

Rapportere eller ikke rapportere?

Hvilke barrierer opplever sykepleiere for å rapportere om feil knyttet til legemiddelhåndtering?

Kandidatnummer: 20 og 175
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14 del B

Antall ord: 7.101
Dato: 19.04.22



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.22
Tittel: Rapportere eller ikke rapportere?	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvilke barrierer opplever sykepleiere for å rapportere om feil knyttet til legemiddelhåndtering?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Sykepleiers ansvar om å drive kvalitetsarbeid danner grunnlaget for oppgaven, der avviksrapportering vektlegges. Teoretisk kunnskap om pasientsikkerhet, organisasjonskultur, aktuelle lovverk og etikk inkluderes. Det belyses også hvordan ledelsen på sykehus er av relevans.</p> <p><u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave basert på fag- og forskningslitteratur. Det er hovedsakelig anvendt faglitteratur fra Nasjonalbibliotekets nettbibliotek og pensumlitteratur, samt forskningsartikler fra søk i databasene Idunn og Cinahl. Det anvendes i tillegg rapporter, retningslinjer og forskrifter hentet fra internett.</p> <p><u>Drøfting</u> Problemstillingen drøftes basert på forskning om hva sykepleiere opplever som barrierer for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. Barrierene som fremheves drøftes opp mot tidspress, samt sykepleiers pliktige og etiske ansvar om å drive kvalitetsarbeid. I tillegg sees barrierene i lys av konsekvensene de har for pasientsikkerheten.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieres opplevde barrierer for å rapportere feil i legemiddelhåndtering kan deles inn i følgende; ledelsens håndtering av avvik, kulturen på sykehuset og rapporteringsprosessen.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikten med oppgaven og problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling	2
1.4	Oppgavens disposisjon	2
1.5	Begrepsavklaring.....	2
2	Teoretisk grunnlag.....	4
2.1	Avviksrapportering	4
2.2	Legemiddelhåndtering	5
2.3	Kvalitet og pasientsikkerhet	6
2.4	Organisasjonskultur.....	7
3	Metode.....	10
3.1	Litteratursøk og søkehistorikk.....	10
3.2	Faglitteratur	11
3.3	Kildekritikk og etiske vurderinger	12
4	Presentasjon av forskningsresultat	13
5	Drøfting.....	15
5.1	Ledelsens håndtering av avvik	15
5.2	Avvikskultur	18
5.3	Rapporteringsprosessen.....	19
6	Konklusjon	22
7	Referanseliste.....	23

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tidligere hadde sykehus i Norge plikt til å rapportere om uønskede hendelser til Helsedirektoratet (Mulac et al., 2021, s. 56). Dette gjaldt situasjoner som har medført pasientskade, kunne ha ført til skade eller der en pasient har skadet en annen. I 2017 fikk Helsedirektoratet inn 10 126 meldinger der sykepleiere sto for over halvparten av disse rapportene og var derfor den yrkesgruppen som sendte inn flest antall uønskede hendelser. For 20% av meldingene som ble rapportert inn handlet det om feil i legemiddelhåndtering (Helsedirektoratet, 2018, s. 6, 10). Funnene i meldingene viste også at de fleste uønskede hendelsene ved legemiddelhåndtering oppsto i administreringsfasen, der feil dose sto for 38% av tilfellene (Mulac et al., 2021, s. 57). Regjeringen avvirket meldingssystemet i 2019, på tross av internasjonale anbefalinger. Dette har ført til at det ikke lenger finnes en nasjonal oversikt over uønskede hendelser i sykehus. Helsedirektoratet opprettet likevel en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring; en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2021, s. 4; Mulac et al., 2021, s. 60). I 2020 understreket planen at feil i legemiddelhåndtering fortsatt var blant de hyppigste årsakene til pasientskade (Helsedirektoratet, 2021, s. 4).

Legemiddelhåndtering er en arbeidsoppgave som vanligvis delegeres til sykepleiere fordi de er kvalifiserte til å utføre arbeidet på et faglig forsvarlig nivå (Andberg et al., 2020, s. 22). Sykepleiere har også en plikt til å rapportere feil som oppdages knyttet til legemiddelhåndtering for å bedre pasientsikkerheten (Andberg et al., 2020, s. 208). På en undersøkelse fra 2020 svarte likevel 3 av 10 sykepleiere at de ved tidligere hendelser har unnlatt å rapportere om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (Bergsagel, 2020, s. 12).

Feil i legemiddelhåndtering er fortsatt en stor utfordring i helsetjenesten, noe vi som sykepleierstudenter også har observert i forbindelse med klinisk praksis. Vi har erfart at sykepleiere gir legemidler til feil tid, til feil person og feil dose, samt at hendelsene ikke rapporteres hverken av sykepleieren som utfører feilen eller kolleger. For å bedre forstå hvorfor sykepleiere på tross av deres juridiske plikt ikke rapporterer feil i legemiddelhåndtering, ønsker vi i denne oppgave å utforske hvilke barrierer sykepleiere opplever for å rapportere.

1.2 Hensikten med oppgaven og problemstilling

Oppgavens hensikt er å skape økt bevissthet rundt hvilke faktorer sykepleierne selv opplever som barrierer for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. Derfor er følgende problemstillingen valgt:

Hvilke barrierer opplever sykepleiere for å rapportere om feil knyttet til legemiddelhåndtering?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven avgrenses til å kun omhandle feil som forekommer i forbindelse med legemiddelhåndtering, da det er ikke hensiktsmessig å ta for seg alle feil som skjer i helsetjenesten innenfor rammene av denne bacheloroppgaven. Med bakgrunn i oppgavens hensikt har vi valgt å utelukkende se på sykepleiernes perspektiv og hva de opplever som barrierer. Det blir likevel relevant å belyse viktigheten av sykehusledelsen og det organisatoriske i sammenheng med dette temaet. Vi inkluderer bare sykepleiere på sykehus, da omfanget av feil knyttet til legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten er lite kjent (Amdahl, 2019, s. 24).

1.4 Oppgavens disposisjon

Videre vil oppgaven bygge på et teoretisk grunnlag etterfulgt av en metodedel som presenterer fremgangsmåten for teoretiske funn og utvalgte forskningsartikler. Resultatene fra artiklene blir deretter presentert i et eget kapittel før de diskuteres opp mot faglitteratur for å på den måten besvare problemstillingen.

1.5 Begrepsavklaring

Feil knyttet til legemiddelhåndtering: Feil som oppstår ved at en pasient enten får i seg feil dose, feil legemiddel, til feil tidspunkt eller på feil måte (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §7).

Rapportere: Å skriftlig melde ifra om feil gjennom sykehusene sine interne kvalitetssystem.

I faglitteraturen så blir begrepene å rapportere og melde ifra brukt om hverandre (Holm & Notevarp, 2018, s. 239). I denne oppgaven har vi valgt å bare benytte oss av begrepet rapportere, da det er dette som i hovedsak blir brukt i forskningsartiklene vi benytter oss av.

Avvik: Nesten-uhell, uhell og feil som oppstår etter at det har oppstått svikt i rutiner eller ved gjennomføring av prosedyrer. Eller at rutiner og prosedyrer ikke fungerer optimalt (Andberg et al., 2020, s. 207). I denne oppgaven vil avvik, med mindre annet er spesifisert, omfatte hendelser som har ført til eller kunne ha ført til skade på pasienten som følge av feil i legemiddelhåndtering.

