

Kandidatnummer: 1503 & 1604

BSYBAC-6
Bacheloroppgave i Sykepleie

Forstyrrelser i legemiddelhåndtering



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 31.12.2022

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Det er dobbelt så sannsynlig at sykepleiere opplever forstyrrelser under legemiddelhåndtering sammenlignet med andre sykepleieoppgaver. Likevel er det lite fokus på hvordan en skal håndtere slike forstyrrelser, slik at det ikke går ut over pasientsikkerheten.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å synliggjøre for oss selv og andre lesere, konsekvensene av forstyrrelser for sykepleieren under legemiddelhåndtering.

Metode

Det er brukt integrativ litteraturstudie hvor kvalitativ og kvantitative artikler er inkludert. Det ble analysert fire forskningsartikler etter Fridbergs analysemodell, som sammen med relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Sykepleiers arbeidsmiljø er preget av forstyrrelser, som kan bidra til å true pasientsikkerheten. Forskning og faglitteratur viser at ledelsen ikke klarer å ta tak i alvoret og bekymringene rundt forstyrrelsene som blir rapporter. Det ser ut som at forstyrrelser kan øke risikoen for legemiddelfeil, men det trengs mer forskning for å fastslå dette, og hvordan helsevesenet kan endre en forstyrrelseskultur.

Nøkkelord: forstyrrelse, sykepleie, konsekvenser, avbrytelser, legemiddelfeil, distraksjoner, sykehus, pasientsikkerhet

INNHold

1 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt med oppgaven.....	6
2 TEORI	6
2.1 Begrepsavklaring	6
2.1.1 Forstyrrelser; avbrytelser og distraksjoner	6
2.1.2 Legemiddelhåndtering.....	7
2.1.3 Pasientsikkerhet.....	7
2.2 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde	7
2.3 Sykepleieteori	8
2.4 Aktuell lovgivning	9
2.5 Faglig forsvarlighet.....	9
3 METODE	10
3.1 Søkeprosessen	10
3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	10
3.3 Analyse	12
4 RESULTATER	13
4.1 Legemiddelhåndtering	13
4.1.1 Rapporterte legemiddelfeil	13
4.1.2 Legemiddelfeil som skyldes forstyrrelser	14
4.2 Et innblikk i sykepleiers hverdag.....	14
4.2.1 Arbeidsmiljø og prioriteringer	14
4.2.2 Kilder til forstyrrelser	15
4.2.3 Mestringsstrategier	16
4.3 Pasientsikkerhet	16
4.3.1 Konsekvenser av forstyrrelser	16
4.3.2 Ledelsens rolle.....	17
5 DISKUSJON	18
5.1 Metodediskusjon.....	18

5.1.1 Metode	18
5.1.2 Søkeprosessen.....	18
5.1.3 Kildekritikk,	19
5.1.4 Etske overveielser.....	21
5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.1 Legemiddelhåndtering	22
5.2.2 Ett innblikk i sykepleiers hverdag	23
5.2.3 Pasientsikkerhet.....	25
6 KONKLUSJON.....	28
6.1 Anvendelse i praksis	28
6.2 Forskning	29
LITTERATURLISTE.....	30
VEDLEGG.....	34
Vedlegg 1: Søkelogg.....	
Vedlegg 2: Litteratormatrise	

Antall ord: 7947

1 INNLEDNING

Statens undersøkelseskommissjon for helsetjenesten (Ukom) har siden de ble etablert i 2019 fått inn 159 varsler om alvorlige uønskede hendelser knyttet til feil i legemiddelhåndtering, som har ført til alvorlig skade eller død (Hernæs 2022: 26). Det er et stort ansvar å håndtere legemidler, og i en hverdag med høyt arbeidstempo og arbeidsmengde, samt stadig økende sykepleiermangel er risikoen stor for at sykepleieren blir forstyrret under legemiddelhåndtering. I denne oppgaven vil vi se på konsekvenser av hyppige forstyrrelser for sykepleier under legemiddelhåndtering.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Knappt noen område sykepleiere jobber med, har større konsekvenser for pasientene om det gjøres feil enn ved administrering av legemidler» (Hafstad 2022: 12). Slik åpner Anne Hafstad, ansvarlig redaktør i Sykepleien, medlemsbladets utgivelse med tema: *Å gi legemidler. Er ansvaret for stort?* som ble utgitt 14. oktober 2022. Dette fikk oss til å tenke over ansvaret en sykepleier har. Vi har selv opplevd i praksis det å skulle håndtere legemidler, så ringer telefonen, eller det kommer det spørsmål fra ulike yrkesgrupper, andre sykepleiere, pårørende eller pasienten selv. Romalarmen begynner å ule, og en må avbryte det en gjør for å se til pasienten, før en går tilbake til det man holdt på med. Vi har også sett flere nyhetsoppslag som omhandler feilmedisinering, og en travel sykepleiers hverdag det siste året. Vi er derfor nysgjerrige på hvordan hyppige forstyrrelser i en sykepleiers hverdag påvirker pasientsikkerheten og legemiddelhåndtering. Hva gjør egentlig disse forstyrrelsene med oss, og med legemiddelsikkerheten?

