psykososiale arbeidsmiljøutfordringer på sykehuset?</p>	<p>Kvalitativ metode.  Tre semi-strukturert fokusgruppeintervju av 12 tilfeldig utvalgte sykepleiere ved én medisinsk og to kirurgiske avdelinger ved et norsk universitetssykehus</p>	<p><u>Avviksrapportering</u>  Få avvik skrives på grunn av manglende tilbakemelding og endring, og tidspress. Dette førte til lav tillitt til avvikssystemet  Sykepleierne hadde likevel dårlig samvittighet for at de skrev for få avvik</p> <p><u>Kvantitativ kartlegging og HMS-tiltak</u>  Medarbeiderundersøkelse bidro ikke til forbedring i arbeidsmiljøet og det var usikkert om undersøkelsen var egnet til å fange opp arbeidsmiljøutfordringer  Tiltak for bedring av arbeidsmiljøet var individrettet</p> <p><u>Personaloppfølging</u>  Informantene så det som viktig å bli involvert i beslutningsprosesser, ha innsikt i ledelsens arbeidsprosess, ha en god dialog med ledelsen og å bli verdsatt. De opplevde å ha få muligheter til uttale seg om arbeidsmiljøet og at ting stoppet ved seksjonssykepleieren, men ikke at dette nødvendigvis var hennes feil.</p>	<p>Artikkelen sier ingenting om legemidler og legemiddelhåndtering, men den ansees likevel som relevant fordi den tar opp temaet avviksrapportering, og personaloppfølging og arbeidsmiljø er nært knyttet til organisasjonskulturen.</p>
--	--	--	---	---

<p>G) Alteren, J. et al. (2018). Conflicting priorities: Observation of medicine administration <i>Journal of clinical nursing</i>, 27(19-20), 3613-3621</p>	<p>Hensikt: Identifisere årsaker til avbrytelser og forstyrrelser under sykepleieres administrering av legemidler på kirurgiske og medisinske avdelinger.</p>	<p>Kvalitativ metode. Strukturert Observasjonsstudier av 351 episoder av legemiddeladministrering ved tre norske sykehus på Helgeland. 32 sykepleiere ble observert (55% av arbeidsstyrken) på to kirurgiske- (22 og 17 pasienter) og én medisinsk avdeling (17 pasienter). En sykepleier hadde medisinansvar for 10 pasienter.</p>	<p>Forstyrrelser og avbrytelser var vanlig og uunngåelig, men antallet er trolig reduserbart.</p> <p>Det var vanlige at datainnsamling, kliniske observasjoner og utveksling av informasjon om behandlingsforløp mellom pasient og annet helsepersonell ble utført simultant med utdelingen av legemidler</p> <p>75,2% av legemiddeladministreringene ble avbrutt for å utføre en annen oppgave. Hovedsakelig av sykepleiere (41,6%) eller andre helsearbeidere (23,6%) Over 1/3 av sykepleierne som administrerte legemidler var <i>selv</i> årsaken til avbrytelsen.</p> <p>Avbrytelser forekom oftere ved klargjøring av intravenøse legemidler, hovedsakelig antibiotika, enn ved klargjøring av andre legemidler.</p> <p>Legemidlet ble forlatt på nattbordet i 66% av episodene og forstyrrelser og økte forekomsten. Legemidlet ble verifisert med pasienten i 40% av episodene.</p>	<p>Gir informasjon om hvordan sykepleiere prioriterer arbeidsoppgaver og hvilke utfordringer de møter.</p>
--	---	---	---	--

<p>H) Waaseth, M. et al (2019). Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital. <i>Studies in health technology and informatics</i>, 265, 107–112.</p>	<p>Hensikt: identifisere barrierer mot rapportering av uheldige hendelser vedrørende legemidler i et sykehus og beskrive helsepersonells syn på sikkerhetskulturen</p>	<p>Kvalitativ. Semi-strukturert intervju av 7 strategisk utvalgte informanter herunder leger (2), sykepleiere (4), farmasøyt (1), ansatt, som representerte 3 ulike avdelinger ved Universtitssykehuse huset Nord-Norge (UNN).</p>	<p>Informantene oppga at de sjelden skrev avvik. Tidspress førte til at det ikke var tid til å skrive avvik. Avvikssystemet var lite intuitivt og det manglet opplæring. Informantene var usikre på hva som skulle rapporteres som legemiddelavvik. Legemiddelavvik som ikke nådde eller fikk konsekvenser for pasienten ble i all hovedsak ikke rapportert.</p> <p>kulturen for avviksrapportering var bedre blant sykepleierne enn legene. Legene så ikke læringspotensialet i rapportene. Legene og noen av sykepleieren assosierte rapportering med varsling.</p> <p>Legene og noen av sykepleierne mente det manglet engasjement fra ledelsen rundt avviksrapportering. Flere informanter hadde erfart manglende støtte og oppfølging fra ledelsen når uheldige hendelser skjedde. De oppga også manglende tilbakemelding på avviksrapporter som ble skrevet, eller var kritiske til kvaliteten på tilbakemeldingen.</p>	<p>Studien er liten og representerer bare ett sykehus, men informantene representerer flere yrkesgrupper og ulike avdelinger.</p> <p>Mye av informasjonen som kommer frem bekrefter situasjonen som er beskrevet i introduksjonskapitlet.</p>
--	--	--	---	---