Pasientsikkerhet: «Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Stubberud, 2018, s. 12).

Kultur: «Holdningen som avdelingens ledelse og personalet har til å forebygge og rapportere feil» (Holm & Notevarp, 2018, s. 241).

Kvalitetsarbeid: «En kontinuerlig prosess for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene, der målet er å bidra til pasientsikkerhet» (Stubberud, 2018, s. 11).

Organisasjonskultur: «Er de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobb» (Bang, 2020, s. 23).

2 Teoretisk grunnlag

2.1 Avviksrapportering

Feil som forekommer i forbindelse med legemiddelhåndtering må rapporteres via sykehusets avvikssystem (Andberg et al., 2020, s. 207). Det er virksomhetsledelsens juridiske ansvar å utvikle og iverksette prosedyrer for å avdekke og ha oversikt over alle brudd på faglig forsvarlighet, herunder avviksrapportering (Braut & Holmboe, 2018, s. 54; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, § 6; Holm & Notevarp, 2018, s. 47). Prosedyrene for avvikshåndtering er en nødvendig del av kvalitetssystemet og skal innebære en beskrivelse av hensikten med og omfanget av avviksrapporteringen, hva som skal gjøres og av hvem, når, hvor og hvordan det skal gjøres (Andberg et al., 2020, s. 205; Kirkevold, 2021, s. 336). Dokumenterte avvik vil synliggjøre systemets svakheter og legge press på arbeidsgiver og institusjonen om å organisere virksomheten på en mer forsvarlig måte (Holm & Notevarp, 2018, s. 35). Basert på dataene fra avvikssystemet kan ledelsen analysere systemfeil som kan ha medført hendelsene, få oversikt over hvor ofte slike feil forekommer og hvilke konsekvenser det har medført. Det er først og fremst viktig at ledelsen behandler avvikene via sykehusets avvikshåndteringssystem for å lære av feilene og forebygge at liknende hendelse forekommer, da formålet med rapporteringen er å forbedre pasientsikkerheten (Andberg et al., 2020, s. 208; Stubberud, 2018, s. 166). Likevel ser man at ikke alle arbeidsplasser er like flinke til å benytte seg av læringen slike avvik gir (Kirkevold, 2021, s. 335). Mennesker vil alltid gjøre feil, og det vil derfor ikke være hensiktsmessig å fokusere på individet når feil i legemiddel forekommer. I stedet bør fokuset rettes mot systemet (Aase & Wiig, 2018, s. 102-103).

I henhold til helsepersonelloven (1999, § 17) har sykepleier ansvar for å på eget initiativ rapportere om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet. I tillegg er virksomheten pliktig til å være organisert på en slik måte at sykepleier er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette omfatter at virksomheten opererer med nødvendig bemanning, samt at det er utarbeidet rutiner og retningslinjer for arbeidet (Helsepersonelloven, 1999, § 16; Molven, 2019, s. 156). Ledelsen har dessuten et ansvar for at virksomhetens aktiviteter korrigeres slik at lignende hendelser forebygges i fremtiden (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, § 9). Omfanget feil i legemiddelhåndtering kan derfor reduseres ved at oppmerksomhet rettes mot alle avvik som oppstår, inkludert feil og nestenfeil (Andberg et al., 2020, s. 203). Dersom

avvikene ikke oppdages av ledelsen, vil heller ikke antall uhell og skader reduseres. Derfor er det også avgjørende at sykepleiere jobber kontinuerlig med forbedringsarbeid og har kunnskap om hvilke prosedyrer som gjelder for institusjonen der en er ansatt. De må også kjenne til hvordan rapporteringssystemet fungerer (Andberg et al., 2020, s. 208; Holm & Notevarp, 2018, s. 47).

2.2 Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er alle legemiddelrelaterte oppgaver fra legemidlet er rekvirert frem til det er utdelt eller kassert (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, § 3 e). Å utøve riktig legemiddelhåndtering er viktig for å hindre alvorlige og mulig fatale pasientskader (Andberg et al., 2020, s. 203). Det forutsetter at personen som håndterer legemidler har tilstrekkelig kompetanse og erfaring om legemidlenes virkning og virkemåte, holdbarhet og oppbevaring, ulike legemiddelformer, byttbare legemidler, interaksjoner, bivirkninger, legemiddelregning, kunnskap om dosering, aseptisk arbeidsteknikk, dokumentasjon og avvikshåndtering (Andberg et al., 2020, s. 23). Derfor skal legemidler håndteres av sykepleiere for å sikre faglig forsvarlighet og at arbeidet utføres etter legens signerte og skriftlige rekvisisjon (Holm & Notevarp, 2018, s. 11). Sykepleiere er også lovpålagt å bruke de 5 R-ene som en huskeregel slik at riktig legemiddel gis til riktig person, i riktig dose, til rett tid og på riktig måte (Andberg et al., 2020, s. 28; Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §7). Alt i alt tar denne typen arbeid opp 20 til 30 prosent av arbeidstiden til sykepleiere på sykehus (Holm & Notevarp, 2018, s. 12).

Ledelsen på sykehus har imidlertid det overordnede ansvaret for legemiddelhåndtering, som innebærer å sikre at gode og forsvarlige prosedyrer innarbeides og blir etterlevd av sykepleiere som håndterer legemidler (Andberg et al., 2020, s. 20; Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, § 4). Dette er også nødvendig for å imøtekomme forsvarlighetskravet som settes til enhver virksomhet. Det er derimot en kjent utfordring for ledelsen å lage og praktisere prosedyrer som har som hensikt å sikre at lovpålagte krav blir etterlevd i virksomheten (Molven, 2019, s. 164).

På tross av huskeregel og prosedyrer, utføres feil i legemiddelhåndtering ofte nok til at helsemyndighetene anser denne typen avvik for et stort folkehelseproblem. Det viser seg at de fleste feil i legemiddelhåndtering ved sykehus kan knyttes opp til brudd på en eller flere av de 5 R-ene (Andberg et al., 2020, s. 203). Feil kan derimot forekomme både som følge av en glipp hos sykepleier eller på grunn av en systemfeil der det finnes mangler ved organiseringen av legemiddelhåndteringen på sykehuset (Andberg et al., 2020, s. 207). Det er eksempelvis ikke uvanlig at underbemanning og pasientoverbelegg påvirker legemiddelhåndtering (Holm & Notevarp, 2018, s. 35).

2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

Enhver som yter helsetjenester, herunder både ledelsen og helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten, er forpliktet til å drive kvalitetsarbeid for å sikre kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Hensikten med kvalitetsarbeid er å sikre faglig forsvarlig helsehjelp, men er kun mulig dersom arbeidet jobbes med på ulike nivåer for å skape endring. Derfor er både ledelsen og den enkeltes arbeid avgjørende for å skape endring på sykehus (Stubberud, 2018, s. 15, 23). I tillegg er det viktig at dette jobbes med kontinuerlig og at kvalitetsarbeid sees på som en del av det hverdagslige arbeidet, ikke bare noe som utføres når en har tid (Stubberud, 2018, s. 26). For å ivareta pasientens sikkerhet er det dessuten nødvendig at vurderinger av forhold og hendelser som utgjør en trussel mot denne både rapporteres og vurderes fortløpende, slik at ledelsen kan fange opp og eventuelt gjøre endringer i praksis (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §§ 8, 9; Molven, 2019, s. 244). Ved hjelp av kvalitetssystemer kan man forebygge at feil skjer. Likevel ser en at feil ikke blir rapportert, fordi sykepleiere er redd for å få skylden for feilen. Dette fører til at systemet ikke blir forbedret, og risikoen for at samme feil skjer igjen øker (Kirkevold, 2021, s. 335-336).