1.2 Problemformulering

Ettersom forstyrrelser er en så stor del av sykepleiers hverdag, Stiller vi spørsmål til hvorfor ikke dette er et større emne i faglitteraturen til sykepleiere under studiet. WHO sitt tema for årets pasientsikkerhetsdag 2022 var legemiddelsikkerhet. Her pekes det på hvordan menneskelige faktorer som tretthet, sammen med arbeidsmiljømessige faktorer som dårlige miljøforhold eller personalmangel påvirker sikkerheten i legemiddelhåndteringsprosessen, og kan øke risikoen for legemiddelfeil, alvorlig pasientskade eller i verste fall død (WHO, 2022).

Problemstillingen i oppgaven blir derfor: *På hvilken måte påvirkes sykepleieren av forstyrrelser under legemiddelhåndtering?*

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å synliggjøre for oss selv og andre lesere, konsekvensene av forstyrrelser for sykepleieren under legemiddelhåndtering. Ordet «forstyrrelser» kan fremstå mer negativt enn positivt ladet. Vi har forsøkt gjennom oppgaven å vise flere sider ved fenomenet «forstyrrelser» i legemiddelhåndteringen. Vi håper prosessen vil gi oss nyttig kunnskap som vi kan støtte oss på den dagen vi skal ut i arbeidslivet som nyutdannede sykepleiere.

2 TEORI

I dette kapittelet vil vi presentere oppgavens teoretiske grunnlag.

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Forstyrrelser; avbrytelser og distraksjoner

Ved oppslag av ordet *forstyrrelse* i ordboken NAOB (Det norske akademis ordbok, 2022) er forklaringen av ordet; «å avbryte(s)». Ettersom «å avbryte(s)» brukes som en forklaring av ordet «forstyrrelse», anses disse som synonymmer. Vi finner ingen definisjon av «forstyrrelse» i sykepleiefaglig litteratur, eller relevante forskningsartikler, og velger derfor en definisjon av avbrytelse.

I artikkelen “Impact of Interruptions, Distractions, and Cognitive Load on Procedure Failures and Medication Administration Errors” (Thomas et al., 2017) definerer de en avbrytelse som: en menneskelig opplevelse av hvordan en indre eller ytre forstyrrelse pålegger en uventet og uplanlagt oppgave som fører til diskontinuitet i arbeidet (Thomas et al., 2017, s. 310).

Ved videre oppslag av “distrahere” i ordboken kommer ordet “forstyrre” som en forklaring. Samme artikkel som tidligere nevnt forklarer en distraksjon som det å trekke bort, avlede eller forstyrre oppmerksomheten fra å fullføre en påbegynte oppgave (Thomas et al., 2017, s. 310).

I denne oppgaven anser vi avbrytelser og distraksjoner som undergrupper av en forstyrrelse og har derfor valgt å bruke *forstyrrelser* i vår problemformulering.

2.1.2 Legemiddelhåndtering

Sykepleier er oftest den som håndterer legemidlene som blir gitt til pasienter på sykehus. Det ansvaret innebærer å omsette ordineringsen fra legen til en forsvarlig behandling av pasienten og å følge opp effekten av legemidlet som blir gitt (Olsen et al., 2018, s. 16). Ansvaret for å håndtere legemidler krever praktiske ferdigheter innenfor legemiddelhåndtering og kunnskaper om legemidlet, ordineringsen, pasienten og sykdomstilstanden (Olsen et al., 2018, s. 16).