## 3.2. Sentrale funn

### **Risikosituasjoner**

De fleste avvikene skjedde i administrasjonsfasen (Härkänen, Ahonen, Kervinen, Turunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015; Mulac, Taxis, Hagesaether & Granas, 2020; Skeie, Nordlund, Slørdal & Spigset, 2021). Flertallet av avvikene omhandlet feil dose, styrke eller frekvens (Mulac et al., 2020; Skeie et al., 2021). Antibiotika, analgetika og spesielt antitrombotiske midler var assosiert med flest *alvorlige* hendelser (Härkänen, Saano & Vehviläinen-Julkunen, 2017; Mulac et al., 2020; Skeie et al., 2021).

### **Avvikene førte som oftest ikke til alvorlig pasientskade**

62% av hendelsene og nestenhendelsene i studien av rapportene i meldeordningen medførte pasientskade. Av disse var 0,8% (n=27) klassifisert som fatale. I avvikrapportene fra St. Olavs Hospital var 42% av rapportene gradert med alvorlighetsgraden «lav» eller høyere (Skeie et al., 2021). Forskjellen mellom alvorlighetsgradene i funnene til Mulac et al. (2020) og Skeie et al. (2021) har bakgrunn i at kun hendelser- og nestenhendelser som førte til- eller kunne ført betydelig personskade skulle innrapporteres til meldeordningen. I avvikssystemet til St. Olavs Hospital er det en lavere terskel for rapportering, og derfor vil andelen av avvik med lav alvorlighetsgrad være høyere.

### **Sykepleiere rapporterer flest avvik, men mange avvik rapporteres ikke**

Skeie og medarbeidere (2021) fant at antallet legemiddelavvik innrapportert til sykehusets avvikssystem hadde tilnærmet fordoblet seg i løpet av en tidsperiode på nesten 15 år. 68-79% av legemiddelavvikene ble rapportert av sykepleiere (Härkänen et al., 2017; Mulac et al., 2020; Skeie et al., 2021).

Avvik ble observert i nesten 1/4 av episodene med legemiddelhåndtering i studien til Härkänen, Ahonen, Kervinen, Turunen & Vehviläinen-Julkunen, (2015). 3/4 av avvikene ble ikke avdekket før legemidlet ble utlevert pasienten. Tidspress og manglende tilbakemelding førte til at sykepleierne ikke prioriterte å rapportere avvik. Flere informanter var tvilende til at å skrive avvik bidro til læring (Korsvold & Thomassen, 2018; Waaseth et al., 2019). Avvik som ikke nådde- eller fikk konsekvenser for pasienten ble i hovedsak ikke rapportert (Waaseth et al., 2019).

### **Konklusjonen om årsakene til avvik og tiltakene for å unngå de var ofte individorienterte**

I studien til Härkänen et al. (2017) fant forfatterne at i 535 av 862 avvikrappporter (62%) beskrev rapportørene hvordan legemiddelavvik kunne vært unngått ved at *individer* hadde opptrådt annerledes: de kunne vært mer nøyaktig og presis når de kontrollerte legemidler og pasient, når de leste prosedyrer – og de burde følge de, og ha de riktige holdningene til oppgavene de skulle utføre. (Korsvold & Thomassen, 2018) fant at utfordringer i arbeidsmiljøet ble håndtert med tiltak rettet mot individene, selv om de

ansatte pekte på problemet som en konsekvens av hvordan arbeidet var organisert. Flere informanter i studien til Waaseth et al. (2019) hadde erfart manglende støtte og oppfølging fra ledelsen ved uheldige hendelser. I Korsvold & Thomassen (2018) ønsket informantene større innsikt i ledelsens arbeidsprosesser og deltakelse i beslutningsprosesser.