Sykepleierens ansvar og funksjonsområder er todelt og er direkte eller indirekte rettet til pasientarbeidet, hvorav den kliniske sykepleien med pasientkontakt utgjør det direkte ansvaret. Kvalitetsarbeidet kommer innunder det indirekte pasientarbeidet og denne delen av sykepleien er etisk og juridisk forankret fordi arbeidet er viktig for pasientens behandlingsresultat (Stubberud, 2018, s. 13-14). Kvalitetsarbeidet er med på å sikre at sykepleien som blir utført er faglig forsvarlig og det er først og fremst gjennom kravet om forsvarlighet at sikkerheten i organisasjonen ivaretas (Stubberud, 2018, s. 15). Arbeidet er

dessuten en forutsetning for at sykepleier skal kunne ivareta de etiske prinsippene sykepleieutøvelsen bygger på; herunder ikke skade-prinsippet (Stubberud, 2018, s. 16). Ikke skade-prinsippet går ut på at sykepleiere beskytter pasienter mot dårlig praksis og helsehjelp som potensielt kan være skadelig. Derfor forventes det også at sykepleiere som er vitne til uforsvarlige utførelse av helsehjelp, gir beskjed til arbeidsgiver om forholdet (Molven, 2019, s. 157).

Det er likevel et problem at feil i legemiddelhåndtering skjules eller dekkes over på tross av at sykepleiere ifølge yrkesetiske retningslinjer skal rapportere dersom pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold (Norsk sykepleierforbund, 2019). Utfordringen er at mange sykepleiere opplever at «ingenting skjer» (Stubberud, 2018, s. 167). Dersom det ikke hjelper å rapportere forhold som truer pasientsikkerheten til ledelsen, er sykepleiere pliktig til å informere Fylkesmannen eller Statens helsetilsyn. Selv om dette kan oppleves som svært vanskelig, er det hensynet til pasientens sikkerhet som teller mest (Helsepersonelloven, 1999, § 17; Molven, 2019, s. 157). Ifølge arbeidsmiljøloven 2 A-1 har sykepleiere dessuten en klar rett til å rapportere om kritikkverdige forhold, slik at hendelsens kan benyttes til læring og forbedring (Molven, 2019, s. 244). I henhold til Meld. St. 11 (2020-2021) kan årsaken til unnlatt avviksrapportering skyldes at ansatte ikke har forståelse for hensikten med å rapportere avvik. Travelhet og ingen tilgjengelige avviksskjema på arbeidsplassen er også faktorer som hindrer sykepleiere fra å rapportere feil i legemiddelhåndtering (Holm & Notevarp, 2018, s. 240).

De overnevnte årsakene til underrapportering understreker viktigheten av at ledelsen må være bevisst sitt ansvar om å sikre god bemanning, at det foreligger prosedyrer for avviksrapportering og at ansatte har tilstrekkelig kunnskap knyttet til denne prosessen. Kun på den måten kan ledelsen etterfølge sin lovpålagte plikt om å ha oversikt over avvik, samt korrigere utfra funnene for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp (Molven, 2019, s. 154).

2.4 Organisasjonskultur

I tillegg til ledelsens og sykepleiernes ansvar, er også deres holdninger og hvorvidt kulturen fremmer det å rapportere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser, vesentlige faktorer for kvalitetsarbeidet (Stubberud, 2018, s. 24). Organisasjonskulturen er nemlig med å styre menneskers handlinger innad i organisasjonen (Bang, 2020, s. 101). Likevel eksisterer

det også en gjensidig påvirkningskraft mellom kulturen og dens medlemmer, da menneskene også er med på å forme kulturen (Bang, 2020, s. 111). Rapportering og læring er anerkjent som et viktig virkemiddel for pasientsikkerhet (Aase & Wiig, 2018, s. 101). Derfor vil en kultur som fremmer deling av både gode resultater og uønskede hendelser føre til bedre pasientsikkerhet og færre pasientskader (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 47). En felles forståelse om hva som er viktig å fokusere på og hvilket fokus en skal ha, er nemlig viktig i enhver kultur for å kunne korrigere organisasjonens kurs på en hensiktsmessig måte når det er nødvendig (Bang, 2020, s. 103-104). Dessuten vil en sterk kultur der medlemmene er svært enige om normer og verdier bidra til at majoriteten i organisasjonen trekker lasset i samme retning (Bang, 2020, s. 124).

I dagens helsetjeneste er fortsatt ledelse og kultur grunnen til at åpenhet rundt uønskede hendelse fortsatt er en mangelvare (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 19). De fleste sykepleiere gjør feil i løpet av sin karriere, men mange mottar ingen støtte fra hverken kolleger eller ledelsen. I stedet blir avviksrapportering sett på som noe truende som bør holdes skjult og ansatte som har rapportert til ledelsen om feil har møtt konsekvenser som oppsigelse, mobbing, isolering og færre arbeidsoppgaver (Holm & Notevarp, 2018, s. 240). Sykepleiere kan oppleve det som ubehagelig å rapportere avvik som handler om kolleger og egen arbeidsplass i frykt for formelle og uformelle konsekvenser (Stubberud, 2018, s. 167). En slik kultur vil først og fremst true faglig forsvarlig legemiddelhåndtering som følge av underrapportering, men også medføre stor psykisk belastning for sykepleieren som utfører feilen grunnet manglende støtte og forståelse fra kolleger (Holm & Notevarp, 2018, s. 240-241). Derfor er det avgjørende at ledelsen etablerer tillit innad i organisasjonen slik at høy pasientsikkerhet prioriteres av de ansatte (Bergerød & Wiig, 2018, s. 119). Dessuten har ledelsen en særlig stor påvirkning på kulturen i kraft av at de har større makt enn andre i organisasjonen (Bang, 2020, s. 85). Lokale kvalitets- og sikkerhetsutvalg skal eksistere på alle sykehus, med hensikt om å sikre at virksomhetens kvalitetssystem drives i henhold til lovpålagte krav. Den tverrfaglige gruppen skal også videre skape en kultur der avvikshendelser brukes aktivt for å forebygge svikt i kvaliteten på helsehjelpen (Andberg et al., 2020, s. 210).