Den hyppigste feilen ved håndtering av legemidler for sykepleiere er feil dose. Dette kan være grunnet feil dosering på bakgrunn av legens ordinasjon eller at sykepleier mistolker ordinasjonen (Olsen et al., 2018, s. 83). Utrekningsfeil under istandgjøring av legemidler slik dosen blir for lav eller for høy, finne fram legemiddel med feil styrke eller forveksle mg og ml ved flytende legemidler er forvekslinger som kan medføre alvorlige konsekvenser for pasienten (Olsen et al., 2018, s. 83).

2.1.3 Pasientsikkerhet

I boken *Pasientsikkerhet - teori og praksis (2018)* viser de til følgende definisjon av pasientsikkerhet som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste (Kunnskapssenteret) har henvist til (Aase., 2018, s.16): «Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (Saunes, Svendsby, Mølsted & Thesen 2010, s. 6).

2.2 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde

I forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning under §2 beskrives formålet med utdanningen; “Sykepleierutdanningen skal kvalifisere kandidater til å utøve sykepleie for å ivareta menneskets grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død” (Forskrift om nasjonal retningslinje for

sykepleierutdanning, 2019, §2). I tillegg til disse punktene har sykepleier egne yrkesetiske retningslinjer, utformet av Norsk Sykepleierforbund (NSF, 2019). beskriver i de yrkesetiske retningslinjene sykepleiers ansvar. Under kapittel 1 *Sykepleiens grunnlag* står det skrevet; “Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (...)” (NSF, 2019). Under kapittel 5 spesifiserer retningslinjene ansvaret for handlemåte ved uønskede hendelser; “Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette” og “Sykepleieren deltar aktivt i arbeidet for å sikre trygge, rettferdige, sosiale og økonomiske arbeidsmiljøbetingelser for sykepleiere” (NSF, 2019, retningslinje 5.4 - 5.6).

2.3 Sykepleieteori

I boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* definerer Joyce Travelbee termen av sykepleier slik: «En sykepleier er et menneske, og alle antakelser om mennesker gjelder derfor for enhver som kan kategorisere seg som sykepleier» (Travelbee, 2001, s. 72)

Travelbee forteller at en sykepleier er et menneske på samme måter som alle andre, men legger til at en sykepleier har visse tillærte spesialiserte kunnskaper. Sykepleiere anvender disse kunnskapene med sikte på å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde best mulig helse (Travelbee, 2001, s. 72). Under disse punktene vil oppgaven vektlegge viktigheten av en sykepleiers rolle vedrørende legemiddelhåndtering da medikamenter kan gis forebyggende, behandlende og lindrende (Olsen et al., 2018).

En sykepleier *står ansvarlig* skriver Travelbee. Det er sykepleiers ansvar å sørge for at vedkommende, som mottar hjelp fra helsetjenesten, får den hjelpen han behøver. (Travelbee, 2001, s. 222). Enten det er fysisk smerte, psykiske plager eller åndelig. Det kan være at sykepleieren administrerer smertestillende, infeksjonsdempende eller beroligende medikamenter til pasienten og står da ansvarlig for hvilket preparat som er gitt og i hvilken styrke, mengde eller dose.

2.4 Aktuell lovgivning

Det er nedfelt i legemiddelhåndteringsforskriften § 7, under «krav til istandgjøring» at: «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.» (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §7).

Videre står det skrevet i § 8 «tilberedning av legemidlet»:

Tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte og i egne lokaler (...). Tilberedning av legemidler kan unntaksvis foretas andre steder når det anses faglig forsvarlig.

Virksomhetsleders ansvar for å foreta sårbarhets- og risikovurdering som grunnlag for å sikre faglig forsvarlig tilberedning fremgår av §4 sjettede ledd. Hygieneinstrukser, arbeidsmetodikk og dokumentasjon skal være tilpasset art og omfang av tilberedningen og er en del av virksomhetens internkontrollsystem. (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §8).

