

---

”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme sikker legemiddelhåndtering i sykehus?”

---

Profesjonshøgskolen  
Institutt for sykepleie og helsefag  
Bachelor i sykepleie

## Legemiddelhåndtering

*”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme sikker legemiddelhåndtering i sykehus?”*

Bacheloroppgave i sykepleie

SY 180H 000

30.04.2009

Kandidatnummer 13, 31 og 46

Kull 06 H

## **Forord**

Under arbeidet med oppgaven så vi at sikkerhet i legemiddelhåndteringen var et adskillig større problem enn vi i utgangspunktet hadde forestilt oss. Denne prosessen har gjort oss mer bevisst på viktigheten av kontinuerlig fokus og refleksjoner i arbeidet med å bidra til en sikker legemiddelhåndtering. Samtidig håper vi denne oppgaven kan bidra til økt åpenhet og bevisstgjøring av problemet.

Mye av grunnlaget i denne oppgaven er hentet fra samtaler med sykepleiere, og den ville ikke vært den samme uten disse bidragene. Vi vil derfor takke våre fremtidige sykepleierkollegaer som velvillig har delt sine erfaringer og tanker med oss, både i intervjusituasjonen og praksisperiodene våre.

Vi vil også rette en takk til vår veileder Wenche Rekkedal for strukturert og god veiledning.

April 2009

<b>1. Innledning.....</b>	<b>5</b>
1.1. Bakgrunn for valg av oppgave og problemstilling.....	5
1.2. Presentasjon av tema og problemstillingen.....	6
1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	6
1.4. Begrepsavklaringer.....	6
1.5. Oppgavens disposisjon.....	8
<b>2. Metode.....</b>	<b>9</b>
2.1. Hermeneutisk/fenomenologisk forskningsperspektiv.....	9
2.2. Litteratursøk.....	9
2.2.1. <u>Forskningslitteratur</u> .....	10
2.2.2. <u>Resultat</u> .....	10
2.2.3. <u>Kildekritikk – gyldighet og relevans</u> .....	11
2.3. Kvalitativt intervju.....	12
2.3.1. <u>Vår bakgrunn og samarbeidet med prosjektet</u> .....	12
2.3.2. <u>Populasjon og utvalg</u> .....	13
2.3.3. <u>Intervjuprosess og analyse</u> .....	14
2.3.4. <u>Etiske overveielser</u> .....	14
2.4. Våre erfaringer.....	15
2.5. Kvalitetsvurderinger av oppgaven.....	15
<b>3. Teori.....</b>	<b>16</b>
3.1. Kari Martinsens omsorgsteori.....	16
3.1.1. <u>Omsorg</u> .....	16
3.1.2. <u>Omsorgsarbeid</u> .....	17
3.1.3. <u>Faglig skjønn</u> .....	17
3.2. Legemiddelhåndtering.....	17
3.2.1. <u>Ordinering av legemidler</u> .....	18
3.2.2. <u>Sykepleierens grunnlag for legemiddelhåndtering</u> .....	18

3.2.3.	<u>Sykepleierens ansvar for legemiddelhåndtering</u>	18
3.2.4.	<u>Utdeling av legemidler</u>	19
3.2.5.	<u>Dobbeltkontroll</u>	19
3.2.6.	<u>Avviksmeldinger</u>	20
<b>4.</b>	<b>Drøfting.....</b>	<b>22</b>
4.1.	<b>Sykepleierens ansvar.....</b>	<b>22</b>
4.1.1.	<u>Dersom rollene var byttet om - og det var deg selv</u>	22
4.1.2.	<u>Vurdering av pasientens selvhjulpenhet</u>	23
4.1.3.	<u>Det er bra å stille kritiske spørsmål</u>	24
4.2.	<b>Erfaring.....</b>	<b>25</b>
4.2.1.	<u>Man vil jo få erfaring etter hvert</u>	25
4.2.2.	<u>Noen ganger må man stoppe opp</u>	26
4.3.	<b>Avdelingskultur og kvalitetssikring.....</b>	<b>28</b>
4.3.1.	<u>Avviksmeldinger</u>	28
4.3.2.	<u>Det handler om å jobbe konstant med forbedringsarbeidet</u>	29
<b>5.</b>	<b>Avslutning.....</b>	<b>31</b>
5.1.	<b>Oppsummering.....</b>	<b>31</b>
5.2.	<b>Konklusjon.....</b>	<b>31</b>
<b>6.</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>32</b>

## Vedlegg

<b>Vedlegg 1. Tillatelse til innhenting av data.....</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 2. Tillatelse til innhenting av data .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 3. Intervjuguide.....</b>	<b>40</b>

## 1. Innledning

### 1.1. Bakgrunn for valg av oppgave og problemstilling

Gjennom sykepleierstudiet har vi lært legemiddelhåndtering både i teori og praksis. Det er et komplekst område med mange utfordringer. I kombinasjon med skremmende erfaringer som pårørende og oppsiktsvekkende funn fra nyere forskning har dette ført til at vi har fått en genuin interesse for tema. Også det faktum at legemiddelhåndtering beslaglegger hele 20 % av arbeidsdagen til sykepleieren, bidrar til at vi ønsker å sette fokus på det (Fonneland 2004).

Som pårørende opplevde vi at en av våre nærmeste på en sykehusavdeling fikk utdelt Oxycontin uten at det var indisert, og uten at pasienten ble konferert. Det kan ha vært basert på en gammel medisinkurve fra et annet sykehus. Som vi vet er Oxycontin et morfinpreparat som er sterkt smertestillende, men som også kan virke hemmende på respirasjonen. Denne pasienten lå på sykehus på grunn av akutte luftveisproblemer og dårlig allmenntilstand. Hun gikk på cellegift og ble således innlagt da temperaturen gikk over 38 grader. På spørsmål om hvorfor hun fikk Oxycontin svarte sykepleieren noe slikt som; ”det var vel for at du skulle få deg en rus”. Deretter tok hun kapselen tilbake uten å si noe mer om den saken. Pasienten fikk verken svar på spørsmålet sitt eller unnskyldning. Vi opplever dette som trist og respektløst, samtidig som det var en skremmende opplevelse. Det er på ingen måte noe vi ønsker å identifisere oss med nå som vi snart skal ut i jobb som nyutdannede sykepleiere. Vi undrer på om denne sykepleieren skrev avviksmelding, og sjekket opp i kurven eller med legen etterpå.

Etter en del litteratursøk på området viste det seg at det var mer enn nok litteratur på området, men også at problemet var større enn vi faktisk hadde tenkt og skjønt. I en fersk, tysk undersøkelse “Prioritising the prevention of medication handling errors” hvor 1376 prosedyrer ble observert, hevder Bertsche mfl. (2008) at mer enn 1/3 av alle sykehusinnleggelse kan være forårsaket av uheldig legemiddelhåndtering og at 31 % av feilene hadde høy risiko for pasienten. De konkluderer med *alarmerende* høye forekomster av feil i legemiddelhåndteringen blant erfarne sykepleiere.

En annen undersøkelse foretatt ved 12 avdelinger ved et sykehus i USA mener at feil i medikamenthåndteringen har blitt så vanlig at hver pasient skulle kunne forvente seg å bli utsatt for en slik feil minst en gang om dagen (Mazur og Chen 2009).

Her hjemme konkluderer blant annet Helsetilsynet (2002) med at feil legemiddelbruk er et folkehelseproblem, og at meldte feil bare utgjør toppen av isfjellet. De mener at det bak hver skade kan ligge fem nesten-skader og hundre feil.

## **1.2. Presentasjon av tema og problemstillingen**

På bakgrunn av ovennevnte vil vi i denne oppgaven ta for oss sikkerhet i forbindelse med legemiddelhåndtering på sykehus. Problemstillingen vår er som følger:

”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme sikker legemiddelhåndtering i sykehus?”

## **1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Kvalitetssikring og pasientsikkerhet er to svært omfattende områder, som ofte henger nøye sammen. Vi har på grunn av oppgavens størrelse valgt å konsentrere oss spesifikt om sikker legemiddelhåndtering til sykehuspasienter, uten å gå inn på andre former for kvalitetssikring eller pasientsikkerhet. Med sikker legemiddelhåndtering tar vi utgangspunkt i gjeldende retningslinjer. Videre vil vi ikke gå systematisk inn på type avvik, hyppigheten og mulige årsaker til at disse skjer. Vi vil heller ikke vurdere konkrete metoder for kvalitetssikring, men se det i et litt større perspektiv der ord som holdninger, kunnskaper, kultur, moral og omsorg er sentrale. Vi belyser således aktuelle områder for forbedring, ikke metoder for å gjennomføre forbedringen. Vi vil ikke ta hensyn til økonomiske rammefaktorer som for eksempel bemanning; bare konstatere at vi er klar over at bemanningssituasjon, tid og travelhet kan være viktige faktorer også i arbeidet med å sikre legemiddelhåndteringen. På tross av ovennevnte, vil noen av de avgrensede områdene imidlertid bli noe belyst som en naturlig del av drøftingen. Videre har vi valgt å se bort fra feilmedisinering som følge av misbruk av legemidler blant sykepleiere. Avvik som konsekvens av feil diagnose eller feil rekvirering av lege vil ikke være en del av denne oppgaven. Fokus vil primært være på vårt ansvar som arbeidstaker – hva vi kan gjøre.

## **1.4. Begrepsavklaringer**

Sykepleier: Med det mener vi sykepleier i somatisk sykehus i perspektiv av Kari Martinsen.

Legemiddelhåndtering: Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt (SHdir 2008).

Utdeling av legemidler: Uttak av legemidler fra medisinrom, istandgjøring av doser og utlevering til pasientene (Bielecki og Børdahl 2008:11).