Det er imidlertid viktig å understreke at sykepleiere, uavhengig av arbeidsplassens kultur, alltid skal sikre at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum for å beskytte pasienten mot skade (Kirkevold, 2021, s. 326). Lojalitet til arbeidsstedet skal

ikke hindre dette. Sykepleier har også rett til å forvente respekt og støtte fra kolleger og arbeidsgiver når hun/han rapporterer om kritikkverdige forhold, selv om helsepersonell har erfart at slike lovlige ytringer kan medføre reaksjoner som tjenstlig irettesettelse, omplassering i arbeidet eller oppsigelse. Det er dessuten bygd opp et vern rundt den som rapporterer (Molven, 2019, s. 249; Norsk sykepleierforbund, 2019). Arbeidsgivere har ikke lov til å reagere med ugunstige handlinger, praksis eller unnlattelse mot personene som rapporterer (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 2 A-4). Det er også kun ved alvorlige lovbrudd at helsepersonell mottar en advarsel av Statens helsetilsyn og risikerer å miste autorisasjonen enten midlertidig eller varig. Det skal likevel mye til før en mister autorisasjonen. Misbruk av legemidler kan være et eksempel på et slikt lovbrudd. Ved faglige feil som er kritikkverdige, men ikke lovstridige gis det en tilbakemelding til helsepersonellet, ofte ledsaget av en veiledning (Andberg et al., 2020, s. 225).

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som bygger på innhentede data fra eksisterende teori, fagkunnskap og forskning (Dalland, 2020, s. 199).

3.1 Litteratursøk og søkehistorikk

I oppgaven benytter vi oss av pensumlitteratur, faglitteratur og forskningsartikler for å belyse problemstillingen. For å finne relevante artikler har vi brukt søkemotorene Cinahl og Idunn. Da vi begynte vårt første søk var målet å finne artikler som utelukkende handlet om rapportering knyttet til legemiddelfeil. I tillegg valgte vi å ikke fokusere på en bestemt avdeling på sykehus, men sykepleiere på sykehus generelt. Søkeordene som ble brukt var følgende; «nurses», «nurse», «medication errors», «health care errors», «reporting», «report» og «barriers». De nevnte søkeordene så vi på som relevante da vi var på utkikk etter forskningsartikler som ville svare direkte på problemstillingen vår. Litteratursøkene nevnt ovenfor ble utført i perioden 18. oktober til 2. desember 2021 og er beskrevet i tabell 1. Det ble ikke brukt noen andre inklusjonskriterier utover søkeordene som er beskrevet i denne tabellen. Fra disse søkene fant vi relevante artikler som kunne knyttes direkte opp til problemstillingen uten at vi måtte snevre inn søkene. Derfor anså vi det som lite hensiktsmessig å foreta søk med ytterligere begrensninger.

Blant artiklene som kom opp i søkene, valgte vi å inkludere tre relevante forskningsartikler i denne oppgaven, samt en artikkel som vi senere i skriveprosessen ekskluderte fra oppgaven fordi resultatene var for generelle til å kunne diskuteres opp mot annen forskning- og faglitteratur. Derfor fortsatte vi søket av forskningsartikler i databasen Idunn 23. mars 2022, der målet var å finne en studie om pasientsikkerhet da temaet utgjør en stor del av oppgaven. Søkeordet vi brukte var «pasientsikkerhet». Samtidig huket vi av på «forskningsartikkel» for å ekskludere andre artikkeltyper. Utover dette ble ingen andre inklusjonskriterier brukt.

Først leste vi over artikkeltitlene for å identifisere de vi anså som relevante for problemstillingen; totalt elleve artikler på fire søk, hvorav fire artikler ble inkludert i oppgaven. Forskningsartiklene omhandlet hvilke barrierer sykepleiere opplever for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. Disse er svært relevante da de svarer direkte på problemstillingen. Da vi begynte på diskusjonsdelen opplevde vi at resultatene fra den ene forskningsartikkelen var for vage til å kunne brukes. Derfor mente vi det var mest

hensiktsmessig å erstatte den med forskning relatert til pasientsikkerhet for å belyse den delen av oppgaven. En studie om pasientsikkerhet og tidspress blant sykepleiere på sykehus ble funnet og inkludert i oppgaven.

De fire artiklene vi endte opp med å bruke er alle fagfelleverderte. To av forskningsartiklene er systematiske oversiktsartikler, hvorav begge inkluderer både kvalitative og kvantitative studier. Oversiktsartiklene anså vi som hensiktsmessige for å besvare problemstillingen da resultatene fra studiene baseres på et bredere referansegrunnlag. De to siste artiklene er kvantitative studier og ble valgt fordi vi ville diskutere problemstillingen i lys av opplevelser mange sykepleiere har (Dalland, 2020, s. 51).

Søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Dato	Antall leste artikler	Valgte artikler
1	Cinahl	Nurse AND medication errors AND report	158	01.12.21	2	Hammoudi, B. M., Ismaile, S. & Yahya, O. A. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them.
2	Cinahl	Nursing AND health care errors AND report	497	01.12.21	3	0
3	Cinahl	Nurses AND medication errors AND reporting AND barriers	30	02.12.21	5	Rutledge, D. N., Retrosi, T. & Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C. & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review.
4	Idunn.no	Pasientsikkerhet	63	23.03.22	1	Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review.

Tabell 1

3.2 Faglitteratur

For å finne supplerende faglitteratur til oppgaven utforsket vi nasjonalbibliotekets nettside under temaene pasientsikkerhet og legemiddelhåndtering. Der fant vi følgende aktuelle bøker; *Klinisk legemiddelhåndtering* av S. G. Holm & J. O. Notevarp, *Kvalitet og pasientsikkerhet* av D.-G. Stubberud, *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* av K. Aase (Red), *Organisasjonskultur* av H. Bang og *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* av P. Nortvedt. I

tillegg brukte vi de nyeste utgavene av bøker hentet fra pensumlitteratur; *Sykepleie og Jus* av O. Molven og *Legemiddelhåndtering* av L. Andberg, M. W. Munkeud, M. Nilsen, K. K. Viktil. Disse bøkene ble valgt fordi de er aktuelle for problemstillingen. For å inkludere relevant og oppdatert statistikk innledningsvis, benyttet vi oss av en norsk forskningsartikkel som viser omfanget av feil i legemiddelhåndtering ved norske sykehus. Forskrifter, yrkesetiske retningslinjer, stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, samt ulike rapporter publisert av Helsedirektoratet er også teoretiske funn som ble brukt til å besvare problemstillingen.

3.3 Kildekritikk og etiske vurderinger

Det er mye forskning- og faglitteratur på temaet om legemiddelhåndtering. Derfor har vi forsøkt å benytte oss av nyere litteratur med oppdatert fagstoff, slik at funnene i størst mulig grad kan relateres til dagens situasjon på norske sykehus (Dalland, 2020, s. 156).

Troverdigheten på de fire forskningsartiklene som er inkludert i denne oppgaven er kvalitetssikret ved å sjekke om artiklene er fagfellevurderte (Dalland, 2020, s. 145). Tre av de er skrevet på engelsk, som kan ha medført mistolkninger i oversettelsesprosessen.

Studiene er hentet fra internasjonale forhold, da det omtrent ikke finnes forskning fra norske sykehus som kan knyttes direkte opp til problemstillingen. Forskingen er utført i land der helsetjenestene og organiseringen av sykehusene ikke for sikkert kan sammenliknes norske forhold. Resultatene fra forskningsartiklene kan derfor ha begrenset validitet, da slutningene som trekkes i denne oppgaven basert på funnene ikke nødvendigvis er overførbare (Dalland, 2020, s. 43). Ifølge internasjonale retningslinjer, skal sykepleiere likevel uavhengig av nasjonalitet iverksette tiltak for å beskytte mennesker som utsettes for helsefare (Norsk sykepleierforbund, 2019). Derfor mener vi det er sannsynlig at sykepleiere på en internasjonal basis opplever noen av de samme barrierene for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. I tillegg baseres tre av fire artikler utelukkende på sykepleiernes subjektive opplevelser og svarer direkte på problemstillingen. Den siste artikkelen handler om pasientsikkerhet, der funnene på samme måte har stor betydning for denne oppgaven. Forskningsresultatene vil uansett bli presentert i lys av annen relevant litteratur og vil på den måten kunne tilføye funnene større validitet, også i norsk kontekst.