2.5 Faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlighet er et krav til helsepersonellet, her sykepleier, i enhver yrkesutøvelse i helsetjenesten. Kravet bygger på hva som bør forventes av sykepleieren på bakgrunn av kvalifikasjoner og arbeidets karakter i den aktuelle situasjonen (NFS, 2022). Sykepleieren skal handle ut fra forventet kompetanse og erfaring, samt faglig, rettslig og etisk norm for hvordan sykepleier utøver arbeidet. Hovedformålet med kravet er å beskytte pasienten mot uønskede hendelser (NSF, 2022). Det tas opp i Helsepersonelloven § 4 nettopp dette, at helsepersonell skal utføre sitt arbeid ut fra sine kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §4). Ledelsens ansvar for at kravet til faglig forsvarlighet overholdes er nedfelt i §16 i Helsepersonelloven. §16 beskriver at virksomheten skal organiseres på den måte at helsepersonellet som yter helse- og omsorgstjenester skal være i stand til å overholde disse lovpålagte pliktene (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §16).

3 METODE

I oppgaven er det tatt i bruk integrativ litteraturoversikt. Hensikten med denne metoden er å anvende tidligere forskning på et spesifikt område, for å tilegne seg oversikt og kunnskap for å belyse en aktuell problemstilling (Friberg, 2017, s. 141).

3.1 Søkeprosessen

De begynnende søkene ble utført i databasene: Oria, Cinahl og British Nursing Index. Databasene er rettet inn mot sykepleiefaglig forskning. De mest aktuelle artiklene ble funnet i Cinahl og videre søk ble derfor gjennomført i denne database. For å gjennomføre hensiktsmessige søk fra start, tilegnet vi oss kunnskap om søkeprosessen beskrevet i «Dags for oppsats» (2017). Vi har benyttet boolesk søketeknikk og trunkering for å gjøre avgrensede søk, samtidig som vi skulle få et dekkende søk. Søkeordene våre er: *nurse, interruptions, hospital, medication, patient safety, error, medication errors*. Trunkeringene som ble brukt for å inkludere flest mulig bøyninger av søkeordene var:

- *Nurs** ble brukt for å inkludere *nurse* og *nurses*
- *Interrupt** ble brukt for å inkludere *interruption* og *interruptions*
- *Medical error** ble brukt for å inkludere *medicale error* og *medical errors*
- *Response** ble brukt for å inkludere *response* og *responses*
- *Hospital** ble brukt for å inkludere *hospital* og *hospitales*

I starten av søkeprosessen ga søkeordene mange treff. Videre ble avansert søk benyttet, for å finne artikler som hadde ett av søkeordene i tittelen. Etterfulgt av avgrensning til «peer review». I den avanserte søkeprosessen ble søkeordene forsøkt i flere ulike kombinasjoner. Dette for å finne de artiklene som hadde best relevans for oppgavens problemstilling.

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å finne de mest aktuelle artikler avgrenset vi søkene. Inklusjonskriteriene var artikler fra siste 10 år for å sikre oppdatert kunnskap, fagfellevurderte artikler, engelskspråklige artikler, samt geografisk avgrensning til Europa, USA og Australia. Bindeordet *AND* ble brukt mellom ordene for å finne artikler som inneholdt ordene som var ønsket. Det ble inkludert både kvalitative, kvantitative og mixed methods, for å danne både bredde- og dybdekunnskaper om

tematikken. Eksklusjonskriteriene var annet helsepersonell enn sykepleier, arbeid utenfor sykehus og artikler som ikke omhandlet legemiddelhåndtering.

3.3 Valg av artikler

De ulike søkene ga totalt 205 treff. Overskriftene leses, og etter vurdering av relevans, leste vi abstraktene til 50 artikler. Av disse ble 14 lest i sin helhet, og vurdert opp mot oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier. Avslutningsvis ble fire artikler ansett som de mest relevante for å belyse vår problemstilling. Oversikt over valgte artikler presenteres i tabellen under.