Avvik: Svikt i rutiner, nestenuhell, uhell eller feil. Det kan også innebære at personalet ikke følger opp rutiner og prosedyrer, eller at de ikke fungerer på tilfredsstillende måte (Bielecki og Børdahl 2008:32).

Pasientsikkerhet: Fravær av tilfeldig eller forebyggbar skade som følge av diagnostikk, pleie og behandling (Pasientsikkerhet.no).

Synonympreparater: Et legemiddel som etter patenttiden blir fremstilt og produsert av andre enn utvikleren (Simonsen, Aarbakke og Lysaa 2004:15).

Depotpreparat : Preparater som avgir virkestoff gradvis i blodet og fører til en mer konstant konsentrasjon over tid (Simonsen, Aarbakke og Lysaa 2004:100).

A-preparat: “Legemiddel med stort misbrukspotensiale og betydelig vanedannende effekt” (Simonsen, Aarbakke og Lysaa 2004:190).

Kvalitetssikring: De systematiske og planlagte tiltakene som er nødvendig for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste vil tilfredsstillende angitte kvalitetskrav (Bielecki og Børdahl 2008:32).

Kultur: “De kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn” (Magelssen 2008:15).

Kurve: Med det mener vi legen og sykepleierens arbeidsredskap for dokumentasjon av medikamentell behandling. Her fremkommer legens skriftlige signerte ordinasjon og sykepleierens bakgrunn for i stand gjøring og utdeling av medikamenter.

## **1.5. Formål med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er først og fremst en bevisstgjøring av hva som kan påvirke oss som sykepleiere i håndteringen av pasientenes medikamenter. Vi ser for oss at prosessen vil kunne gi oss nyttig kunnskap som vi kan støtte oss til den dagen vi trår ut i arbeidslivet som nyutdannede sykepleiere.

For det andre håper vi at dette vil bidra til at vi står bedre rustet til å delta i faglige diskusjoner for å argumentere for en god og sikker praksis ved våre fremtidige arbeidsplasser. På denne måten håper vi å kunne bli en del av en kultur som fremmer sikker legemiddelhåndtering gjennom samarbeid med kollegaer, og eventuelle innspill til ledelsen.

For det tredje vil vår oppgave bli presentert for de avdelingene som er involvert gjennom informantene i oppgaven. Dermed vil de få innblikk i våre erfaringer og opplevelser av praksis. Håpet er at en sterkere bevisstgjøring kan gi økt pasientsikkerhet.

### **1.6. Oppgavens disposisjon**

Vi innleder med å fortelle hvordan våre opplevelser, både som studenter og pårørende, har fått oss interessert i tema legemiddelhåndtering. Etter nødvendige presentasjoner, avgrensninger og presiseringer kommer vi til metodekapittelet. Her beskriver vi hvordan vi har gått frem for å samle nødvendig informasjon og opplysninger til denne oppgaven. Deretter følger teoridelen, hvor vi i tillegg til relevant litteratur og forskning, har redegjort for oppgavens sykepleieteoretiske forankring. Kari Martinsens tanker og ideer rundt omsorgsaspektet har i stor grad appellert til oss og vi føler hennes filosofi har vært en god plattform å bygge oppgaven vår på. Fra teorien går vi videre til å drøfte funnene i intervjuene samt våre egne opplevelser i lys av både Kari Martinsens omsorgstanker, relevant teori og nyere forskning. Avslutningsvis tar vi en oppsummering og konkluderer med hva vi mener å ha lært av denne prosessen.

Oppgavens omfang er på 9709 ord.



## **2. Metode**

Dalland (2005:71) beskriver metode som en måte man går frem på for å skaffe til veie eller etterprøve kunnskap. Vår oppgave vil primært være forankret i den Hermeneutiske-/fenomenologiske vitenskapsteorien. Dette fordi vi gjennom kvalitative intervjuer med sykepleiere, søkte å ta del i deres erfaringer omkring legemiddelhåndteringen på de forskjellige avdelingene. Videre vil vi også dra inn våre erfaringer fra praksis. Vi vil med vår for-forståelse betrakte helheten og delene. Blant delene som er med på å gi oss et bedre innsyn i helheten, har vi også gjort bruk av kvantitativ forskning, undersøkelser og statistikker. På denne måten ønsker å forstå legemiddelhåndteringsens kompliserte vesen og betydning.

### **2.1. Hermeneutisk/fenomenologisk forskningsperspektiv**

I litteraturen kan vi se at det er to hovedsyn på hvordan kunnskap blir til; Positivism og Hermeneutikk. Førstnevnte representerer den kvantitative forskningen som er forankret i naturvitenskapen. Den skal kunne måles og kontrolleres og baseres på logikk (Dalland 2000:50). Hermeneutikken på sin side blir sett på som åndsvitenskapens grunnleggende metode og handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens (Dalland 2000:55). I et hermeneutisk perspektiv prøver forskeren å finne og tolke de skjulte meninger i fenomenet. Magelssen (2008:28) beskriver fenomenologisk tenkning ved at man ikke bare er opptatt tingene som fenomener, uten at man ønsker å trenge inn og prøve å forstå fenomenet i seg selv. I et hermeneutisk forskningsperspektiv vil forskerens kunnskap, inntrykk, følelser og tanker om emnet spille en rolle i forhold til vår tilnærming. Dalland (2000:57) hevder at denne førforståelsen vil i hermeneutisk sammenheng være en ressurs når forskeren skal tolke og forstå fenomenet.

### **2.2. Litteratursøk**

Før vi startet litteratursøket “testet vi ut” problemstillingen vår på veileder, medstudenter og sykepleiere i praksis. Det viste seg at vi hadde vært litt for runde i formuleringen, og etter første veiledning ble problemstillingen begrenset og endret noe. Etter å ha fått en oversikt over det vi trodde vi ville trenge for å belyse problemstillingen, sjekket vi i pensum. Der fant vi teori om både legemiddelhåndtering og kultur godt beskrevet ut fra vårt behov. For å finne primærlitteratur av sykepleieteoretiker Kari Martinsen, søkte vi i høgskolens bibliotekdatabase. “Vår egen førforståelse kan være begrenset, mens litteraturen kan bidra til å åpne for flere perspektiver” (Dalland 2000:60). Det erfarte vi da vi videre fant Marit Kirkevold og Herdis Alvsvågs bøker, som på to forskjellige

måter å belyser Kari Martinsens teorier på gode måter. Noe som gjorde det lettere for oss å forstå hennes tanker og å se dem ut fra forskjellige perspektiver. Videre fant vi frem relevante lover og forskrift med rundskriv. En av artiklene fant vi ved å lete i tidligere papirutgaver av bladet Sykepleien.

### **2.2.1. Forskningslitteratur**

For å finne relevant forskning på området brukte vi følgende søkemotorer:

- Bibsys “En felles bokkatalog for norske universitet og høyskoler” (Dalland 2000:61)
- ProQuest Nursing
- Springerlink
- Google

Vi benyttet følgende søkeord:

- Medication
- Handling
- Nurses
- Error
- Culture
- Feil
- Legemiddelhåndtering

### **2.2.2. Resultat**

Det viste seg å komme frem mengder av litteratur, noe mer relevant enn annet. Vi gjennomgikk artiklene hovedsaklig ved å lese innledning og konklusjon. Noen ble forkastet innledningsvis mens andre ble tatt ut senere i prosessen. Sistnevnte blant annet som et resultat av justeringer i problemstillingen. Det vi står igjen med og har valgt å bruke i oppgaven er noen forskningsartikler og en rapport fra Helsetilsynet. Kort omtale følger:

“Prioritising the prevention of medication handling errors” (Bertsche mfl. 2008) er en tysk studie fra Heidelberg Universitetssykehus. Undersøkelsen ble foretatt blant sykepleiere på forskjellige medisinske avdelinger, hvor alle var direkte involvert i medikamentbehandling. Den var basert på både spørreskjema for å kartlegge kunnskapen, og en “skjult” observasjonsstudie. Av 1376 observerte prosedyrer ble det oppdaget avvik i 833 av dem.

“Fatale feil” (Bruheim 2008) er en studie av rapporterte avvik i legemiddelhåndtering ved fire somatiske sengeposter på to norske sykehus. Det er en tverrsnittstudie gjennomført over en tre ukers periode i 1999. 38 skjema fylt ut, og det var gjennomsnittlig 12 sykepleiere på hver avdeling. Forfatteren sammenligner funnene med resultater fra internasjonale studier, og antyder store mørketall.

An empirical study for medication delivery improvement based on healthcare professionals’ perceptions of medication delivery system (Mazur og Chen 2009). Artikkelen er som tittelen tilsier en undersøkelse av hvilke faktorer som påvirker utdelingen av legemidler, samt modeller for forbedringer. Studien er amerikansk, og viser til at feil i legemiddelhåndteringen årlig involverer 1,5 millioner pasienter og koster nasjonen enorme beløp. 12 avdelinger på et sykehus med over 1000 ansatte var med på undersøkelsen. Funnene er basert på 246 timers observasjoner av 63 sykepleiere, seks apotek teknikere og fem farmasøyter, over en to-års periode.

“Dobbelkontroll med stoppeklokke” (Fonneland 2004) er en undersøkelse som ble utført ved et sykehus i Norge på en vanlig kirurgisk avdeling med 35 senger og 26 sykepleierhjemler. Studiet foregikk ved seks tilfeldig valgte vakter. Observatørene målte tiden sykepleierne brukte på medisinerrelaterte oppdrag fra oppstart og til det var avsluttet og registrert.

“Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester” (Helsetilsynet:2002) Rapporten beskriver en metode for kontinuerlig kvalitetsforbedringer i legemiddelhåndteringen i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. De reelle legemiddelskadene er best kartlagt i sykehus, men de ser ingen grunn til å tro at ikke det samme gjelder i primærhelsetjenesten. De beskriver feil legemiddelbruk som et folkehelseproblem.