4 Presentasjon av forskningsresultat

I forskningen til Vrbnjak et al. (2016, s. 176) og Hammoudi et al. (2018, s. 1042) kommer det frem at ledelsens fokus på individet som rapporterer om feil i legemiddelhåndtering oppleves som en barriere for å rapportere blant sykepleiere. En annen barriere som påpekes er sykepleiernes frykt for konsekvenser fra ledelsen dersom de rapporterer (Rutledge et al., 2018, s. 1945; Vrbnjak et al., 2016, s. 176). Det at ledelsens reaksjoner på avvik ikke samstemmer med alvorlighetsgraden på feilene blir også fremhevet som en barriere i studien til Hammoudi et al. (2018, s. 1042). I tillegg belyses det at negative tilbakemeldinger fra ledelsen på sykehus, samt ingen positive tilbakemeldinger er en barriere for rapportering (Vrbnjak et al., 2016, s. 172). Vrbnjak et al. (2016, s. 172) nevner dessuten at tidligere negative erfaringer er en barriere for fremtidig rapportering. Resultatene hentet fra Hammoudi et al. (2018, s. 1042) understreker at manglende positive tilbakemeldinger ved riktig legemiddelhåndtering er med på å skape en barriere for å rapportere når det blir gjort feil i legemiddelhåndtering. Frykten for å miste respekt blant kolleger er en annen barriere som forårsaker underrapportering ved feil i legemiddelhåndtering (Rutledge et al., 2018, s. 1946-1947; Vrbnjak et al., 2016, s. 176). Studien til Lied et al. (2021, s. 248) understreker at et godt arbeidsmiljø er avgjørende for å sikre god pasientsikkerhet.

En rapporteringsprosess som er lang og tidskrevende blir oppgitt som en barriere for å rapportere av sykepleierne i tre av forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven (Hammoudi et al. 2018, s. 1042; Vrbnjak et al. 2016, s. 176; Rutledge et al. 2018, s. 1943). Manglende informasjon knyttet til rapporteringsprosessen, samt manglende tilgang til skjemaer og prosedyrer er en annen (Rutledge et al. 2018, s. 1943-1944; Vrbnjak et al., 2016, s. 165). De to overnevnte studiene viser også til sykepleiernes opplevelse om at ingenting skjer med avvikene som rapporteres fordi ledelsen ikke vurderer disse, samt ikke brukes til å forbedre kvaliteten på helsehjelpen (Rutledge et al., 2018, s. 1943; Vrbnjak et al., 2016, s. 172).

Det kommer frem at sykepleiere på sykehus har for stor arbeidsmengde i forhold til tiden de har til rådighet (Lied et al., 2021, s. 245). Resultatene fra artikkelen til Lied et al. (2021, s. 246, 249) viser også at sykepleiere har for lite tid til sykepleier-pasient-interaksjoner og kan forsøke å unngå øyekontakt med pasienter i tidspresset situasjoner for å unngå lengre samtaler.

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Vrbnjak D, Denieffe S, O'Gorman C, Pajnikihar M	Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review	International Journal of Nursing Studies 63, 162-178	Utforske barrierene for rapportering av feil og nesten-feil i legemiddelhåndtering	Systematisk oversiktsartikkel med 38 artikler	Det kommer frem at barrierene sykepleiere opplever for å rapportere medisinfel kan deles inn i to kategorier; organisatoriske og personlig og profesjonelle. De organisatoriske barrierene deles opp i tre underkategorier; kultur, rapporteringssystem og ledelsens håndtering. De profesjonelle og personlige barrierene knyttes opp mot frykt, ansvar og kjennetegn ved sykepleieren.
2	Hammoudi BM, Ismaile S, Yahya OA	Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them	Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(3), pp. 1038-1046	Utforske hvilke faktorer som er tilknyttet feil i legemiddeladministrering og hvorfor sykepleiere ikke rapporterer disse	Tverrsnittstudie med spørreskjema Kvantitativ studie	De største barrierene for rapportering av feil i legemiddelhåndtering er ledelsens respons, frykt og tidsbruk.
4	Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G	Barriers to medication error reporting among hospital nurses	Journal of Clinical Nursing 27(9-10), 1941-1949.	Utforske hindringene for å rapportere medisinfel blant sykepleiere på sykehus og fastslå kvaliteten av et eksisterende spørreskjema for barrierer relatert til rapportering av medisinfel	Kvantitativ studie med spørreskjema	De to største barrierene for unnlatt rapportering av legemiddelfeil blant sykepleiere handler om den tidskrevende rapporteringsprosessen og sykepleiernes frykt for konsekvenser hvis de rapporterer.
5	Lied IB, Lindgren ML, Helberget LK	Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review	Klinisk sygepleje 35(3), 242-254	Sette fokus på hvordan tidspress påvirker kvalitet og pasientsikkerhet innen sykepleie	Systematisk oversiktsartikkel med åtte artikler	Tidspress påvirker sykepleieutøvelsen negativt ved at sykepleierne ikke har tid til å gjøre adekvat legemiddelhåndtering og at de får mindre tid til direkte pasientkontakt. Det kommer også frem at arbeidsmiljøet er viktig under tidspress. Arbeidskravene til sykepleiere er for store i forhold til tiden de har til rådighet.

5 Drøfting

Feil i legemiddelhåndtering skal rapporteres via sykehusets avvikshåndteringssystem, men man ser likevel at legemiddelfeil ikke alltid blir rapportert (Andberg et al., 2020, s. 207; Holm & Notevarp, 2018, s. 240). Etter en gjennomgang av fag- og forskningslitteratur er det tydelig at sykepleiere opplever flere barrierer for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. Basert på funnene fant vi det som mest oversiktlig å knytte barrierene opp til tre punkter; ledelsens håndtering av avvik, avvikskultur og rapporteringsprosessen. Diskusjonsdelen vil derfor deles opp på den måten for å best mulig besvare problemstillingen: *Hvilke barrierer opplever sykepleiere for å rapportere feil i legemiddelhånd?*

5.1 Ledelsens håndtering av avvik

Det kommer fram i forskningen til Vrnbjak et al. (2016, s. 172) at sykepleiere ikke rapporterer fordi de opplever at sykehusledelsen fokuserer for mye på individet som gjør feilen, i stedet for å anerkjenne systemfeil som en mulig årsak ved feil i legemiddelhåndtering.