### **Avbrytelser og forstyrrelser var vanlig**

Forstyrrelser og avbrytelser under legemiddelhåndteringen var vanlig (Alteren, Hermstad, White & Jordan, 2018; Härkänen et al., 2015; Härkänen, Blignaut & Vehviläinen-Julkunen, 2018). Observasjonsstudier viste at andre sykepleiere og helsepersonell sto for 66% av forstyrrelsene (Alteren et al., 2018; Härkänen et al., 2015). Sykepleierne oppga forstyrrelser fra pasienter som vanligst (Härkänen et al., 2018). Avbrytelser forekom oftere under klargjøring av intravenøse legemidler, spesielt antibiotika (Alteren et al., 2018). Sykepleiere ble forstyrret på medisinerrommet i 66,3 % av tilfellene, men det var forbundet med signifikant færre avvik (Härkänen et al., 2015).

I både Alteren et al. (2018) og Härkänen et al. (2015) sine observasjonsstudier ble legemidler etterlatt ved pasientens seng i over halvparten av de observerte administrasjons-episodene. Førstnevnte fant at legemidler ble etterlatt signifikant oftere (i 70% av episodene) ved sengen når sykepleierne ble forstyrret.

### **Bemanningen var for lav**

Informantene sa at høyt antall pasienter per sykepleier og mange arbeidsoppgaver som måtte gjøres samtidig var en utfordring for trygg legemiddelhåndtering, og burde om mulig unngås (Härkänen et al., 2018; Härkänen et al., 2017). Flere personer på medisinerrommet samtidig og dobbeltkontroll var forbundet med redusert risiko for å gjøre feil, men dagvakt var forbundet med økt antall feil (Härkänen et al., 2015). Flere studier fant at tidspress var utfordrende (Härkänen et al., 2018; Härkänen et al., 2017; Korsvold & Thomassen, 2018; Waaseth et al., 2019). «Stress, travelt», «uoppmerksomhet, forglemmelse» var oppgitt som de vanligste årsakene til legemiddelavvikene ved St. Olavs Hospital (Skeie et al., 2021).

## 4. Diskusjon

### Felles verdigrunnlag

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2021b) sier at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet». Sykepleiere har også en plikt til å være lojale overfor arbeidsstedet (Altinn, 2020), så lenge kravene er i «[...] samsvar med sykepleiens grunnlag (Norsk sykepleierforbund, 2021b, kap. 5). Sykepleieren har altså sin forankring i nærhetsetikken og ønsker å være der for enkeltmennesket. Ledelsen har derimot et budsjett med gitte rammer hvor de må ha et perspektiv på en ressursutnyttelse som er til det beste for flest mulig pasienter. Disse verdiene lar seg ikke alltid forene. Helsepersonelloven (1999, §4) fastslår at sykepleiere plikter å søke bistand når deres faglige kvalifikasjonene ikke er tilstrekkelig. En forutsetning for forsvarlig yrkesutøvelse er altså at sykepleieren søker hjelp fra kollegaer når erfaring og opplæring kommer til kort. Kollegaer å rådføre seg med kan altså sees som en sikkerhetsbarriere mot avvik. Et praktisk eksempel på dette ser en ved at flere sykepleiere på medisinerrommet var forbundet med færre feil (Härkänen et al., 2015). Da er det viktig at ledelsen sørger for tilstrekkelige sykepleiere på jobb. Men det forutsetter også at ledelsen og ansatte har en felles forståelse av hva som er «tilstrekkelig». Funnene til Korsvold & Thomassen (2018) om behovet for innsikt i ledelsens arbeidsprosesser og muligheten til å bli hørt er sentralt. En organisasjonskultur som åpner for dialog mellom sykepleiere og ledelse er viktig. Slik kan det utvikles en felles forståelse basert på felles verdier, og konflikt kan unngås (Orvik, 2015, s. 214).

### Legemiddelhåndteringen er en kompleks oppgave, men pasientsikkerheten må komme først

76% av de spurte sykepleierne oppgir at feil de gjør i jobben kan sette andre menneskers liv og helse i fare i en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer i undersøkelsen fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021). Dette tallet er høyere enn hos legene (63%). For å sette det i perspektiv er gjennomsnittet for alle yrker inkludert 31%. Sykepleiere har altså mye ansvar. Forskjellen fra legene kan tyde på at selv om legen har det *formelle* ansvaret for den medisinske behandlingen, er det sykepleierne som har det *reelle* ansvaret (Orvik, 2015, s. 296). Når pasientene brukte flere legemidler, var det større risiko for avvik (Härkänen et al., 2015; Härkänen et al., 2017). Pasienter kan ha manglende evne til å verifisere egen identitet eller at legemidlene er riktige, eller kan som følge av en kognitiv svik nekte å ta livsnødvendige legemidler på grunn av manglende innsikt. Konsekvenser av sykdom og aldring kan gjøre det vanskelig for pasienten å svelge legemidlet, eller det kan fremstå som om pasienten *har* svelget legemidlet, når det ikke er tilfelle (Härkänen et al., 2018). Dette øker presset på sykepleieren og dens kompetanse.