### **2.2.3. Kildekritikk – gyldighet og relevans**

Den litteraturen vi har valgt ut fra pensum anser vi av innlysende årsaker for å være både relevant og pålitelig, og det samme gjelder Sosial- og helsedirektoratets veileder for legemiddelhåndtering. Vi opplever at det er mye og lett tilgjengelig oppdatert litteratur på området, men vi kan se at det kan forekomme usikkerhetsmomenter i forhold til noen av artiklene. Undersøkelsene er enten foretatt i utlandet, eller at de er norske og relativt små. Med *små* mener vi at det enten er for få

informanter eller at undersøkelsene er foretatt over en kort tidsperiode. Det kan medføre at bildet ikke trenger å være representativt for verken sykepleierne eller situasjonen. Videre behøver ikke alltid utenlandske forhold å korrelere med de norske. Dette har også Bruheim (2008) tatt høyde for når hun sammenligner utenlandske studier med antatt situasjon i Norge. Det at noen av artiklene var skrevet på engelsk, kan muligens være en kilde til at det kan forekomme variasjoner i våre tolkninger.

Når det gjelder Kari Martinsen og hennes omsorgsteori, var det vanskelig å komme frem til noe spesielt “system/modell”. Snarere var det mange tanker og aspekter om hva som til sammen utgjør en god omsorg. Dette løste vi ved å bruke sekundærlitteratur som analyse og evalueringsverktøy, for så å gå tilbake til Martinsens egen teori. Vi føler således at vi, gjennom å bruke både oss selv og tilgjengelig teori på denne måten, har fått en god forståelse av hennes tenkning. Å benytte slikt bearbejdede materiale (sekundærlitteratur) kan imidlertid føre til at den opprinnelig meningen kan bli forandret. I og med at vi i vår oppgave brukte primærlitteraturen parallellt føler vi at sekundærlitteraturen bare bidro til at vi fikk en bedre forståelse av Kari Martinsens omsorgsteori. Vi mener at vi med vårt litteraturvalg og oppmerksomhet rundt nevnte faktorer har funnet litteratur som er både relevant og pålitelig i forhold til vår problemstilling. Artiklene er av nyere dato og publisert i anerkjente publikasjoner som retter seg til blant andre helsepersonell.

## **2.3. Kvalitativt intervju**

### **2.3.1. Vår bakgrunn og samarbeidet med prosjektet**

Vi er en gruppe på tre kvinnelige studenter i alderen 28-45 år som har samarbeidet helt siden studiet startet. Vi kjente ikke hverandre fra før og har helt forskjellig bakgrunn, både yrkesmessig og i familiesituasjonen. Dette opplever vi som en styrke, fordi vi ofte vil se ting fra forskjellige ståsteder og således ha flere innspill til tolkning og drøfting av intervjuene. Vi er alle utadvendte, noe som kan være en fordel for at informantene skal føle seg avslappet i intervjusituasjonen. Med bakgrunn i at utgangspunktet for å skrive denne oppgaven var dårlige erfaringer, har vi vært veldig bevisste på å prøve å forholde oss nøytrale og ikke lete etter feil eller stille ledende spørsmål. Ved innhenting av den ene tillatelsen ønsket arbeidsgiver kopi av intervjuguide samt en gjennomlesing av oppgaven for godkjenning før publisering. Dette medførte at vi nok anstrengte oss veldig mye for å “ufarliggjøre” prosjektet vårt. Vi var jo ikke ute etter å “ta noen” og nå følte vi ekstra sterkt på at det måtte vi få formidlet godt til alle involverte parter.

Videre har vi nå i snart tre år fått lært det optimale, og er således ganske kritiske – noe vi for øvrig håper vi skal fortsette med også etter å ha blitt mer erfaren. Det mener vi kan bidra til en sikker legemiddelhåndtering.

Etter å ha samarbeidet på alle gruppeeksamener i snart tre år har vi lært en del om hvordan vi kan samarbeide best mulig og samtidig være effektive. I starten av prosjektet møttes vi, diskuterte og hadde litt idèdugnad. Vi kom i fellesskap frem til en problemstilling og deretter en grov disposisjon. Mye av det videre samarbeidet vårt har gått ut på at vi har jobbet hver for oss, men hatt løpende kontakt på en internettbasert kommunikasjonskanal som heter Skype. Vi har hatt fortløpende konferanser hvor alle tre pratet sammen eller utvekslet dokumenter og skriftlige beskjeder. Det er første gang vi har samarbeidet på denne måten, men det har fungert svært godt for oss. Vi har spart mye tid på både utenomstakk og reisevei, men samtidig hatt et tett samarbeid. I tillegg til enkelte gruppemøter har vi fått korrigeringer og gode innspill fra vår veileder. Det positive med å være flere har vært at vi har fungert som gode diskusjonspartnere og støttespillere for hverandre. På den annen side har det vært en utfordring å enes om tolkning og presentasjon av stoffet. På tross av en krevende og tidvis frustrerende arbeidsprosess synes vi at vi har samarbeidet godt. Det har vært lærerrikt og spennende å se hvordan vi selv og gruppa totalt fungerer under press og hvordan vi som venner takler situasjonen.

### **2.3.2. Populasjon og utvalg**

Vi har valgt å benytte oss av kvalitative intervju, hvor vi selv valgte ut informantene. Vi har gjort et *strategisk* utvalg (Dalland 2000:79), av sykepleiere ved ulike somatiske avdelinger ved et sykehus. Vi valgte å bruke disse avdelingene fordi vi tilbragte en av våre praksisperioder der, og registrerte ulike rutiner, erfaringer og utfordringer. Vi håper således gjennom våre informanter å få frem flere sider av dette mangfoldet. Valg av informanter er basert på at vi kjenner sykepleierne som reflekterte personer som vi opplever er opptatt av temaet. Videre har de praktisert flere år som sykepleiere – på ulike avdelinger og sykehus. Dette er faktorer som vi håper kan bidra ytterligere til å belyse flest mulig områder ved legemiddelhåndteringen i sykehus. På tross av få informanter håper vi å få et best mulig innblikk i forskjellige tiltak/rutiner som er med på å fremme en sikker legemiddelhåndtering. På denne måten hjelpe oss å fokusere på eventuelle forbedringspotensialer.

### **2.3.3. Intervjuprosess og analyse**

De aktuelle sykepleierne ble kontaktet på telefon, og på bakgrunn av en kort beskrivelse av undersøkelsen forespurt om å delta. Etter at de bekreftet det, kontaktet vi avdelingslederen og fikk muntlig tillatelse til å benytte dem som informanter. Vi sendte så en formell søknad, til de respektive lederne, om tillatelse til innhenting av data (vedlegg 1 og 2). Denne inkluderte en kort beskrivelse av hensikten med undersøkelsen og ble returnert til oss etter signering. Videre utarbeidet vi en intervjuguide (vedlegg 3) som ble sendt informantene en uke før intervjuet. De fikk således en mulighet til å gi oss gjennomtenkte svar. For å få litt kontinuitet og flyt skulle det være de to samme personene som skulle foreta begge intervjuene. På grunn av uforutsatte hendelser med påfølgende endringer, ble det slik at kun en av oss var med på begge intervjuene. En gang som leder en gang som assistent.

Intervjuene fant sted på et hyggelig samtalerom ved sykehuset, hvor vi kunne sitte alene og uforstyrret. Vi var to intervjuere tilstede. Den ene førte ordet mens den andre var støttespiller, og kom med utdypende spørsmål på det som ble oppfattet uklart eller der vi ønsket dypere informasjon. Det var en grei og lett stemning og under samtalen.

Arbeidet med intervjuene startet med at vi alle satte oss grundig inn i materialet før vi så foretok en foreløpig tematisering og systematisering av funnene. Vi analyserte intervjuene både enkeltvis og opp mot hverandre. Hadde de like erfaringer, samme oppfatninger og problemstillinger, eller forskjellig fokus og syn på legemiddelhåndteringen? Det var en møysommelig og vanskelig prosess fordi de fleste utsagn kunne passe under flere tema. Den endelige tematiseringen kom ikke på plass før under drøftingen. Selv her møtte vi store utfordringer. Hvordan kunne vi bruke informasjonen fra intervjuene på en best mulig måte for å belyse vår problemstilling; hva vi kan gjøre for å fremme sikker legemiddelhåndtering?

Etter at intervjuene var analysert endret vi det opprinnelige perspektivet noe. Vi valgte å se mer generelt på hvordan vi kan bidra til en sikrere legemiddelhåndtering, enn det vi tidligere hadde tenkt. Dette skjedde helt naturlig ut fra hva som kom frem i intervjuene og hva vi ønsket å fokusere mest på.

### **2.3.4. Ethiske overveielser**

Vi har vurdert vår egen kompetanse i forhold til å utføre et forskningsprosjekt. Da vi kun har gjennomført fem kvalitative intervjuer i forbindelse med en prosjektoppgave i 3. semester ser vi at vår erfaring er begrenset. Ved å sette oss inn i etiske retningslinjer av Åshild Slettebø (2005:171-180) og samarbeide med veileder, føler vi at prosjektet ble gjennomført på en god og

forsvarlig måte. Ivaretagelse av informanten er i følge Slettebø (2005:180) det aller viktigste av forskningsetiske normer. Herunder konfidensialitet, vern av personopplysninger og god informasjon. Både dette og anonymisering av så vel informanter, avdeling og sykehus mener vi er godt ivaretatt i dette prosjektet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og videre transkribert av en og samme person umiddelbart etter intervjuene. Lydfilene ble så slettet.