Tabell 1

	Tittel, forfattere	Hensikt	Metode
Artikkel 1	<p>“Severe and fatal medication errors in hospitals; findings from the Norwegian Incident reporting System”</p> <p>Alma Mulac, Katja Taxis, Ellen Hagesaether & Anne Gerd Granas</p>	Å beskrive hyppigheten av, type og når i prosessen medikamentfeil oppstår i norske sykehus, med fokus på de mest alvorlige og dødelige tilfellene.	Mixed method
Artikkel 2	<p>“Impact of Interruptions, Distractions, and Cognitive Load on Procedure Failures and Medication Administration Errors”</p> <p>Lily Thomas, Patricia Donobue-Porter, Joanna Stein Fishbein</p>	Studien beskriver forstyrrelser, distraksjoner og kognitiv belastning opplevd av sykepleiere under medisinaladministrasjon og utforsker deres innvirkning på prosedyrefeil og legemiddeladministrasjonsfeil.	Kvantitativ metode
Artikkel 3	<p>“Working in a minefield; Nurses’ strategies for handling medicine administration interruptions in hospitals, -a qualitative interview study”</p> <p>Johanne Alteren, Marit Hermstad, Lisbeth Nerdal & Sue Jordan</p>	Identifisere sykepleieres strategier for å håndtere og redusere forstyrrelser under medisinalrunder.	Kvalitativ metode
Artikkel 4	<p>“Nurses’ responses to interruptions during medication tasks: A time and motion study”</p> <p>Clinta Ché Reed, Ann F. Minnick, Mary S. Dietrich</p>	Å beskrive avbrytelser som oppstår og sykepleieres reaksjoner på avbrytelser under rutinemessig sykepleierarbeid på medisinsk-kirurgiske enheter.	Kvantitativ metode

3.3 Analyse

For å danne seg en forståelse av innholdet påpeker Friberg (2017, s. 135-137) at det er viktig å lese artikkelen flere ganger, med fokus på resultatet til studien. Vi valgte derfor å skumlese artiklene, før vi leste grundigere gjennom dem. Ved å lese grundig gjennom dem flere ganger fikk vi en dyp forståelse for innholdet i artiklene. Deretter ble det foretatt en datareduksjon og det ble valgt ut resultater fra artiklene som var i samsvar med oppgavens hensikt (Fridberg, 2017, s. 87). Videre ble det dannet en oversikt over nøkkelfunn i artiklene, og deretter ble det utformet hovedkategorier og underkategorier. Etter Fridbergs metode for analyse skapet vi en oversikt over de ulike temaene i de ulike artiklene, og fargekodet disse. Grønn farge identifiserte forstyrrelser eller kilde til forstyrrelse, rosa farge omhandlet medikamenter og legemiddelhåndtering og blå farge var de som påpekte pasientsikkerhet. Ellers ble gul farge brukt til å identifisere viktige opplysninger i artiklene. Avslutningsvis sammenlignet vi resultatene fra de ulike artiklene (Fridberg, 2017, s. 87). De ble dannet bunker med hovedkategorier og underkategorier der det ble samlet like resultater fra ulike artikler, og derunder dannet det innholdet som presenteres i tabell 2.

Tabell 2

Hovedkategori	Underkategori
Legemiddelhåndtering	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporterte legemiddelfeil • Legemiddelfeil som skyldes forstyrrelser
Et innblikk i sykepleiers hverdag	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljø • Kilde til forstyrrelser • Mestringsstrategier
Pasientsikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser av forstyrrelser • Ledelsens rolle

4 Resultater

I dette kapittelet legges det frem sentrale funn fra forskningsartiklene som inngår i oppgaven. Funnene vil legges frem ut fra hovedkategorier og underkategorier.

4.1 Legemiddelhåndtering

Legemiddelfeil anses som et globalt problem som truer pasientsikkerheten. I Norge har også legemiddelfeil fått mye oppmerksomhet i media, likevel er det lite systematisk forskning på legemiddelfeil i norske sykehus (Mulac et al., 2020, s. 56). Ut ifra hovedkategorien dannet det seg to underkategorier: rapporterte legemiddelfeil og feil som skyldes forstyrrelser.

4.1.1 Rapporterte legemiddelfeil

Studien til Mulac et al. (2020) angir at av legemiddelfeil som ble rapportert, forårsaket 62% skade på pasienten, derav 5,2% alvorlig skade og 0,8% var dødelige feil. De feilene som ble sett på som mest dødelige omhandlet administrering av feil dose. Hoveddelen av feil begått, og som forårsaket alvorlig skade, var når pasienter ikke fikk medikamenter de skulle hatt. Analgetika og antitrombotiske legemidler var de som hyppigst var involvert i dødelige feil. Antitrombotiske midler var også den hyppigste involverte i andelen av alvorlige feil, noe som gjør den til det mest skadelige legemiddel involvert i legemiddelfeil i denne studien (Mulac et al., 2020, s. 57).