I tillegg til pasientnære forhold, så misforstår sykepleierne det legen forordner, de forveksler legemidler med like navn og likt utseende (Härkänen et al., 2018). Innimellom får det fatale konsekvenser - som da en sykepleier forvekslet kaliumklorid og

kalsiumklorid (Statens Helsetilsyn, 2019). Det forventes at sykepleiere har kunnskap om legemidler og deres virkning, og utfører sitt arbeid i samsvar med sine kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, s. §4). Sykepleierne synes derimot at de har for *lite* kunnskap om legemidler og håndteringen av dem (Härkänen et al., 2018), noe som også antydes fra Mulac et al. (2020). En finsk kunnskapsoppsummering viser at disse funnene ikke er unike (Luokkamäki, Härkänen, Saano & Vehviläinen-Julkunen, 2021). Da er det et paradoks at innføringen av farmasøyter på avdelingene - en profesjon med inngående kunnskap om nettopp legemidler, førte til at sykepleierne opplevde at deres ferdigheter om legemidler ble *reduisert* (Härkänen et al., 2018).

Når kravene til sykepleiernes fagutøvelse er høye og graden av kontroll er lav – slik den ofte er (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021), er det viktig at pasientsikkerheten vektlegges når arbeidsoppgavene prioriteres. Pasientsikkerheten må veie tyngre enn verdien av lik fordeling av sykepleierressursen (Helsedirektoratet, 2018a, §6). Noen av de inkluderte studiene viste at det var vanlig å avbryte legemiddelhåndteringsprosessen for å innhente data fra pasienten, gjøre kliniske observasjoner, dekke pasientens grunnleggende behov og utveksle informasjon med kollegaer, pasienter og pårørende (Alteren et al., 2018; Härkänen et al., 2015). Sykepleierens hverdag er altså preget av et mangfold av ulike, komplekse arbeidsoppgaver og innebærer svært mye ansvar. Samtidighetskonflikter trekker oppmerksomheten i retning av mange ulike aktører og interesser. Sykepleieren må kontinuerlig ta skjønsmessige vurderinger av risikoen for pasientskader opp mot hva som er faglig forsvarlig. Dette antyder at organisasjonen ikke nødvendigvis legger tilstrekkelig til rette for en forsvarlig legemiddelhåndtering, men overlater ansvaret til enkeltindivider.

### **Adferd som avviker fra retningslinjer kan være en trussel for pasientsikkerheten**

Organisasjon kan utvikle retningslinjer for hvordan man skal utføre en oppgave, for at adferden skal være uniform og tuftet på god praksis. Men det nytter lite hvis prosessen ikke er forankret i praksis, at manglende opplæring (Härkänen et al., 2017) gjør at man ikke vet at prosedyren eksisterer, eller at avdelingen er utilstrekkelig bemannet (Härkänen et al., 2018; Härkänen et al., 2017) så sykepleierne ikke har tid til å lese prosedyren. Har man ikke tid til å lese prosedyren kan det tenkes at man heller ikke har tid til å rapportere *det* som et avvik (Waaseth et al., 2019) – forutsatt at man faktisk vet hva som kjennetegner et avvik. Når sykepleiere bryter retningslinjene ved å overlate legemidlet til pasienten i 59-66% av de observerte tilfellene (Alteren et al., 2018; Härkänen et al., 2015), tyder det på at dette er en akseptert og innarbeidet arbeidsmetode. Man må anta at dette er basert på en antakelse om at det er forsvarlig måte å gjøre det på.