## **2.4. Våre erfaringer**

Vi har basert våre erfaringer på til sammen fem praksisperioder over åtte uker, i medisinske og kirurgiske sykehusavdelinger, under pågående utdanning.

## **2.5. Kvalitetsvurderinger av oppgaven**

Vi mener det er en *styrke* at vi alle tre har satt oss grundig inn i intervjuene og problemstillingen. Videre har vi mange like -, men også forskjellige erfaringer fra praksis, og har ingen problemer med å kjenne igjen situasjoner beskrevet av informantene. Åpne spørsmål mener vi også er positivt fordi det gir informantene mulighet å fokusere på det de mener er viktig.

*Svakheter* med metoden kan være at informantene var forhåndsplukket av oss, og således ikke tilfeldig valgt. Det faktum at det i tillegg kun er to informanter, vil være med på å vanskeliggjøre generaliseringen av våre data. Hvor vidt disse personene og avdelingene er representativt for sykepleiere og andre avdelinger kan være et usikkerhetsmoment med metoden. Også at vi valgt å intervju personer ved avdelinger vi har vært i praksis ved, kan ha vært med på å styre resultatet i en bestemt retning, på tross av at vi har vært meget bevisst på å unngå det. Nettopp av denne årsak valgte vi å ikke benytte informasjonen fra et spørsmål som vi oppfattet som “ledende”, noe vi i etterkant ser kan være en overdrivelse fra vår side da det sannsynligvis bare var et naturlig oppfølgingsspørsmål.

Vi ønsket ikke å bruke kvantitativ metode, fordi vi følte at kvalitative intervju gav oss bedre svar i forhold til vår problemstilling. Vi benyttet oss imidlertid av eksisterende kvantitativ forskning. Dette for å underbygge våre oppfatninger, samt gi et perspektiv på hvor stort problemet med sikker legemiddelhåndtering i virkeligheten er.

Vi er imidlertid åpne for at gruppeintervju kunne vært et godt alternativ til våre enkeltintervjuer. Noe vi valgte bort fordi vi følte ikke vi hadde nok erfaring til å foreta slike intervjuer. Et gruppeintervju opplevdes som mye mer krevende fordi vi da måtte holde fokus på tema samtidig som det skulle være rom for prat og diskusjoner. Vi var også redd for at en åpen gruppe kunne legge begrensninger på deltakerne i form av tilbakeholdt informasjon.

## 3. Teori

### 3.1. Kari Martinsens omsorgsteori

Den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia har i stor grad vært påvirket av sykepleieteoretiker Kari Martinsen. Vi har valgt å bruke Martinsens omsorgsteori som forankring i vår oppgave fordi vi deler Kirkevolds syn på at den gir en god forståelse av faget og sykepleierens kunnskapsgrunnlag (1998:168-169). Teorien er i stor grad basert på begrepet omsorg og beskriver begrepets tre kvaliteter som inngår i enhver omsorgssituasjon;

#### 3.1.1. Omsorg

For det første er omsorg *relasjonelt*. Dette innebærer at omsorg forutsetter mellommenneskelige forhold, hvor den ene parten utvikler omtenkksomhet og bekymring for den andre. Martinsen bruker selv et eksempel fra legemiddelhåndteringen når hun beskriver dette; “Når den ene lider, vil den andre “sørge” (i betydningen av å lide sammen med) og sørge for å lindre smerten” (2003:69).

For det andre er omsorg *praktisk*. Martinsen refererer til beretningen om den barmhjertige samaritan; ”En synes ikke bare synd på den lidende, men går bort til den fremmede jøden, steller og forbinder sårene” (2003:16). I vår sammenheng vil praktiske ferdigheter være nødvendig for å ivareta sikker legemiddelhåndtering. For å vite hva som er det rette å gjøre i situasjonen er det imidlertid viktig at vi forstår situasjonen som den lidende befinner seg i (Alvsvåg 2006:67). I følge Martinsen kan vi bare forstå de situasjoner vi har erfaring med (Martinsen 2003:71).

Omsorghandlinger læres ved å erfare omsorg fra andre, gi omsorg eller se andre gi omsorg. I tillegg kan vi oppleve mangel på omsorg eller unnlate å gripe inn i situasjoner der omsorgen ikke er tilstrekkelig. Ved å reflektere vil vi lære, og på den måten kan vi handle på en bedre måte i neste situasjon. Ved at vi praktiserer omsorg kan vi dermed oppøve og lære omsorg (Alvsvåg 2006:67-68).

For det tredje er omsorg *moralisk*. Med dette mener Martinsen at måten vi er til stede i relasjonen og utfører handlingen på avgjør om omsorgen er ekte (Alvsvåg 2006:68). Vi må møte den andre med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon, slik at vi “verken overvurderer eller undervurderer hans evne til selvhjulpenhet” (Martinsen 2003:71). Videre ser Martinsen denne forståelsen i lys av moralfilosof Uffe Juul Jensens beskrivelse av hvordan alle mennesker står i et avhengighetsforhold til hverandre, og at denne avhengigheten fører til at noen mennesker får makt over andre. I forhold til legemiddelhåndtering er dette svært relevant fordi legen overtar ansvaret for medisinerer når pasienten innskrives til sykehuset. Utdeling av legemidler delegeres deretter til



sykepleierne ved de ulike avdelingene. Pasienten vil derfor være avhengig av sykepleieren. Omsorgsmoraleen sier noe om hvordan sykepleieren håndterer makten, og handler ut fra prinsippet om ansvaret for den svake. Ved å tenke seg at rollene kunne vært byttet om, oppnår man solidariske handlinger hvor man bruker moralsk skjønn i hver enkelt situasjon for å gi den svake en mulighet til å leve så godt som mulig (Martinsen 2003: 17,47).

### **3.1.2. Omsorgsarbeid**

I tillegg til å si noe om hva omsorg er og omfatter, har Martinsen beskrevet hvordan utøvelsen av omsorg knyttet til sykepleie skal være. Hun definerer yrkesutøvelsen av omsorg som *omsorgsarbeidet* (Alvsvåg 2006:68, Martinsen 2003:68).

“Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon” (Martinsen 2003:75). Hun ser det som en selvfølge å kjenne til sykepleielære og medisinske kunnskaper, og mener at lærebokkunnskapen må praktiseres for å bli faglig dyktig. Herunder skriver Alvsvåg (2006:69) at fagkunnskaper tilegnes ved å praktisere faget, reflektere teori og praktiske situasjoner, og drøfte handlingsalternativer med erfarne kollegaer.

### **3.1.3. Faglig skjønn**

For at pasientene skal oppleve tillit, kjærlighet og åpenhet i møte med sykepleierne er omsorg og *skjønn* viktige momenter i Martinsens tenkning. Skjønn er i følge henne å tyde inntrykkene vi får av pasienten, og på sitt beste formidler det både faglighet og omsorgens barmhjertighet. I følge Løgstrup kan man hindre lovens ånd i å gå i oppfyllelse dersom en følger lovens bokstav (Alvsvåg 2006:72-74). Med andre ord kan skjønn være viktig for å realisere lovens eller lærebokens intensjon. For å ta en riktig og best mulig avgjørelse er det man imidlertid avhengig av kunnskap, faglig innsikt og erfaring (Alvsvåg 2006:74).

## **3.2. Legemiddelhåndtering**

Legemiddelhåndtering er lovfestet i Helsepersonellovens § 11, og gir stort sett bare leger og tannleger rett til å rekvirere legemidler. Pasientbehandling som innebærer legemidler er imidlertid et samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper, der lege, sykepleier og farmasøyt har et ansvar i samarbeidet om legemiddelhåndteringen (Bielecki og Børdahl 2008:13).

### **3.2.1. Ordinering av legemidler**

Utgangspunktet for sykepleierens utdeling av legemidler er legens skriftlige ordinasjon. Legens signatur markerer ansvaret for det som er ordinert. En ordinasjon som ikke er signert av lege viser ikke hvilken lege som er ansvarlig, og er dermed et dårlig utgangspunkt for sykepleierens utdeling av medikamenter. Videre er det vesentlig å vite at oppstart, fortsettelse, endring eller avslutning av legemiddelbehandling er i følge helsepersonelloven og gjeldende forskrifter et *legeansvar* (Bielecki og Børdahl 2008:16-17).

### **3.2.2. Sykepleierens grunnlag for legemiddelhåndtering**

Gjennom sykepleierutdanningen er bakgrunnen for legemiddelhåndteringen basert på undervisning i anatomi, fysiologi, sykdomslære, farmakologi, sykepleie og legemiddelhåndtering. Dette legger grunnlaget for den faglige kompetansen som bør være tilstede for å ivareta legemiddelhåndteringen. Videre er praksisperiodene gjennom sykepleieutdanningen en arena hvor studentene får trening i utøvelsen av legemiddelhåndteringen (Bielecki og Børdahl 2008:14). Disse områdene legger grunnlaget for den bakgrunn som sykepleieren har som nyutdannet.

### **3.2.3. Sykepleierens ansvar for legemiddelhåndtering**

Sykepleierens ansvar i legemiddelhåndteringen innebærer et formelt -, faglig - og moralsk ansvar.

I *det formelle ansvaret* ligger den strafferettslige forpliktelsene for at behandlingen skal skje korrekt. Sykepleieren må da følge legens rekvirering, observere pasienten i forbindelse med legemiddelbehandlingen og gi tilbakemelding om noe unormalt inntreffer for så å igangsette nødvendige tiltak som legen bestemmer. Ved skader som oppstår på grunn av feil i behandlingen har sykepleieren en plikt til å rapportere. Dersom sykepleieren opplever at rekvisisjonen er feil eller mangelfull, skal behandlingen utsettes til legen er kontaktet (Bielecki og Børdahl 2008:15-16).