Underbemanning og høyt pasientoverbelegg er eksempler på slike systemfeil (Holm & Notevarp, 2018, s. 35). Denne barrieren blir også rangert som den mest betydelige blant sykepleiere i studien til Hammoudi et al. (2018, s. 1042). Funnene understøttes av Kirkevold (2021, s. 335-336) som viser til at sykepleiere ikke rapporterer grunnet frykt for å få skyld. Det er muligens ikke så rart at ledelsen setter søkelys på hvordan enkeltpersoner forårsaker legemiddelfeilene, da sykepleiere på sykehus er den yrkesgruppen som rapporterer flest uønskede hendelser (Helsedirektoratet, 2018, s. 10). I tillegg kan de fleste feil i legemiddelhåndtering knyttes opp til brudd på en eller flere av de 5 R-ene; en huskeregel sykepleiere på sykehus skal bruke ved administrering av legemidler (Andberg et al., 2020, s. 28; Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §7). Basert på funksjonen sykepleiere på sykehus har, hvor de håndterer mange legemidler, er det dog ikke overraskende at det er sykepleierne som gjør feilene (Holm & Notevarp, 2018, s. 12).

Sykepleierne i studien til Hammoudi et al. (2018, s. 1042) opplever at ledelsen bruker feil i legemiddelhåndtering som et mål på kvaliteten på sykepleien, som videre skaper en barriere for å rapportere. Ledelsens måte å bruke avvikene på kan forklares ved at det menneskelige prestasjonsnivået varierer (Andberg et al., 2020, s. 207). Likevel er sykepleiernes reaksjon på ledelsens tilnærming ikke uten grunn, da det kommer tydelig fram i Aase & Wiig (2018, s.

102-103) at det er andre faktorer utenfor sykepleierens kontroll som kan forårsake feil i legemiddelhåndtering. På tross av at det kan forekomme individfeil som ikke kan henføres til systemfeil, er det å bekjempe systemfeil den beste fremgangsmåten for å redusere feil i legemiddelhåndtering (Andberg et al., 2020, s. 207). Det kan derfor tenkes at barrieren for å rapportere feil reduseres dersom fokuset endres bort fra individet som gjør feilen, samt at avvikene i større grad bli sett på som et felles ansvar. Dersom ledelsen derimot fortsetter med individfokus, vil det trolig føre til underrapportering som videre utgjør en risiko for pasientsikkerheten fordi feilene ikke avdekkes og korrigeres (Aase & Wiig, 2018, s. 101; Molven, 2019, s. 244). I tillegg til at det har betydning for sykepleierens rapporteringstendens og pasientsikkerheten, overholder ikke ledelsen sin lovpålagte plikt om å til enhver tid ha oversikt over avvik. Denne oversikten er essensiell for å kunne evaluere og korrigere driften av sykehuset for å redusere feil i legemiddelhåndtering (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §§ 6, 8, 9).

Forskningen til Vrbnjak et al. (2016, s. 172) påpeker at mange sykepleiere opplever en mistillit til sine overordnede og at det hindrer de fra å rapportere feil i legemiddelhåndtering. Det kan trolig forklare hvorfor sykepleiere ofte frykter at ledelsen skal reagere på en måte som medfører store konsekvenser for den som rapporterer avvik. De frykter å bli møtt med blant annet disiplinære handlinger, mobbing, utestengelse og færre arbeidsoppgaver (Holm & Notevarp, 2018, s. 240; Rutledge et al., 2018, s. 1945). Dette blir tydelig da sykepleiere oppgir at de unnlater å rapportere i stedet for å utsette seg selv for den risikoen (Rutledge et al., 2018, s. 1943; Vrbnjak et al., 2016, s. 172). Frykten sykepleierne opplever er imidlertid ikke uten holdepunkt. Ovennevnte konsekvenser er riktignok ikke uvanlig som reaksjoner på feil i legemiddelhåndtering (Holm & Notevarp, 2018, s. 240). Det kan også tenkes at sykepleiere bærer denne frykten grunnet sitt juridiske ansvar ved alvorlige lovbrudd, hvor det risikerer å miste autorisasjonen. Det skal likevel mye til før sykepleiere blir møtt med såpass sterke konsekvenser, eksempelvis misbruk av legemidler. Tilbakemelding og veiledning er imidlertid mer sannsynlige reaksjoner i situasjoner der feilene er faglig forårsaket, ikke lovstridig (Andberg et al., 2020, s. 225). Derfor kan det tenkes at sykepleiere har en tendens til å frykte konsekvenser som ikke tilsvarer alvorlighetsgraden på feilen de utførte. Dette underbygges av studien til Hammoudi et al. (2018, s. 1042), hvor det kommer frem at sykepleiere opplever at ledelsen reaksjon ikke samsvarer med alvorlighetsgraden av feilen. Det kan være en mulig grunn til hvorfor sykepleiere med tidligere negative erfaringer knyttet til rapportering oppgir dette som en barriere for å rapportere feil i fremtiden (Vrbnjak et al.,

2016, s. 172). Likevel har sykepleiere på sykehus et vern mot gjengjeldelse fra ledelsen som reaksjon på rapportering av avvik (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 2 A-4). Det er derfor interessant at sykepleiere oppgir nettopp frykt for gjengjeldelse som en barriere. I lys av ovennevnte kan det tenkes at sykepleiere som opplever økt tillit til ledelsen på arbeidsplassen medfører hyppigere rapporteringstendens knyttet til feil i legemiddelhåndtering, fordi tillit innad i organisasjoner gjerne fører til at pasientsikkerheten prioriteres høyt blant de ansatte (Bergerød & Wiig, 2018, s. 119).

Mange opplever at ledelsen ser på rapportering av avvik som en trussel de ønsker å holde skjult (Holm & Notevarp, 2018, s. 240). Det kan antageligvis forklare hvorfor sykepleiere mottar mye negative tilbakemeldinger og ingen positive ved rapportering av feil i legemiddelhåndtering. En slik respons ved avviksrapportering er med på å hindre sykepleiere fra å rapportere avvik (Vrbnjak et al., 2016, s. 172). I studien til Hammoudi et al. (2018, s. 1042) er det dessuten mange sykepleiere som mener at manglende positive tilbakemeldinger ved riktig håndtert legemidler stopper de fra å rapportere. Funnene er interessante da ledelsen på sykehus ikke utelukkende har ansvaret for å lage prosedyrer knyttet til avvikshåndtering, men også å sørge for at disse blir etterlevd av de ansatte (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, § 4). En kan på bakgrunn av resultatene diskutere hvorvidt ledelsen opptrer lovstridig dersom de møter sykepleiere på en måte som resulterer i en opplevd barriere for å rapportere feil. Manglende rapportering vil i tillegg medføre at sykepleiere ikke følger sitt juridiske om å jobbe med kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet (Molven, 2019, s. 157; Kirkevold, 2021, s. 326). De etiske prinsippene sykepleieutøvelsen bygger på, herunder ikke skade-prinsippet, blir heller ikke etterlevd ved unnlatt rapportering fordi det vil true pasientsikkerheten da en mister muligheten til å lære av feilene samt redusere risikoen for at de skjer igjen (Andberg et al., 2020, s. 208; Stubberud, 2018, s. 16, 166). Sykepleiere som ikke rapporterer ved feil i legemiddelhåndtering på sykehus opptrer derfor ikke i tråd med juridiske og etiske retningslinjer. Derfor må sykepleiere derfor være bevisst sitt individuelle ansvar slik at barrierer ikke blir en stopper for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. Sykepleiernes opplevelser fra forskningen til Vrbnjak et al. (2016, s. 172) og Hammoudi et al. (2018, s. 1042) understreker likevel viktigheten av at avviksrapportering oppfattes som en positiv handling, fordi en negativ holdning til dette viser seg å skape en barriere, på tross av sykepleiernes juridiske ansvar.