Med en sikkerhetstenkning tuftet på Safety I, hvor man ønsker at arbeidsoppgaver blir løst på mest mulig lik måte, vil avvik fra en innarbeidet rutine tre synlig frem fordi det ikke er «sånn vi gjør det her». Brudd med normer kan føre til sanksjoner mot den som utfører arbeidet i form av dens egne dårlige samvittighet, eller fra andre i organisasjonen som påpeker at dette ikke er en akseptert arbeidsmetode. Sanksjonene kan være både eksplisitte og implisitte (Garsjø, 2001). Når avvik fra en retningslinje blir rutine, vil avvikene ikke lenger skille seg ut (Garsjø, 2001, s. 200). Nye medarbeidere, som sosialiseres inn i en slik kultur ved å adaptere de samme holdningene og antakelsene om at det er greit å overlate legemidlene til pasienten, har kanskje ikke erfaringen og

kunnskapsgrunnlaget til å vite i hvilke situasjoner man *ikke* bør avvike fra retningslinjene. Da kan veien til uforsvarlig praksis være kort, for eksempel ved forstyrrelser. Ser man på et hypotetisk tilfelle hvor slik adferd hadde ført til en pasientskade vil det, isolert sett, se ut som at en sykepleier har brutt en retningslinje. Men utfordringen tilhører, som utdypingen viser, utvilsomt organisasjonskulturen.

## **Meldekultur og fordeling av skyld**

Formålet med avviksrapportering er å lære av erfaringer (Aase & Wiig, 2018, s. 102). Da årsakene til uheldige hendelser skulle forklares, pekte sykepleierne ofte på seg selv og ting de kunne gjort annerledes (Härkänen et al., 2017). Tiltak hadde altså et individrettet fokus. Dette fokuset hadde også tiltakene rettet mot arbeidsmiljøet fra arbeidsgiversiden i studien til Korsvold & Thomassen (2018). Aase & Wiig (2018, s. 102-103) er tydelige på at man ikke lærer av å se på enkeltindividens handlinger ved uønskede hendelser. Arianson-utvalget (NOU 2015: 11, s. kap. 2.2) var i sin utredningen også tydelig på at man for å forstå- og lære av uønskede hendelser må se på hendelsene i et systemperspektiv.

De fleste avviksrapportene ble skrevet av sykepleiere (Härkänen et al., 2017; Mulac et al., 2020; Skeie et al., 2021). Både sykepleiere og leger var enige om at kulturen for å skrive avvik var bedre blant sykepleiere enn leger (Waaseth et al., 2019). I en annen studie utdypes dette fra legenes side med at sykepleierne også bruker rapportering som et politisk verktøy for å kreve mer ressurser (Aase & Lie, 2008 i Aase & Wiig, 2018, s. 111). Dette kan forklares med at sykepleierne mangler muligheter til å komme til orde, slik Korsvold & Thomassen (2018) fant i sin studie. Men til tross for at de rapporterer flest avvik, oppga også sykepleierne at de fleste avvikene *ikke* ble rapportert (Härkänen et al., 2018). Min egen erfaring er at i valget mellom å bruke tid på å skrive en avviksrapport og være tilstede for pasientene, så vil pasientene tilnærmet alltid bli prioritert. Forståelig nok når pasienten er selve kjernen i sykepleiens verdigrunnlag (Norsk sykepleierforbund, 2021b). Dette kan også skape en konflikt mellom sykepleierens rolle som omsorgsyter og kvalitetsutvikler i organisasjonen. Dårlig samvittighet for det man må ofre, slik noen av Korsvold & Thomassen (2018) sine informanter hadde, kan bli resultatet. Det var også andre syn på hvorfor det ikke ble skrevet avviksrapporter: Avvikene fikk ikke konsekvenser for pasienten, rapportering av hendelsen førte uansett ikke til læring, tungrodd rapporteringssystem og usikkerhet rundt hva som skulle rapporteres (Waaseth et al., 2019).

Kongsvik (2013, s. 87) bruker helsevesenet som eksempel når han beskriver hvordan analyse og granskning av hendelser kan føre til sanksjoner for helsepersonell, med hjemmel i kapittel 11 i helsepersonellovens (1999). Uansett utfall av et rapportert avvik vil det derfor alltid eksistere en latent trussel om straff. Som en konsekvens av dette risikerer man det Kongsvik (2013, s. 87) kaller «kollektiv stillhet»: at ansatte og ledere dekker over for hverandre og unngår å rapportere feil. I Waaseth et al. (2019) sin studie fra Universitetssykehuset Nord-Norge beskriver flere av informantene hvordan de lot være å skrive avvik, fordi de fryktet sanksjoner både for seg selv og sine kollegaer. I tillegg hadde flere erfart at de ikke fikk støtte fra ledelsen etter å ha vært involvert i uheldige hendelser. Disse funnene bekrefter tidligere funn fra Riksrevisjonen (2016). Det er betimelig å stille spørsmål ved om legenes tendens til å forfatte de mest alvorlige avvikene er et uttrykk for at sykepleiere frykter sanksjoner - er det slik at legene tar «støtten» - en variant av «kollektiv stillhet»?