I helsepersonellovens § 4 finner vi hjemmelen for at legemiddelhåndteringen skjer på *en faglig forsvarlig måte*. Sykepleieren må ha nødvendig kunnskap om legemidler, holde seg faglig oppdatert og ta ansvar for egen etterutdanning. Hun må videre kjenne til og følge de lokale retningslinjene innen legemiddelhåndteringen. Sykepleierens faglige og personlige ansvar for egne vurderinger og handlinger må i følge yrkesetiske retningslinjer erkjennes av den enkelte. Å ivareta faglig

forsvarlighet innebærer også at sykepleieren må vurdere egen kompetanse, og ikke påta seg ansvar som hun ikke er kvalifisert til (Bielecki og Børdahl 2008:17-18).

Sykepleierens *moralske ansvar* kommer til uttrykk i de yrkesetiske retningslinjene, der det fastslås at kunnskapene skal holdes ved like og at sykepleieren må beskytte pasienten mot ulovlig eller uforsvarlig praksis (Bielecki og Børdahl 2008:21).

### **3.2.1. Utdeling av legemidler**

Utdeling av legemidler er en ansvarsfull og krevende jobb der det kan være små marginer mellom rett og galt. For at medikamenthåndteringen skal skje korrekt skal de kontrolleres i henhold til de 7 R-er. Avvik kan nesten alltid forklares som brudd på en eller flere av disse sju:

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

### **3.2.2. Dobbelkontroll**

1. mai 2008 kom forskriften “Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp” (SHdir 2008). Den ble sendt ut i et rundskriv sammen med en veiledning som gir råd og praktiske eksempler for å sikre at legemiddelhåndteringen skjer på en forsvarlig måte. Blant annet gis virksomhetsleder ansvar for å vurdere om istandgjort legemiddel bør dobbelkontrolleres av kvalifisert personell. “Dobbelkontroll vil øke kontrollens kvalitet og bidra til å forebygge at feil skjer” (SHdir 2008). Det er imidlertid ingen krav, og teksten bruker BØR om situasjoner som anbefales kontrollert; “Injeksjoner og infusjoner, ved bruk av A-preparater, ved bytte mellom byttbare preparater, ved bruk av legemidler ved smal terapeutisk bredde og istandgjøring av flere doser” (SHdir 2008).

### **3.2.3. Avviksmeldinger**

Å tilstrebe korrekt legemiddelhåndtering er viktig for å oppnå en best mulig behandling og for å unngå skade på pasienten. Vi vet imidlertid at avvik skjer på alle nivåer i helsetjenesten.

For å skåne den eller de som har forårsaket en feil, har en derfor gjerne prøvd å dysse ned episoden i en slags misforstått omsorg. Men når slike hendelsesforløp ikke blir registrert, kan de heller ikke brukes til en systematisk og kritisk gjennomgang av rutinene med tanke på å unngå at feilene blir gjentatt (Bielecki og Børdahl 2008:32)

Helsevesenet har plikt til å melde avvik til meldesentralen i Statens helsetilsyn, også legemiddelavvik. Hensikten er at helsetjenesten skal få tilbakemelding om læringen og erfaringen fra disse meldingene. Læring og forbedring vil da kunne skje på bakgrunn av både egne – men også andres – erfaringer.

Helsetilsynet konkluderer med en stor underrapportering av avvik, og at den lovpålagte meldingsplikten følges i svært ulik grad. De beskriver innrapporterte meldinger som *toppen av isfjellet* (Bielecki og Børdahl 2008:35-36).

### **Forbedringsarbeid og ansvar**

Identifisering og bekjemping av legemiddelfeil er både et leder- og arbeidstakeransvar. Ansvar for å sette i gang kvalitetssikringer ligger hos leder av avdelingen, men alle leger og sykepleiere har ansvar for å følge opp prosedyrer og retningslinjer som blir laget i denne hensikt (Bielecki og Børdahl 2008:46).

### **3.3. Kultur**

”Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn” (Magelssen 2008:15). Ut fra denne definisjonen vil kultur omfatte både det å tenke, føle og handle, og således spille en stor rolle i forhold til hvordan sikker legemiddelhåndtering ivaretas. Likevel er det ikke den enkeltes handling som *er* kulturen. Kulturen kan sees på som de ”briller vi ser gjennom”, altså våre kunnskaper, verdier og handlingsmønstre eller handlingsregler. Handlingene; det folk gjør, kan sees på som kulturelle uttrykksformer. Magelssen (2008:15) beskriver det slik: ”Forholdet mellom kultur og kulturelle uttrykksformer er som forholdet mellom trafikkreglene og trafikken”. Folks handlinger behøver dermed ikke å være identisk med deres kultur.

”Det karakteristiske ved et samfunn er at medlemmene har et visst forhold til hverandre, og at de til en viss grad har felles identitet, felles interesser felles verdier og gjensidige og komplementære

rolleforventninger til hverandre” (Magelssen 2008:53). Ved å se et samfunnet som en gruppe av grupper og et system av systemer skjønner vi at en også en arbeidsplass kan kalles et samfunn (Magelssen 2008:90).

Til tross for en kompleks, hierarkisk struktur og mange ulike avdelinger og arbeidsoppgaver snakker vi om at sykehuset har en *hovedkultur*. Den reflekterer gjerne normer, verdier og andre elementer fra samfunnet rundt oss. Ut fra hovedkulturen dannes det ofte underkulturer eller såkalte *subkulturer* som er tilknyttet hver sykehusavdelings virkelighet. Selv om sykepleiere på en intensivavdeling og en rehabiliteringsavdeling har en felles hovedkultur som også er påvirket av utdannelsen, vil mye være forskjellig.

Problematikken det arbeides med ved de ulike avdelingene, de menneskene og den virkeligheten en møter der, kan bidra til at det også utvikler seg kulturelle forskjeller eller tendenser til subkulturer (Magelssen 2008:98).

## 4. Drøfting

### 4.1. Sykepleierens ansvar

#### 4.1.1. Dersom rollene var byttet om - og det var deg selv

Begge informantene opplever at den enkelte sykepleiers holdning spiller en vesentlig rolle i forhold til hvordan legemiddelhåndteringen ivaretas. “..man har jo forskjellige holdninger til det, det ser man jo veldig tydelig. Det ser man på studenter og det ser man på sine medarbeidere”. Blant annet opplever den ene sykepleieren at hennes måte å være på kan oppfattes som streng, mens hun i realiteten ønsker å skape refleksjon blant studenter og kollegaer:

Det er noe med det om en snur rollene, hvis det hadde vært deg selv [...] For i det øyeblikket du står som pasient selv, eller noen nære, så vil du jo ikke at de skal få dobbel dose.

Sett i lys av Kari Martinsens omsorgsteori bruker en moralsk skjønn for å oppnå solidariske handlinger, nettopp ved å tenke seg at rollene kunne vært byttet om. Dersom vi var pasienter med behov for medisin ville vi ønsket at sykepleieren gjennomførte utdelingen på en faglig forsvarlig måte, og i henhold til de 7 R-ene. Dette for å sikre oss mot uhell og nesten-uhell i størst mulig grad. Informantene beskriver ulike rutiner som fremmer sikker legemiddelhåndtering. For at riktig pasient skal få riktig medisin merkes medisiner og sykepleieren ber om muntlig bekreftelse på navn. Dobbelkontroll av dosetter bidrar til å sikre riktig dose og styrke. De ser imidlertid at tiden ofte er en utfordring i forhold til utdeling av medisiner. Dette kan være fordi man ikke rekker over alle pasientene i tide, eller fordi andre ting opptar dem. Den ene påpeker også at bruk av synonympreparater ofte er en problemstilling. Retningslinjene sier at dette skal avklares med lege, men informanten opplever at det syndes mot disse rutinene. I en av praksisperiodene opplevde vi ved en anledning at legen spesifiserte “ikke synonympreparat”, ved siden av forordningen av en betablokker i medisinkurven. På spørsmål forklarte han at forskning hadde vist at Selo-Zok hadde en meget jevn utskilling av virkestoff, mens synonympreparatet ikke var like godt dokumentert. Å gi synonympreparatet til svært hjertesyke pasienter var således ikke ønskelig. Det at legen måtte påpeke at pasienten ikke skulle ha synonympreparater, kan jo tyde på at det vanligvis gis slike uten å kontakte legen i forkant.

For å oppnå en sikker legemiddelhåndtering må man i følge Mazur og Chen (2008) få en kultur der sykepleierne er tro mot prosedyrene, og følger opp eventuelle problemområder når de oppstår. I tilfellet med synonympreparat innebærer dette at sykepleierne kontakter legen ved behov. For å følge opp problemet i ettertid kan man for eksempel ta initiativ til å få på plass en liste over de mest brukte synonympreparatene, som legene godkjenner ved de enkelte avdelingene.

Ved å tenke seg at rollene er byttet om kan kanskje vi som sykepleiere bli mer bevisst vårt ansvar, og fremme sikker legemiddelhåndtering ved at vi følger retningslinjer i større grad og tar initiativ når man kommer over problemområder.