Feil blir beskrevet å komme fra administrasjonsfasen i 68% av tilfellene, og her var det feil dose/styrke/tidspunkt som sto for 39% av administrasjonsfeilene som ble gjort. 24% av feilene kom fra legens forskrivning, der doseringen var den vanligste feilen (46%). Feilen som hyppigst ble rapportert var feil dose/styrke eller tidspunkt som stod for 38% av tilfellene, mens utelatelse av legemidlet sto for 23% og feil legemiddel i 15% av tilfellene (Mulac et al., 2020, s. 57).

4.1.2 Legemiddelfeil som skyldes forstyrrelser

I studien til Reed et al. (2018) finner de tall på at sykepleier ble avbrutt i legemiddelhåndtering i omtrent 39% av tilfellene. Sammenlignet med andre observerte sykepleieoppgaver, var sjansen for å bli avbrutt under legemiddelhåndtering mer enn dobbelt så stor (Reed et al., 2018, s. 116). I studien til Alteren et al. (2021) forteller flere sykepleiere at de ikke alltid får gikk infusjoner til rett tid og dermed må tilpasse administrering av infusjoner etter arbeidssituasjonen (Alteren et al., 2021, s. 6).

4.2 Et innblikk i sykepleiers hverdag

Sykepleiere klarer unntaksvis å gjennomføre oppgaver uten å bli forstyrret av spørsmål, romalarmer eller henvendelser fra kollega, pasient eller pårørende. Disse forstyrrelsene oppstår typisk under oppgaver som krever høy konsentrasjon for å unngå feil (Alteren, 2021, s. 2). Ut ifra hovedkategorien dannet det seg tre underkategorier: arbeidsmiljø og prioriteringer, kilder til forstyrrelser, og mestringsstrategier.

4.2.1 Arbeidsmiljø og prioriteringer

Studien til Thomas et al. (2017) finner tall på at forstyrrelser fant sted i 67,1% av alle observerte episoder av legemiddeladministrasjon, og av observerte episoder med legemiddeladministrasjon opplevde sykepleier en distraksjon i 76,1% av tilfellene (Thomas et al, 2017, s. 313).

Sykepleierne forteller i en annen artikkel om hvordan ikke planlagt arbeid som oppstår grunnet forstyrrelser, gjør at de stadig må re-organisere arbeidsplanen deres. Eksempler på ytre forstyrrelser som nevnes er; stellesituasjoner som oppstår, romalarmer som uler, telefoner som ringer, spørsmål om hjelp til toalettet, sykepleier oppdager en kollega som behøver hjelp eller det er etterspørsel om mat eller drikke. Videre eksempler er at det kommer forespørsler fra pasienter en ikke har ansvar for, som avbryter både den sykepleieren som får spørsmålet og den andre som har ansvar for pasienten. I tillegg eksemplifiseres det at andre kollegaer som leger, fysioterapeuter, pleieassistenter eller andre sykepleiere banker på døren til medisinerrommet med varierte spørsmål (Alteren et al., 2021, s. 5).

Videre i funnene til Alteren et al. (2021) kommer det frem hvordan sykepleier må gjøre fortløpende prioriteringer av hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres til enhver tid. Under håndtering av legemidler kunne sykepleier bli distraheret ved at de observerte overarbeidede kollegaer. I slike situasjoner måtte sykepleier prioritere om de skulle avbryte sine oppgaver for å avlaste sine kollegaer, eller om de skulle prioritere sitt eget pågående arbeid (Alteren et al., 2021, s. 5). Et annet eksempel på et prioriterings spørsmål, er da en av deltagerne i studien forklarte en situasjon angående prioriteringer og forstyrrelser slikt: «I give priority to administer medicines and cannot help the patient with toilet. In these situations, I ask the patient to pull the alarm bell, so someone else can help him or her» (Alteren et al., 2021, s. 5).

4.2.2 Kilder til forstyrrelser

Når en ser på kilden til forstyrrelser under legemiddelhåndteringen, deler studien til Reed et al. (2018) inn i forstyrrelser under tilberedning av medikamenter, administrering av medikamenter og forstyrrelse av legemiddelhåndtering generelt.

Generelt under legemiddelhåndtering viser studien at 79,2% av forstyrrelsene var fra ulike former for kommunikasjon. Dette inkluderte faglig kommunikasjon med kollegaer, pasienter, avdelingen eller pårørende, men også sosial kommunikasjon som ikke var jobbrelatert.

Generelt var indirekte omsorgsoppgaver den nest hyppigste kilden til forstyrrelser (10,1%).