5.2 Avvikskultur

Sykepleiere opplever en klandrende og fryktbasert kultur som en barriere for å rapportere feil i legemiddelhåndtering (Holm & Notevarp, 2018, s. 240-241; Vrbnjak et al., 2016, s. 172). Forskningsresultatene viser også at frykten ikke bare handler om mulige konsekvenser sykepleierne risikerer ved avviksrapportering, men også om å miste respekt blant sine medarbeidere (Rutledge et al., 2018, s. 1946-1947; Vrbnjak et al., 2016, s. 172). Funnene er noe overraskende da en ifølge yrkesetiske retningslinjer skal kunne forvente respekt og støtte fra kolleger ved rapportering av kritikkverdige forhold (Molven, 2019, s. 249; Norsk sykepleierforbund, 2019). Det kan derfor tyde på en kultur der det mangler en felles oppfatning av hvor viktig støtte og respekt er for pasientsikkerheten, samt hvilken rolle rapportering av feil i legemiddelhåndtering har i dette arbeidet (Stubberud, 2018, s. 24). En slik kultur, der rapportering sees på som noe negativt blant de ansatte, kommer ikke imidlertid uten konsekvenser. Teori viser til sykepleiere opplever en stor psykisk belastning som følge av dette (Holm & Notevarp, 2018, s. 241; Meld. St. 11 (2020-2021)). En samstemthet i kulturen kan derfor trolig gjøre det mindre belastende for sykepleiere å rapportere når avvik omhandler kolleger eller arbeidsplassen (Stubberud, 2018, s. 167). I tillegg er en slik samlet og sterk kultur, der alle arbeider målrettet for å øke pasientsikkerheten, mer hensiktsmessig enn en kultur som trekker lasset i en ugunstig retning (Bang, 2020, s. 124). Derimot vil det ha en negativ effekt på pasientsikkerheten dersom kulturen ikke fremmer deling av avvik (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 47). Det ser man også i forskningen til Lied et al. (2021, s. 248) som understreker at samarbeid blant sykepleiere på sykehus er viktig for at pasientsikkerheten ivaretas på en travel dag. Det er likevel viktig å påpeke at lojalitet til arbeidsplassen ikke er en gyldig grunn til å unnlate rapportering av feil i legemiddelhåndtering. Sykepleiere skal rapportere om kritikkverdige forhold, uavhengig av kulturens syn på dette (Norsk sykepleierforbund, 2019). Samtidig kan det ikke utelukkes at sykepleiere trolig opplever støtten fra kolleger som viktigere enn deres lovpålagte plikt, siden en kultur der dette er fraværende er med på å skape en barriere for rapportering av feil i legemiddelhåndtering (Helsepersonelloven, 1999, § 17).

Selv om kulturen på sykehus påvirker sykepleiernes holdninger, er denne påvirkningen gjensidig da sykepleiere også en innvirkning på kulturen (Bang, 2020, s. 101, 111). Basert på denne teorien kan det tenkes at sykepleiere har innflytelse på egne, opplevde barrierer. Likevel har ledelsen en mer betydelig rolle i å forme og skape avvikskulturen på sykehus, fordi de har større makt enn sykepleiere (Bang, 2020, s. 85, 111). Det kan være med å forklare

hvorfor sykepleiere opplever tilliten de har til ledelsen som avgjørende for å prioritere pasientsikkerhet, herunder rapportering av feil i legemiddelhåndtering (Bergerød & Wiig, 2018, s. 119). Denne tilliten kan sees i sammenheng med sykepleierens oppfatning av at ingenting skjer når de rapporterer avvik, fordi ledelsen ikke gjør noe med dataene fra avvikene (Stubberud, 2018, s. 167; Vrbnjak et al., 2016, s. 172). Det kan derfor tenkes at avvikskulturen preges av manglende handling fra ledelsen, som videre forklarer hvorfor sykepleierne i studien til Rutledge et al. (2018, s. 1943) opplever at rapportering av feil ikke bidrar til å bedre kvaliteten på helsehjelpen. Teori viser dessuten til at begrenset læring av avvik allerede er tilfelle (Kirkevold, 2021, s. 335). En sannsynlig konsekvens av en slik felles oppfatning kan være at sykepleiere seg imellom forsterker en kultur som mener det er unødvendig å rapportere da kvalitetsarbeidet, som i all hovedsak er formålet med å rapportere, ikke blir videreført. Basert på ovennevnte er det derfor viktig å tydeliggjøre sykepleierens innvirkning på avvikskulturen, på tross av at ledelsen i utgangspunktet har større makt. Likevel kan en ikke undervurdere hvor avhengig kulturen, og derfor sykepleiere, er av at ledelsen fremmer pasientsikkerhet og avviksrapportering på sykehus for at arbeidet blir prioritert (Bang, 2020, s. 103-104).

5.3 Rapporteringsprosessen

Sykepleierne som deltok i forskningen til Hammoudi et al. (2018, s. 1042) mener at en betydelig barriere for å rapportere feil i legemiddelhåndtering er deres opplevelse om at rapporteringsprosessen tar for lang tid. Funnene fra Vrbnjak et al. (2016, s. 172) og Rutledge et al. (2018, s. 1943) understøtter dette, da deres resultater også viser at sykepleiere unnlater å rapportere fordi prosessen er lang, tidskrevende og ineffektiv. På den måten blir tid en begrensende rammefaktor som sykepleiere møter på sykehus. Siden sykepleiere opplever at de ikke har tilstrekkelig med tid til å rapportere feil, kan det tenkes at arbeidskravene er for store i forhold til tiden de har til rådighet (Lied et al., 2021, s. 245). Funnene fra artiklene er interessante da sykepleiere skal kunne forvente at sykehuset er organisert på en måte som gjør at de kan overholde sine juridiske oppgaver, som å rapportere feil i legemiddelhåndtering. (Helsepersonelloven, 1999, § 16; Molven, 2019, s. 156). Ovennevnte funn kan derfor tyde på at ledelsen ikke legger godt nok til rette for at sykepleiere skal ha tid til å rapportere. Denne måten å organisere sykehuset på utgjør en trussel for pasientsikkerheten, fordi feilene ikke avdekkes, som videre medfører at ledelsen ikke gjennomført endringer i praksis (Molven, 2019, s. 244). Man kan på bakgrunn av at avvik ikke blir rapportert grunnet manglende tid,

derfor også tenkes at tidspresset i seg selv truer sikkerheten. En kan derimot stille spørsmål ved om ledelsen er klar over at tidspresset er et problem. Likevel kan en anta at i en helsetjeneste der tidspress blant helsepersonell er allment kjent, er usannsynlig at ledelsen ikke er bevisst denne utfordringen. Uavhengig av dette er sykepleiere lovpålagt å rapportere om alle avvik (Helsepersonelloven, 1999, § 17; Norsk sykepleierforbund, 2019). Det inkluderer også avvik knyttet til tidspress, da det kan gå utover den faglige forsvarligheten ved at sykepleiere ikke får tilstrekkelig tid til blant annet legemiddelhåndtering, herunder avviksrapportering. Dersom sykepleiere har kunnskap om at de må rapportere alle avvik, ikke utelukkende feil i legemiddelhåndtering, kan de trolig oppleve det som hensiktsmessig å rapportere om hvordan tidspresset medfører underrapportering som videre truer pasientsikkerheten. Hvis ikke tidspresset sykepleiere opplever bedres vil rapporteringsprosessen antageligvis bli nedprioritert i situasjoner der de er nødt til å velge mellom det direkte eller indirekte pasientarbeidet (Stubberud, 2018, s. 13-14).