Martinsens omsorgsteori sier også at man skal møte den andre med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I forhold til legemiddelhåndtering kan man imidlertid i noen tilfeller være i tvil om hvordan man gjør det. På den ene siden ser man som sykepleier viktigheten av å fremme sikker legemiddelhåndtering ved å følge de 7 R`er som nevnt ovenfor. På den andre siden ønsker man å imøtekomme pasientens behov for medisin, fordi man gjennom relasjonen til pasienten gjenkjenner og forstår at han for eksempel har smerter. Begge prinsippene anerkjenner pasienten, men kan i noen tilfeller komme i konflikt med hverandre. I praksis opplevde vi ved en anledning at en sykepleier la post-it-lapper der narkotikabeholdningen manglet to signaturer for kontrolltelling. Vi ble rystet fordi dette var sterke preparater, som i henhold til forskriftene burde dobbeltkontrolleres før utdeling. Som pasient ville vi i utgangspunktet satt pris på at medikamentene ble kontrollert av to personer. Feilmedisinering er alltid en risiko, og slike medikamenter kan i verste fall gi fatale konsekvenser. På den annen side vurderte kanskje sykepleieren smertene som uutholdelig. Den moralske handlingen kunne i dette tilfelle muligens være å gi medikamentene uten forsinkende ledd. Forskriften på sin side tillater slike vurderinger ved at den sier at A- preparater *bør* dobbeltkontrolleres. Vi opplever imidlertid at dobbeltkontroll er mulig i de aller fleste tilfellene. Vår holdning er derfor å fremme pasientens sikkerhet ved å sørge for at istandgjort legemiddel kontrolleres av kvalifisert personell i størst mulig grad.

#### **4.1.2. Vurdering av pasientens selvhjulpenhet**

Informantene forteller også at de av og til opplever at medisinbegre kan stå igjen med medisinen i på nattbordet til pasientene. I henhold til retningslinjene er medisinen strengt tatt ikke gitt før sykepleieren har sett at pasienten har tatt den. Vurderer man imidlertid pasienten ut fra hans situasjon innebærer dette i følge Martinsen at man ikke skal undervurdere pasientens evne til selvhjulpenhet. I noen tilfeller opplever vi at det derfor vil være riktig å la pasienten selv ta ansvar for at medisinen blir tatt. Som studenter har vi blant annet vært meget påpasselig med at medisinen blir tatt, noe vi i enkelte tilfeller har opplevd som plagsomt for pasientene. Dette kan være pasienter som har vært vant til å ta egne medisiner i tilknytning til mat eller på sin spesielle måte, eller unge pasienter som blir irritert fordi vi passer på dem på den måten. På den annen side kan selv unge

pasienter glemme å ta medisinen sin. Alternativt kan andre pasienter kan ta den, med eller uten overlegg. Vurdering av pasientens kognitive funksjonen kan til tider være vanskelig.

Den ene informantene påpeker at man må vurdere pasienten, og bruke lengre tid i de tilfellene det er nødvendig for å sørge for at medisinen tas. For å fremme sikker legemiddelhåndtering kan det kanskje være nødvendig å bruke den tiden som er nødvendig for å påse at *alle* tar foreskrevet medisinen.

#### **4.1.3. Det er bra å stille kritiske spørsmål**

Informantene opplever generelt sett at de fleste er opptatt av å følge rutiner og retningslinjer, og at ting skal være rett. Dette ser vi som vesentlig for å fremme sikker legemiddelhåndtering. En av dem kommenterer imidlertid forskjellene på denne måten; “Man ser nu kanskje ganske fort hvem som er nøye og hvem som ikke er nøye”. Vedkommende opplever videre at studenter kan lære å slurve i praksis, og påpeker at vi må tilstrebe å fortsette med det vi har lært på skolen. Som sykepleiere ser de begge viktigheten av å være gode forbilder for studenter, og oppfordrer til kritisk refleksjon.

Noe jeg absolutt bruker å si til studenter er at man ikke bare må se på det folk gjør, og så bare lære av det [...] Det er bra å være kritisk. Det er bra å stille kritiske spørsmål. Man må ikke bare ta alt for god fisk.

Slurv og uvørenhet blant sykepleiere kan være et tegn på at vedkommende ikke reflekterer over teori og handlingsalternativene sine, ei heller diskuterer med erfarne kollegaer. Dersom sykepleieren har et bevisst forhold til omsorgsarbeidet ville omtanken for pasienten resultert i at vedkommende gjorde jobben på en god måte. På den annen side må ikke nødvendigvis det vi oppfatter som slurv være en handling som ikke har omsorg for pasienten i tankene, men heller være mangel på fagkunnskaper. Blant annet viser Bruheims (2008) undersøkelse til forfatterens overraskelse at ingen av sykepleierne i undersøkelsen opplevde at feilene de hadde gjort fikk alvorlige konsekvenser for pasienten. Deretter viser hun til en studie som kom frem til at 20 % av feilmedisinering er livstruende. I tillegg viser Bertsches mfl (2008) studie at det er nær sammenheng mellom manglende kunnskap hos sykepleier og forekomst av avvik.

For å bidra til å fremme sikker legemiddelhåndtering ser vi dermed nødvendigheten av at vi som sykepleiere må sørge for å holde oss faglig oppdatert. I følge Martinsen må man utføre lærebokkunnskapene i praksis for å bli faglig dyktig. Som informantene sier, forsøke å gjennomføre det vi har lært på skolen. Ved å inneha teoretiske kunnskaper kan man stille seg kritisk til retningslinjer og rutiner i praksis. Dersom kunnskap uteblir vil man lett adoptere rutiner og prosedyrer, selv om disse er feil eller lite hensiktsmessige.



## **4.2. Erfaring**

### **4.2.1. Man vil jo få erfaring etter hvert**

Informantene referer gjentatte ganger til at tilegnet erfaring gjør hverdagen lettere med tanke på legemiddelhåndtering. Dette kommer blant annet frem i forhold til kjennskap til ulike legemidler:

Det er en jungel av legemidler å sette seg inn i på en måte. Det virker jo litt overveldende når man er ny, men man er jo selvfølgelig i praksis, og man lærer seg en del. Man får jo mer oversikt etter hvert. Man trenger jo litt tid på det.

Kari Martinsen peker også på erfaring som en viktig del av omsorgarbeidet. Det er i følge henne gjennom erfaringer med praktisk arbeid, i møte med pasientene, en kan utvikle faglig dyktighet. Som studenter har vi i mangel på erfaring fått oppleve hvor overveldende håndtering av legemidlene er, og hvor mye konsentrasjon som kreves til de ulike oppgavene. Vi opplevde blant annet at vi brukte mye lengre tid på å sjekke dosettene og dele ut medisinene, enn sykepleierne ved avdelingen. Informantene opplever også at tiden spiller en stor rolle i legemiddelhåndtering. “Et av de største problemene er jo kanskje tida!”. En sykepleier med en del erfaring slipper imidlertid å bruke så mye energi på praktiske ferdigheter, og har allerede tilegnet seg kunnskap om flere ulike medikamenter. Dermed kan det være lettere for en erfaren sykepleier å håndtere arbeidsdagen, på tross av tidspress.

Begge informantene viser imidlertid en aksept for å være ny, og oppfordrer oss som nyutdannede til å spørre;

Det beste man kan gjøre som nyutdannet er å være ydmyk. Hvis det er noe man ikke kan. Hvis det er noe man føler man trenger mer opplæring i. Er usikker i – så spør.

På denne måten utveksler man kunnskap med mer erfarne kollegaer, noe som i følge Martinsen gir oss mer fagkunnskap på veien mot faglig dyktighet. Som sykepleiere skal vi stadig vurdere egen kompetanse for å ivareta faglig forsvarlighet og sikker legemiddelhåndtering. Derfor er det meget viktig at man er ydmyk og spør sine kollegaer dersom man er usikker. Dette mener vi tyder på at man er bevisst sitt ansvar og ikke gir seg ut på noe en ikke behersker.

For å bidra til sikker legemiddelhåndtering ser vi det som viktig at vi som nyutdannede bruker den tiden vi trenger for å ivareta legemiddelhåndteringen på en god måte, og vurderer vår kompetanse. På denne måten vil vi opparbeide oss erfaringer basert på grundighet og nøyaktighet.

#### **4.2.2. Noen ganger må man stoppe opp**

Som vi ser kan det langt på vei virke som erfaring bidrar til en bedre hverdag for sykepleierne i forhold til legemiddelhåndtering, og i så måte kanskje bidrar til å fremme sikkerheten. Men som den ene sier:

Så er det noe med at en ikke bare må gå etter rutinene, men en må se etter på det du bruker. Det er noe med å være våken, og noen ganger må en ta seg selv og stoppe opp når det er travelt på en måte.

I dette tilfellet var det snakk om å sjekke at riktig utstyr lå på riktig plass, og ikke bare anta at dette var tilfelle uten å kontrollere. Slik vi opplever det kan man overføre verdien ved at man som erfaren kan bli noe sløvet i forhold til å sjekke opp prosedyrer, og eventuelt sjekke om det er kommet nye retningslinjer. Blant annet kunne den andre informantene fortelle at vedkommende som nyutdannet ble instruert til å gi et legemiddel på feil måte av en erfaren sykepleier. Først etter å ha sjekket Felleskatalogen ble hun oppmerksom på at prosedyrene var annerledes. I følge Bruheim (2008) melder erfarne sykepleiere flere feil enn de med ansiennitet på mindre enn to år. Man kan tenke seg at nyutdannede er mer opptatt av å sjekke retningslinjer og kontrollere i større grad, men som Bruheim poengterer kan den økte rapporteringen også skyldes at erfarne sykepleiere blant annet innehar mer kunnskap, føler størst ydmykhet og opplever størst trygghet på seg selv.

Som sykepleier er det uansett er en utfordring å holde seg faglig oppdatert i en hektisk hverdag, slik lovverket krever. Informantene understreker derfor viktigheten av kritiske studenter som kan vise til oppdatert forskning og litteratur, slik at selv erfarne sykepleiere kan lære litt.

Informantene kunne også fortelle at de med årene hadde blitt noe mer avslappet i forhold til legens signatur av ordinasjoner de fikk per telefon. Som nyutdannet var de mer opptatt av at legen signerte kurven med det samme. Begge informantene ser imidlertid problemet med manglende underskrift, og kommenterer i den sammenheng at de føler seg bedre dersom de kjenner legen som har vakt, samt kjenner til legemidlet.