Indirekte pleieoppgaver innebærer arbeidsoppgaver som oppstår fortløpende og fører til diskontinuitet som at sykepleier må vente på at utstyr blir klart, vente på kommunikasjon fra annet helsepersonell og klargjøring for direkte pasientkontakt (Reed et al., 2018, s. 116).

Ved undersøkelse av kilder til forstyrrelser under tilberedning av medisiner viser studien til at sykepleiere avbrøt seg selv i 32,9% av tilfellene, videre avbrytes sykepleier av annen sykepleier i 28,8% av tilfellene, og av pasient eller pårørende i 27,4 % av situasjonene. Under administrering av legemidler står indirekte pleieoppgaver for 18,5% av forstyrrelsene, mens henvendelser fra pasient og/eller pårørende sto for 24,6% av forstyrrelsene (Reed et al., 2018, s. 117). I studien til Thomas et al. (2017) angis det at sykepleier opplever minst en distraksjon i 76,1% av tilfellene under legemiddeladministrasjon. De 4 hyppigste selvrapporterte distraksjonene blir rangert følgende; 1) uløste problemer/ avventende oppgaver i forbindelse med andre pasienter, 2) utmattelse, 3) sult og til slutt 4) støy på avdelingen (Thomas et al., 2017, s. 313).

4.2.3 Mestringsstrategier

Alteren et al. (2021) forklarer i sin studie at sykepleierne utviklet personlige mestringsstrategier og praktiske løsninger for å sikre tryggest mulig administrasjon av legemidler tilpasset sin arbeidssituasjon. Hver avdeling har gitte tider og rutiner der sykepleier skal administrere legemidler. Sykepleierne opplevde derimot at disse rutinene ikke omfavnet de ekstra uforutsette forstyrrelsene, forespørslene og arbeidsmengden som kunne oppstå når sykepleier går inn på pasientrommet. For å løse dette utvidet sykepleierne selv en forståelse av begrepet «legemiddeladministrasjon». I sine egne definisjoner av hva begrepet innebærer, inkluderte noen sykepleiere det at pasienten spør om å bli fulgt på toalettet før administreringen, samt spørsmål fra pasienten vedrørende blodprøvesvar og etterspørsel om et glass vann. Likevel kunne sykepleiere oppleve det som forstyrrelser dersom etterspørslene blir for mange i antall, eller for omfattende. Sykepleierne påpeker at til tross for at de anvendte personlige mestringsstrategier for å tilpasse administreringen av legemidler til avdelingens rutiner, og unngikk urelaterte oppgaver klarte de fortsatt ikke å administrere legemidler til forskrevet tidspunkt (Alteren et al., 2021, s. 5-6).

4.3 Pasientsikkerhet

Sykepleierne i studien til Alteren et al. (2021, s. 6) understreker til lederne at forstyrrelser de opplever under administrering av legemidler truer pasientsikkerheten. Ut fra hovedfunn, dannet det seg to underkategorier: konsekvenser av forstyrrelser og ledelsens rolle.

4.3.1 Konsekvenser av forstyrrelser

Studien til Thomas et al. (2017) viser at det finnes en markant sammenheng mellom en sykepleier som opplever forstyrrelser, avbrudd under administrering og kognitiv belastning. Desto flere forstyrrelser en opplever, desto høyere blir altså den kognitive belastningen. Likevel kommer studien frem til at de ikke kan finne en signifikant sammenheng mellom forstyrrelser, kognitiv belastning og forekomst av prosedyrefeil og feil i legemiddeladministrering (Thomas et al., 2017, s. 313-314).

Reed et al. (2018) fremhever at det er 94,6% sannsynlighet for at sykepleier adresserer en avbrytelse. I slike tilfeller stanser sykepleier legemiddelhåndteringen i 47,9% av tilfellene eller multitasker i 46,7% av tilfellene, fremfor å fullføre legemiddelhåndteringen og utsette avbrytelsen (Reed et al., 2018, s.117). I en annen studie forklarer sykepleierne at de ofte mister konsentrasjonen dersom de må forlate medisintrallen for å håndtere avbrytelser (Alteren et al., 2021, s. 5).

There is something all the time. During the medicine round, I must prevent pressure ulcers with lubrication and relief. It is important, but not so important when I administer medicine. I need to focus on one thing at a time (Alteren et al., 2021, s. 5).