Rapporteringsprosessen er ikke den eneste sykepleiefaglige oppgaven som påvirkes av tidspress. Resultatene fra artikkelen til Lied et al. (2021, s. 246, 249) viser at sykepleiere har for lite tid til sykepleier-pasient-interaksjoner og at sykepleiere i svært pressende situasjoner til og med kan forsøke å unngå øyekontakt med pasientene for å forhindre oppstart av lengre samtaler. Dersom sykepleierne i en hektisk arbeidshverdag i tillegg opplever at rapportering av feil i legemiddelhåndtering har ingen nytte, fordi de mener at ledelsen ikke bruker avvikene til kvalitetsarbeid, kan det hende at de heller ønsker å bruke sin resterende tid til andre sykepleiefaglige oppgaver dersom de opplever det som mer hensiktsmessig (Vrbnjak et al., 2016, s. 172; Rutledge et al., 2018, s. 1943). En slik prioritering vil ikke være overraskende da endring i praksis på sykehus kun er mulig dersom arbeidet jobbes med på ulike nivåer, av både ledelsen og sykepleiere (Stubberud, 2018, s. 15, 23). I tillegg utgjør legemiddelhåndtering en betydelig del av arbeidshverdagen til sykepleiere på sykehus (Holm & Notevarp, 2018, s. 12). Det kan derfor tenkes at sykepleierne ikke ønsker å dedikere ytterligere tid til dette i form av rapportering. Det kan imidlertid ikke være slik at sykepleier er nødt til å velge bort rapporteringsprosessen. Kvalitetsarbeid må jobbes med kontinuerlig og ikke bare når en har tid, og ikke bare av sykepleier (Stubberud, 2018, s. 26).

Videre er det relevant å diskutere hvorvidt sykepleierne opplever rapporteringsprosessen som tidskrevende fordi det er en av mange arbeidsoppgaver, eller om det er selve rapporteringen som tar for lang tid. Lied et al. (2021, s. 250) mener at tidspress generelt fører til at

sykepleiere komprimerer prosedyrer og at retningslinjer ikke blir fulgt for å klare å håndtere tidsbegrensningene. Likevel er det viktig å understreke at sykepleiere også unnlater å rapportere grunnet ingen tilgjengelige avvikksskjemaer (Holm & Notevarp, 2018, s. 240). Det samme viser to studier som påpeker at sykepleiere opplever manglende prosedyrer og skjemaer som barrierer for å rapportere (Vrbnjak et al., 2016, s. 172; Rutledge et al., 2018, s. 1943-1944). I studien til Rutledge et al. (2018, s. 1943) kommer det dessuten fram at 15 prosent eller færre av sykepleierne opplever mangel på informasjon om hvordan man skal rapportere eller hvem som er ansvarlig som en barriere for å rapportere. Prosedyrer knyttet til avvikshåndtering skal inneholde en beskrivelse av hensikten med rapporteringen, hva som skal gjøres og av hvem, når, hvor og hvordan det skal gjøres (Andberg et al., 2020, s. 205). Dersom disse ikke er tilgjengelige, er det ikke sikkert at sykepleiere på sykehus har oversikt over når de skal rapportere feil i legemiddelhåndtering eller hvordan de skal utføre dette. Det understreker viktigheten av at prosedyrene er komplette for at sykepleiere skal rapportere feil i legemiddelhåndtering (Rutledge et al., 2018, s. 1943). Det er derimot en kjent utfordring for ledelsen å lage og praktisere prosedyrer som har som hensikt å sikre at lovpålagte krav blir etterlevd i virksomheten (Molven, 2019, s. 164). Denne utfordringen, kombinert med sykepleierens opplevde barrierer, understreker behovet alle sykehus har for lokale kvalitets- og sikkerhetsutvalg som sikrer at virksomhetens kvalitetssystem drives i henhold til lovpålagte krav (Andberg et al., 2020, s. 210).

6 Konklusjon

Sykepleiere opplever flere barrierer for å rapportere feil i legemiddelhåndtering og i denne oppgaven deles disse inn i tre underkategorier; ledelsens håndtering av avvik, avvikskultur og rapporteringsprosessen. Dersom ledelsen har en negativ innstilling til avvik og fokuserer på enkeltindivid i stedet for system som en mulig årsak til feilen, skaper dette en barriere for å rapportere. En avvikskultur som ikke har en felles oppfatning om viktigheten av pasientsikkerhet og rapportering av avvik vil også føre til underrapportering blant sykepleiere. Det at rapporteringsprosessen er tidskrevende oppleves også som en barriere for å rapportere feil i legemiddelhåndtering. I fremtiden kan det være interessant å undersøke hvorvidt det å skape bevissthet rundt ovennevnte barrierene kan være med å forebygge disse.

7 Referanseliste

- Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (s. 101-115). Universitetsforlaget.
- Amdahl, P. (2019). Slik ser risikozonen ut. *Sykepleien*, 2019(5), 22-24.
https://sykepleien.no/sites/default/files/5_i_risikozonen.pdf
- Andberg, L., Munkeby, M. W., Nilsen, M. & Viktil, K. K. (2020). *Legemiddelhåndtering* (8. utg.). Gyldendal.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven>
- Bang, H. (2020). *Organisasjonskultur* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Bergerød, I. & Wiig, S. (2018). Ledelse og pasientsikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (s. 116-130). Universitetsforlaget.
- Bergsagel, I. (2020). Sykepleiere frykter represalier om de uttaler seg kritisk. *Sykepleien*, 2020(6), 10-15. <https://sykepleien.no/2020/11/sykepleiere-frykter-represalier-om-de-uttaler-seg-kritisk>
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2018). Pasientsikkerhet – dagens strukturer. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (s. 49-63). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2016. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse>

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320?q=Forskrift%20om%20legemiddelhåndtering%20for%20virksomheter>

Hammoudi, B. M., Ismaile, S. & Yahya, O. A. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1038-1046. <https://doi.org/10.1111/scs.12546>

Helsedirektoratet. (2018). *Årsrapport 2017: Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten* (IS-2729).

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/_attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf

Helsedirektoratet. (2021). *Pasientskader i Norge 2020: Målt med Global Trigger Tool*.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2020-malt-med-global-trigger-tool/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20målt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf/_attachment/inline/776effa4-08ec-4d17-89d1-495214e9762f:f36bcf550e31c0a87501e952ee5d805a7e5bb1f9/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20målt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holm, S. & Notevarp, J. O. (2018). *Klinisk legemiddelhåndtering* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Kirkevold, M. (2021). Pasientsikkerhet, kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (s. 319-364). Gyldendal.

- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleje*, 35(3), 242-254. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E. & Granas, A. G. (2021). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 2021(28), 56-61. [10.1136/ejhpharm-2020-002298](https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002298)
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal
- Rutledge, D. N., Retrosi, T. & Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1941-1949. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=129933134>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C. & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162-178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>