For det første viser ikke en usignert ordinasjon hvem som er ansvarlig for behandlingen. Dersom det for eksempel skulle oppstå komplikasjoner i etterkant, er dette et dårlig utgangspunkt for sykepleieren. Informantene forteller imidlertid at de ofte dokumenterer at lege eller “bakvakt” har ordinert legemidler per telefon. For det andre er “mangelfull ordinerings” dokumentert som hovedårsak til over halvparten av feilmedisineringer. Mangelfull ordinerings skyldes utilstrekkelig kommunikasjon mellom sykepleier og lege, blant annet ved at forordninger gis muntlig (Bruheim 2008).

Vi opplever at dette er problemstillinger som i all hovedsak oppstår i situasjoner der medisin må gis for å dekke mer eller mindre akutte behov. Det vil for eksempel si smertestillende, kvalmedepende, antibiotika og lignende. Som sykepleier skal man i følge Martinsen vise skjønn, det vil si tyde pasientens inntrykk og handle deretter. Dersom lege ikke er til stede bruker sykepleierne sin kunnskap, faglig innsikt og erfaring til å vurdere pasientens uttrykk, legens eventuelle muntlige ordinerer og legemiddelets virkning. Ved å vente til legen signerer kurven før man kan gi medikamentet følger man lovens bokstav, men hindrer slik vi opplever det lovens ånd i Løgstrups forstand. Når man bruker faglig skjønn har man kunnskaper og erfaring om legemidlers virkning, er bevisst på hvilke utfordringer som ligger i muntlige ordinerer og handler til det beste for pasienten. Dersom flere hadde gjort som informantene sa i forhold til å ta seg selv og stoppe opp, ville kanskje flere reflektert over mulige konsekvenser av manglende underskrift og sørget for en signatur på kurven ved neste visitt.

Mangelfull ordinasjon kan også skyldes at den er skrevet for hånd (Bruheim 2008). Dette opplever også informantene som en meget stor utfordring. Den ene sier blant annet; “Det skjer feilbehandling der folk får feil dose fordi det er utydelig å lese kurver”. Som erfaren sykepleier vil man imidlertid kjenne til normale styrker og doser i forbindelse med forordning av et legemiddel, og på den måten tolke kurven riktig. På den annen side kan tolkningen bli feil fordi man har erfart at den aktuelle dosen eller styrken vanligvis er av en viss størrelse, mens den i noen tilfeller kanskje skulle vært lavere eller høyere. Videre opplever informantene at kurvene er ufullstendig utfyllt, for eksempel uten bestemt oppstart og avslutning av et legemiddel. Sykepleieren har en strafferettslig forpliktelse, hvor hun skal sørge for at behandlingen er korrekt. Ved mangelfull ordinasjon skal behandlende lege kontaktes. I henhold til forskriftene er dette et legeansvar. Det kan imidlertid virke som at sykepleieren ivaretar oppfølgingen av oppstart og avslutning i noen tilfeller.

For å bidra til sikker legemiddelhåndtering ser vi at vi som sykepleiere må bruke erfaringen som vi opparbeider oss på en slik måte at vi ikke blir sløvet. I stedet kan vi forsøke å bruke den kunnskapen vi tilegner oss til å videreutvikle oss selv og systemet rundt oss. I så måte blir refleksjoner vedrørende hva vi gjør, hvordan vi gjør det og hvorfor vi gjør det viktig. Med erfaring tror vi også det kommer en del gjennomslagskraft, og på den måten vil vi for eksempel kunne påvirke legens signering av kurven.

### **4.3. Avdelingskultur og kvalitetssikring**

#### **4.3.1. Avviksmeldinger**

Bruheim (2008) mener grad av feilrapportering har mye med kultur å gjøre. Begge informantene opplever også at kulturen i stor grad er avgjørende for hvor vidt man skriver avviksmeldinger eller ikke. En av dem sier at det kanskje kan oppleves som at avviksmeldinger kan brukes for å ta noen for feil de har gjort, selv om vedkommende vet at dette ikke er meningen; ”Jeg tror det er også veldig mye med kulturen i avdelingen, fordi at poenget er jo ikke å ta noen”.

Som student erfarte en av oss at en sykepleier kontrollerte medisinene som ble lagt opp, uten å se at det var lagt en tablett feil. Dette oppdaget hun selv fordi hun sjekket medisinene en gang til. I ettertid oppfattet hun sykepleieren som flau, og opplevde at vedkommende ikke ville diskutere hendelsen. Ut fra teorien om kultur kan man imidlertid ikke tolke denne ene sykepleierens handlinger som representativt for rapporteringskulturen ved avdelingen. For å bruke Magelsens ordspråk kan trafikantene velge å kjøre på rødt lys.

På den annen side kan det virke som avdelingen ikke har gode rapporteringsrutiner for avvik, da vi ser for oss at en slik avdeling åpent kan diskutere uhell og nesten-uhell. Blant annet fortalte den ene informanten om en tidligere arbeidsplass, hvor aktiv bruk av avviksmeldinger resulterte i en åpen kultur som ikke skjulte feil i frykt for å bli hengt ut. Dersom man skal lære av feil bør man i følge førsteamanuensis i helseøkonomi, Sverre Grepperud, rapportere nesten-ulykker fordi disse situasjonene gir like mye læring som alvorlige ulykker (Tjoflot 2005). Videre peker han på at det bør innføres reaksjoner mot helsepersonell som unnlater å rapportere feil, uavhengig om det førte til pasientskade eller ikke.

For å bidra til å fremme sikker legemiddelhåndtering kan vi som sykepleiere først og fremst ta et ansvar for å skrive avviksmeldinger. For det andre viser Mazur og Chens (2009) forskning at 70 prosent av sykepleierne mente at gruppens oppfatning påvirket dem i forhold til feilrapportering og forbedring av legemiddelhåndtering. I tillegg viste 70 prosent av denne gruppen til at sikkerhetsstandarder i avdelingen ble fulgt opp på en dårlig måte som et følge av andres påvirkning og produksjonspress. Dette viser at vi som enkeltpersoner i et arbeidsmiljø påvirker hverandre. Vi kan dermed tre frem som gode rollemodeller på dette området, og forsøke å påvirke verdiene og interessene som råder. På den måten bidrar vi til å fremme sikker legemiddelhåndtering ved at vi kanskje får et arbeidsmiljø med komplementære forventninger om å rapportere hendelser, og som etter hvert tar tak i utfordringer.

I løpet av praksisperiodene opplevde vi tre til sammen at det ble skrevet én avviksmelding, selv om noen sykepleiere vedgikk at det ble skrevet flere. Som en av dem sa; skal vi skrive avviksmeldinger

må vi stort sett gjøre det på overtid, for det er ikke tid i løpet av arbeidsdagen. I begge intervjuene kommer det frem at informantene opplever at det skrives få avviksmeldinger. Blant annet sier den ene; “Jeg tror nå det er lite avviksmeldinger som skrives da”. Dette baserer hun på at hun verken hører eller ser at det er skrevet i rapporter, på tross at hun er ganske sikker på at det skjer en del feil. På bakgrunn av dette kan det virke som flere avdelinger rapporterer avvik i liten grad. En må dermed kanskje se på sykehuset som helhet, og vurdere tiltak slik at kunnskap og verdier som ser nytteverdien av avviksmeldinger fremheves. På den annen side utvikler det seg kulturelle forskjeller ved de ulike avdelingene, og oppfatningen som kommer frem i vår oppgave trenger i så måte ikke være representativt for sykehusets hovedkultur.

#### **4.3.2. Det handler om å jobbe konstant med forbedringsarbeidet**

Avviksmeldinger vil også være en måte å lære omsorgshandlinger på i tråd med Kari Martinsens tenkning. Ved å reflektere over situasjoner der omsorgen ikke var tilstrekkelig, kan vi lære å handle bedre neste gang. Ved å bruke avviksmeldinger aktivt kan man kanskje få nødvendig refleksjon for å lære. På denne måten kan vi få i gang en diskusjon og et forbedringsarbeid slik at vi unngår samme feil neste gang, noe som fremmer sikker legemiddelhåndtering.

Begge informantene hadde god erfaring med aktiv bruk av avviksmeldinger fra tidligere arbeidsplasser. Den ene forteller:

Jeg jobbet et sted før, der vi brukte avviksmeldingene på avdelingsmøtet, og gikk gjennom dem og diskuterte hvorfor gikk det feil, og hva kan vi gjøre bedre. Og det tror jeg er en veldig god måte å gjøre det på. Men det handler om å jobbe konstant med det, og avviksmeldinger er...vi er mennesker og vi gjør feil. Hva sviktet og hvor kan vi gjøre det bedre?

Informantene peker imidlertid på travelhet som en av årsakene til avvik, og vi opplever at en av årsakene til at sykepleiere ikke rapporterer avvik er nettopp travelhet. I så måte havner man kanskje i en situasjon, hvor man må velge mellom omsorg til pasientene, og noe som kanskje kan oppfattes som byråkratisk papirarbeid de sjeldent får tilbakemelding på. Dette er en verdikonflikt som vi opplever favoriserer omsorg for pasienten. På den annen side vil kanskje en avdeling som har kunnskap om hvilke resultater avviksmeldinger kan gi og tydelig viser at den ser verdien av at medarbeiderne bruker tiden sin på det, kunne påvirke hvordan sykepleierne prioriterer. I det lange løp kan man kanskje si at omsorg for pasienten vil være å sette av tid til å rapportere avvik, fordi en bare kan forebygge feil ved å sette fokus på alle avvik - både uhell og nestenuhell. Som helsearbeidere har vi en plikt til rapportere avvik, i tillegg til at vi som sykepleiere har et moralsk

ansvar for å beskytte pasientene mot uforsvarlig praksis. Dersom man har rutiner som gjentatte ganger fører til avvik uten at noen griper tak i problemet, mener vi dette kan omtales som uforsvarlig praksis.