Med det premiss at avviksrapporters hovedfunksjon er at organisasjonen skal lære av erfaringer, går det fram av resultatene at både sykepleiere og ledelse i for stor grad vektlegger individets betydning for pasientsikkerheten. Som en konsekvens av dette blir ikke endringer synlig, fordi endringene nødvendigvis må skje hos individer og ikke i systemene og strukturene i organisasjonen. Paradoksalt nok kan dette føre til integritetspress (Orvik, 2015, s. 131-134) og redusert motivasjon for sykepleierne, som så kan ha negativ innvirkning på deres prestasjon - og dermed også pasientsikkerheten.

### **For lite ressurser eller for ressurskrevende kultur?**

En standpunkt blant sykepleieren i flere av de inkluderte studiene, er at for få sykepleierressurser fører til legemiddelavvik. Flere ansatte på jobb var beskrevet å kunne forhindre legemiddelavvik (Härkänen et al., 2017). Informantene i studien til Härkänen et al. (2018) beskrev hvordan skift ble planlagt med lav grunnbemanning, og hvordan man ved sykefravær ikke rakk å skaffe erstattere, og at det ble (for) mange pasienter per sykepleier. Flere studier nevnte tidspress som en utfordring for pasientsikkerheten (Härkänen et al., 2018; Härkänen et al., 2017; Korsvold & Thomassen, 2018; Waaseth et al., 2019). Tidspress kan tolkes som en konsekvens av manglende sykepleierressurser. Tall fra OECD og den Europeiske Union (EU) (2020, s. 218) viser derimot at Norge har størst sykepleiertetthet i hele Europa - faktisk over dobbelt så mange sykepleiere per innbygger som snittet for EU. Finland, hvor flere av de inkluderte studiene er fra, er for øvrig ikke langt bak. Det skal sies at relevansen for disse tallene er omdiskutert. Det er blant annet ikke tatt høyde for deltidskultur og innslag av andre helseprofesjoner (Dolonen, 2017; Ingstad, 2016, s. 108). Norge bruker likevel mer penger per innbygger på helse enn noe land i EU (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Det er også et paradoks til ønsket om flere sykepleiere på jobb at flest legemiddelavvik ble observert på dagtid - når det er flest sykepleiere på jobb (Härkänen et al., 2015).

Det kan tenkes at man kan trekke paralleller mellom opplevelsen av for få sykepleiere på jobb og samfunnskulturen. Organisasjonen er ikke en «øy» i samfunnet. Den består av mennesker som lever sine liv som en del av samfunnet rundt, og organisasjonskulturen vil derfor ha verdier og holdninger som er felles med samfunnskulturen. I den norske og nordiske kulturen står individet sterkt. Samfunnet er egalitært og bygger på tanken om at alle er likeverdige og har like rettigheter. Dette kan medvirke til at sykepleiere, pasienter og pårørende i større grad enn i andre kulturer, forventer en sykepleierprofesjon som kan kompensere for funksjonssvikt og tilrettelegge for realisering av individet. Sammenlignet med mange andre kulturer, tar norske pårørende i mindre grad hånd om sine syke slektninger (Ingstad, 2016, s. 107). Dette øker naturligvis belastningen på de profesjonelle. Det vil også øke terskelen for hva samfunnet aksepterer som forsvarlige helsetjenester. Dette må selvfølgelig ikke tolkes som at pårørende bør ha ansvaret for at pasienter får utlevert de riktige legemidlene, men må sees som en refleksjon rundt samfunnskulturen - og følgene av den, og et spørsmål om den legger beslag på sykepleierressurser som kunne vært brukt på tryggere legemiddelhåndtering.

## 4.1. Implikasjoner for praksis

Det er viktig at organisasjonskulturen bygges på verdier som er felles for alle organisasjonsmedlemmene. Dette kan oppnås med dialog og involvering av klinikerne i beslutningsprosesser.

Både ledere og sykepleiere må i større grad bruke de interne avvikssystemene til læring og utbedring av helsetjenesten.

Ledelsen må rette blikket mot systemer og strukturer som legger til rette for at sykepleiere kan gjennomføre legemiddelhåndteringen på en forsvarlig måte, og med mindre grad av selvstendig ansvar for pasientenes liv og helse. Dette arbeidet må også sykepleiere, som et viktig organisasjonsmedlem, bidra til.

## 4.2. Metoderefleksjon

Metoden fungerer godt til å besvare problemstillingen, men valget resulterte i store mengder data. Vurderingen av hvilken data som var relevante og ikke for problemstilling var krevende. Resultatene baserer seg i stor grad på en rekke indisier. Vanskeligheter med integreringen eller sammenfatningen av funn er også et kjent argument mot blandingen av kilder med ulike metoder (Andersen, 2017).

En svakhet ved oppgaven er de mange løse trådene. Fortolkning av resultatene begrenses av min metodekunnskap og oppgavens rammer. Dette innebærer at svært mange temaer som er relevant for problemstillingen ikke har fått plass i diskusjonen. Selv om det er en svakhet, er omfanget av data også et poeng i seg selv, fordi det viser kompleksiteten og utfordringen tilstede ved sykepleieres håndtering av legemidler.

### 4.3. Konklusjon

Det lave antallet pasientskader (Härkänen et al., 2015; Mulac et al., 2020; Skeie et al., 2021) taler for at legemiddelhåndteringen i det store og hele er forsvarlig. Det høye antallet observerte avvik (Härkänen et al., 2015) taler derimot for det motsatte. Sett sammen med tallene fra Norsk Pasientskadeerstatning (Norsk Pasientskadeerstatning, 2019) hvor opptil 59% av avvikene i pasientbehandling som førte til pasientskade ikke var å finne igjen i sykehusenes avvikssystem, er det godt belegg for å påstå at det mangler en kultur for å rapportere avvik, selv om rapporteringsfrekvensen har økt det siste tiåret (Skeie et al., 2021). Men det største problemet med dette er at organisasjonene har dårligere forutsetninger for å lære av egne erfaringer.

Legemiddelhåndteringen er en svært komplisert og krevende prosess. Når flertallet av sykepleiere opplever høye krav, og føler at valg de tar i hverdagen har direkte innvirkning på om pasienten lever eller dør (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021), kan det tyde på at de bærer for mye av organisasjonens ansvar på sine skuldre. Flere av de inkluderte studiene, og min egen erfaring, tilsier at det oppstår situasjoner hvor bemanningen er utilstrekkelig. Hvor det er nødvendig å foreta prioriteringer som uansett handlingsalternativ innebærer å avvike fra god praksis. Hvis organisasjonen ikke har andre metoder enn avviksrapportering for å fange opp slik avvikende adferd, kan praksisen utvikle seg til vaner som regelmessig tilsidesetter pasientsikkerheten.

Sykepleierne ønsker mer innflytelse i egen arbeidshverdag og støtte fra ledelsen (Korsvold & Thomassen, 2018; Waaseth et al., 2019). Sykepleierne er ikke et problem, men tilpasningsdyktige problemløsere. Det er nødvendig at organisasjonen støtter opp om *individet*, slik en av artiklene konkluderer med (Härkänen et al., 2017, s. 3497). Det er noe også sykepleierne bør være klar over og stille krav om.

Innledningsvis redegjorde jeg for hvorfor jeg valgte dette temaet og min mistanke om at legemiddelhåndteringen ikke alltid var forsvarlig. Mulac et al. (2020) oppga 27 dødsfall fordelt på 2 år som følge av legemiddelavvik. Mange var riktignok uunngåelig, men jeg vil påstå at tallet likevel høyere enn mange er klar over. Derfor fortjener temaet mer oppmerksomhet i forskningen, men ikke minst i form av økt bevissthet i organisasjonene og blant sykepleiere.

# Referanser

- Alteren, J., Hermstad, M., White, J. & Jordan, S. (2018). Conflicting priorities: Observation of medicine administration. *J Clin Nurs*, 27(19-20), 3613-3621. <https://doi.org/10.1111/jocn.14518>
- Altinn. (2020, 02.01.2020). Arbeidstakers yringsfrihet, varslingsrett og lojalitetsplikt. Hentet 23.05 2021 fra <https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/ansettelse/arbeidstakers-ytringsfrihet-varslingsrett-og-lojalitetsplikt/>
- Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien Forskning*, (2017;105(64738):(e-64738)). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Boss,.
- Dolonen, K. A. (2017, 14.11.2017). Norge har flest sykepleiere. Hentet 21.05.2021 fra <https://sykepleien.no/2017/11/norge-har-flest-sykepleiere>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte : en introduksjon for helse- og sosialarbeidere* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjevjon, E. R. (2019). Tema, problemstilling, hensikt, forskningsspørsmål, hypotese og mål – hva er hva? *Sykepleien*, (2019;14(79024):(e-79024)). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79024>
- Haugen, A. S. & Storm, M. (2018). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 14. januar 2021). Oppdragsdokument. Hentet 23. april 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