Gode rutiner for å rapportere avvik vil kunne være et virkemiddel for å forebygge feil, og dermed fremme sikker legemiddelhåndtering. Bruheim (2008) mener utfordringen ligger nettopp ved holdningsendring som kan føre til en trygg meldekultur, hvor ledelsen viser tillit og aksept ved å gi positive tilbakemelding om meldingen – og ikke sanksjoner.

## 5. Avslutning

### 5.1. Oppsummering

På bakgrunn av forhold innen legemiddelhåndtering som vi opplevde som kritikkverdige, valgte vi å skrive om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å fremme sikker legemiddelhåndtering i sykehus. Problemet viste seg å være langt større og mer omfangsrikt enn først antatt. Dette gjorde at vi et stykke ut i oppgaven valgte å endre noe på fokus, slik at vi endte opp med et mer overordnet perspektiv på løsningen av problemet. Vi begynte derfor å fokusere på mekanismene *bak* hendelsene – og hva som påvirker dem. Med bakgrunn i problemformuleringen ble det da helt naturlig å rette søkelyset mot oss selv, som sykepleiere og enkeltpersoner. Hva kan *vi* gjøre?

### 5.2. Konklusjon

Ved å støtte oss til Kari Martinsens omsorgsteorier, har vi gjennom arbeidet med oppgaven sett betydningen av sykepleierens moral, ansvar, praktiske kunnskaper og erfaringer. Et gjennomgående tema gjennom hele drøftingen har vært viktigheten av sykepleierens refleksjon. Vi anser faktisk evnen til refleksjon som en av de mest grunnleggende egenskapene som sykepleier. For eksempel ser vi at refleksjoner gjør at det moralske ansvaret kommer sterkere til syne.

Ved å tenke seg at rollene er byttet om kan kanskje vi som sykepleiere bli mer bevisst vårt ansvar, og fremme sikker legemiddelhåndtering ved at vi følger retningslinjer i større grad og tar initiativ når man kommer over problemområder. Som vi vet er det ingen regel uten unntak, så enkelte tilfeller vil nok likevel kreve at vi av hensyn til pasienten velger å vike noe fra retningslinjene.

Som en del av et arbeidsmiljø vil vi som sykepleiere alltid være i et gjensidig påvirkningsforhold med kulturen i avdelingen. På den ene siden kan vi risikere at kulturen jobber imot oss. På den andre siden ser vi muligheten til å påvirke alt fra avdelingens håndtering av legemidler til rapportering av avvik. Uten store investeringer og snuoperasjoner kan vi dermed bidra til å fremme sikker legemiddelhåndtering i sykehus; Direkte gjennom våre handlinger, og indirekte gjennom påvirkning av miljø og kultur.

## 6. Litteraturliste

### Pensum litteratur:

- Bielecki, Thomas og Bente Børdahl (2008). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slettebø, Åshild (2005) Forskningsetikk. I: Brinchmann, Berit Støre (red.) (2005). *Etikk i sykepleien*. s. 171-180. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Magelssen, Ragnhild (2008). *Kultursensitivitet*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, Kari (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* s. 14-39. Otta: TANO AS.
- Simonsen, Terje, Jarle Aabakke og Roy Lysaa (2004). *Illustrert farmakologi. Bind 1*. 2. Utgave  
Bergen: Fagbokforlaget.

### Selvvalgt litteratur:

- Alvsvåg, Herdis (2006). Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsen omsorgstenkning I:  
Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen (red) (2006) *Sykepleieboken 2*. 2. utgave s. 63-95.  
Oslo: Akribe AS.
- Bertsche, Thilo mfl. (2008). Prioritising the prevention of medication handling errors. 30:907-915.  
I: *Pharm World Science* <http://www.springerlink.com/content/f478w8824h0k2157>
- Bruheim, Marie (2008). Fatale feil s. 36-40. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 3.  
[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?  
p\\_document\\_id=116946](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=116946)
- Fonneland, Inger Lise (2004). Dobbelkontroll med stoppeklokke. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 21.
- Helsetilsynet (11/2002). *Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester*. Oslo.  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2002/  
sikrere\\_legemiddelhaandtering\\_pleie\\_omsorgstjenester\\_rapport\\_112002.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2002/sikrere_legemiddelhaandtering_pleie_omsorgstjenester_rapport_112002.pdf)
- Kirkevold, Marit (1998). *Sykepleierteorier – analyse og evaluering*. 2. Utgave. Oslo: Ad Notam  
Gyldendal AS.
- Martinsen, Kari (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: TANO AS.



Mazur, Lukasz M og Shi- Jie (Gary) Chen (2009) An empirical study for medication delivery improvement based on healthcare professionals' perceptions of medication delivery system 12:56-66. I: *Health Care Management Science*

<http://www.springerlink.com/content/q71367127673n856/>

Pasientsikkerhet.no (2009) *Pasientsikkerhet.no. Ressurser for helsepersonell* [Internett]

<http://www.pasientsikkerhet.no/index.php?>

[option=com\\_content&view=article&id=98:begreper-i-](http://www.pasientsikkerhet.no/index.php?option=com_content&view=article&id=98:begreper-i-pasientsikkerhet&catid=43:basiskunnskap&Itemid=78)

[pasientsikkerhet&catid=43:basiskunnskap&Itemid=78](http://www.pasientsikkerhet.no/index.php?option=com_content&view=article&id=98:begreper-i-pasientsikkerhet&catid=43:basiskunnskap&Itemid=78) [Lest 22.04.2009]

Sosial - og helsedirektoratet (SHdir)(9/2008). *Forskrift om Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.*

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/>

[legemiddelhandtering\\_for\\_virksomheter\\_og\\_helsepersonell\\_som\\_yter\\_helsehjelp\\_159584](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/legemiddelhandtering_for_virksomheter_og_helsepersonell_som_yter_helsehjelp_159584)

Tjøflot, Gunn Kristin (2005). Pasientsikkerhet og feilrapporteringer i helsevesenet. *Forskning.no.*

[Internett] <http://www.forskning.no/artikler/2005/oktober/1129022987.32> [Lest

27.1.2009]

## Vedlegg 1

**HØGSKOLEN I BODØ**  
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG  
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr. \_\_\_\_\_

## TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stiles til: \_\_\_\_\_

Avdeling? Institusjon \_\_\_\_\_

Ved: \_\_\_\_\_

Navn avdelingsleder / faglig leder \_\_\_\_\_

Som ledd i arbeidet med:

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie: Kull: 06-4 Studiested: Høgskolen i Bodø

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: \_\_\_\_\_

legemiddelhåndtering i praksis.

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativt intervju med båndopptaker.

Synopsis for tilsvart intervjuguide på forhånd.

Respondenter / intervjupersoner: \_\_\_\_\_

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Intervjuguide  
Båndopptaker.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Februar - 09

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

\_\_\_\_\_  
Student

\_\_\_\_\_  
Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: Høgskolen i Bodø

Adresse: Hørkvedtårnet 30

Postnr. / poststed: 8049 Bodø

### SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato \_\_\_\_\_ er behandlet dato 22/109 av saksbehandler / organ:

\_\_\_\_\_

Vedtak: Søknad innvilges

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evt. merknader knyttet til vedtaket: Ønsker å få kopi av

spørreskjema / intervjuguide.

Ønsker også beviselse for gjennomføring for

publisering.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

## Vedlegg 2

**HØGSKOLEN I BODØ**  
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG  
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr. \_\_\_\_\_

## TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stiles til: \_\_\_\_\_  
Avdeling / Institusjon

Ved: \_\_\_\_\_  
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypringsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie: Kult: Clott Studiested: Høgskolen i Bodø

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kult: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettsikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ legemiddelhåndtering i praksis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metode w/ datainnsamlingen: Kvalitativt intervju \_\_\_\_\_

med håndopptaker. \_\_\_\_\_  
Sykepleieren får utlevert intervjuguiden på forhånd. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Respondenter / intervjupersoner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hjelpemidler til bruk w/ datasamlingen: Intervjuer guide \_\_\_\_\_

Håndopptaker. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Februar -09. \_\_\_\_\_

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

\_\_\_\_\_

Student

\_\_\_\_\_

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: Høgskolen i Bodø

Adresse: Hørskindtårnet 30

Postnr. / poststed: 8049 Bodø.

### SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato \_\_\_\_\_ er behandlet dato 27/1-09 av saksbehandler / organ: \_\_\_\_\_

Vedtak: Tillatelse gis

Evt. merknader knyttet til vedtaket: \_\_\_\_\_

Underskrift

Underskrift

## Vedlegg 3

### Intervjuguide

1. Korrekt legemiddelhåndtering skal kontrolleres i henhold til de 7 R'er. Hvordan opplever du denne praksisen i hverdagen?
2. Kan du si noe om hvordan ulike faktorer påvirker legemiddelhåndteringen; positivt og negativt?
3. I hvilken grad opplever du at man observerer virkning og bivirkning av den medikamentelle behandlingen? Kommer denne informasjonen frem til behandlende lege?
4. Hvordan føler du at du kan bidra til en sikker håndtering av legemidler?
5. Har det hendt at du må gå utover avdelingens retningslinjer for å møte daglige utfordringer?  
Eks: Gi medisin som ikke er skriftlig ordinert  
Eks: Behovsmedisin basert på enkeltdoser, men uten spesifikk maxdose?
6. Føler du deg komfortabel med dagens retningslinjer?
7. Hvilke utfordringer ser du at legemiddelhåndteringen kan by på for oss som nyutdannede?