- Helsedirektoratet. (2016). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten IS-0583*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelseanalyse-handbok-for-helsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Årsrapport 2017 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Oslo. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/\\_attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/_attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019a, 14. mai, 2019). Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven avvikles. Hentet 05. mai 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven-avvikles>
- Helsedirektoratet. (2019b). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>
- Helsedirektoratet. (2020, 17. september 2020). Pasientskader i Norge 2019 - Målt med Global Trigger Tool. [nettdokument]. Hentet 21. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2019-malt-med-global-trigger-tool/>
- Helsedirektoratet. (2021a). *IS-2979 Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norsk-kodeverk-for-uonskede-pasienthendelser/>
- Helsedirektoratet. (2021b, 21. mars 2021). Veilder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. [nettdokument]. Hentet 22. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* . (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107>
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hollnagel, E., Wears, R. L. & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care* Published simultaneously by the University of

Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.

Härkänen, M., Ahonen, J., Kervinen, M., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication record reviews. *Scand J Caring Sci*, 29(2), 297-306. <https://doi.org/10.1111/scs.12163>

Härkänen, M., Blignaut, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Focus group discussions of registered nurses' perceptions of challenges in the medication administration process. *Nurs Health Sci*, 20(4), 431-437. <https://doi.org/10.1111/nhs.12432>

Härkänen, M., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Using incident reports to inform the prevention of medication administration errors. *J Clin Nurs*, 26(21-22), 3486-3499. <https://doi.org/10.1111/jocn.13713>

Härkänen, M., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Differences Between Methods of Detecting Medication Errors: A Secondary Analysis of Medication Administration Errors Using Incident Reports, the Global Trigger Tool Method, and Observations. *J Patient Saf*, 16(2), 168-176. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000261>

Ingstad, K. (2016). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kongsvik, T. Ø. (2013). *Sikkerhet i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Korsvold, L. A. & Thomassen, O. J. (2018). Tiltak for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø er ofte individrettet. *Sykepleien Forskning*, ( 13(71109)(e-71109)). <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71109>

Legemiddeloven. (1992). *Lov om legemidler m.v.* . (LOV-1992-12-04-132). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132>

Luokkamäki, S., Härkänen, M., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2021). Registered Nurses' medication administration skills: a systematic review. *Scand J Caring Sci*, 35(1), 37-54. <https://doi.org/10.1111/scs.12835>

Meld. St. 9 (2019–2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/?ch=1>

Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E. & Granas, G. A. (2020). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *Eur J Hosp Pharm*. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002298>

Norsk Pasientskadeerstatning. (2019). Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes meldesystemer. [nettdokument]. Hentet 22. april 2021 fra <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/undersokelse-av-samsvar-mellom-npe-saker-og-saker-i-sykehusenes-meldesystemer/>

- Norsk Sykepleierforbund. (2021a). Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Hentet 23.05 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Norsk sykepleierforbund. (2021b). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 23.05 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 2015: 11. *Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>
- OECD & EU. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Norway: Country Health Profile 2019*. Paris/Brussels. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2e821540-en>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Petroleumstilsynet. (2020). *Årsrapport 2020*. Hentet fra <https://www.ptil.no/contentassets/e6c291f68aa0448aa1632c227f6e0834/arsrapport-2020.pdf>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser Dokument 3:2 (2016–2017)*. Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser/>
- Sagberg, I. (2020, 05. november). Organisasjonskultur. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/.versions/list/422572>
- Skeie, H., Nordlund, R., Slørdal, L. & Spigset, O. (2021). Legemiddelavvik hos pasienter innlagt i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 141(5). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0664>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø. [nettportal]. Hentet 29. april 2021 fra <https://noa.stami.no/>
- Statens Helsetilsyn. (2019, 12.02.19). Pasient døde etter infusjon med kaliumklorid, skulle hatt kalsiumklorid. Hentet 20.05 2021 fra <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2019/pasient-dode-etter-infusjon-med-kaliumklorid-skulle-hatt-kalsiumklorid/>

Statens helsetilsyn. (2020, 14. august 2020). Saksbehandlingen av tilsynssaker hos statsforvalteren og i Statens helsetilsyn, anvendelsen av forvaltningsloven og krav til saksbehandlingstid. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsynssaker/saksbehandlingen-av-tilsynssaker-fylkesmannen-og-statens-helsetilsyn/>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2021). The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Hentet 21. april 2021 fra <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

Waaseth, M., Ademi, A., Fredheim, M., Antonsen, M. A., Brox, N. M. B. & Lehnbo, E. C. (2019). Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital. *Stud Health Technol Inform*, 265, 107-112. <https://doi.org/10.3233/shti190147>

Aase, K. (2018). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.