Tidspress ved økt arbeidsbelastning problematiseres ved medisindeling. Når arbeidsoppgavene blir for mange, og tiden blir for knapp, kommer det frem at sykepleierne noen ganger må ta snarveier for å rekke alt (Alteren et al., 2021, s. 6). En av de intervjuede sykepleieren forklarer: "I do not get the time needed to help patients taking all tablets. I often trust that patients take the tablets themselves" (Alteren et al., 2021, s. 6). Forfatterne påpeker at pasientsikkerheten trues da konsekvensene av forstyrrelser resulterer i legemidler som blir gitt til feil tid, og sykepleier som går fra pasienter med legemidler stående på nattbordet (Alteren et al., 2021, s. 7).

4.3.2 Ledelsens rolle

Mangelen på lederskap blir pekt på som et hinder for tiltak. Det kommer frem at sykepleierne ikke opplever at lederne tar forstyrrelsene på alvor, og føler seg lite beskyttet mot forstyrrelser. I stedet blir det opp til den enkelte å beskytte seg selv mot forstyrrelser. Sykepleierne opplyser om at de både på formelle og uformelle møter tok opp problematikken med ledelsen, og i tillegg kom med forslag til løsninger. Forslag på løsninger var å utarbeide retningslinjer for hvordan å unngå forstyrrelser under legemiddelhåndtering. Eksempler på retningslinjer var prosedyrer for handlemåte når pasienter gis feil legemiddel, ikke får legemidler de skal ha eller får legemidlet til feil tid. Sykepleierne forteller at ledelsen var kjent med de negative konsekvensene av forstyrrelser under legemiddelhåndtering, likevel ble ingen tiltak iverksatt, noe som ga sykepleierne inntrykket av at ledelsen ikke tok problemstillingen på alvor (Alteren et al., 2021, s. 6- 7).

5 DISKUSJON

Diskusjonskapitlet er delt inn i to underkapitler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjon vil vi ta for oss vår metode, samt diskutere metode til utvalgte artikler. Videre vil vi diskutere hvordan vi har gått frem for å være kritisk til kildene, samt se på de etiske overveielserne. I resultatdiskusjon vil vi drøfte forskningsresultatene opp mot tidligere forskning, teori og egne erfaringer.

5.1 Metodediskusjon

I dette kapitlet diskuteres integrativ litteraturoversikt som metode, samt de valgte studienes reliabilitet og validitet i forhold til å svare på oppgavens hensikt.

5.1.1 Metode

Metoden tillater et akademisk arbeidsrom for å utforske litteratur, og trekke inn egne tolkninger og konklusjoner av data. Dette aspektet ved integrativ metode kan dog føre til at våre personlige synspunkter ubevisst er med på å forme tolkningen.

5.1.2 Søkeprosessen

I søkeprosessen oppdages det tidlig at det finnes begrenset med forskning når det kommer til de spesifikke konsekvensene av forstyrrelser under legemiddelhåndtering. I konklusjonen til tre av artiklene pekes det på at det trengs mer forskning (Alteren et al., 2021; Mulac et al., 2020; Reed et al., 2018). For å best mulig kunne besvare problemstillingen, samt møte utfordringen med lite forskning vurderte vi at det vil være fordelaktig å inkludere både kvalitative og kvantitative studier. De kvantitative data gir oss objektiv innsikt i hvor hyppig forstyrrelser forekommer, og den kvalitative data gir en dybdeforståelse av sykepleiernes opplevelser.

5.1.3 Kildekritikk,

Både Thomas et al. (2017) og Reed et al. (2018) anvender blant annet observatører for å samle inn kvantitativ data, og ved å ta i bruk utenforstående observatører vil en få fanget opp observasjoner og hendelser sykepleierne muligens ikke registrerer selv. Mulac et al. (2020) analyserer avviksmeldinger angående legemiddelfeil der forskerne benytter seg av metodetriangulering. Mesteparten av data er kvantitativ, men studien inkluderer kvalitativ data i form av beskrivelser fra den rapporterende.

De kvalitative data som innsamles gjennom semi-strukturerte intervjuer i studien til Alteren et al. (2021) blir sentral i oppgaven, da en gjennom disse data får innblikk i sykepleiers opplevde konsekvenser og erfaringer. Ettersom studiene har anvendt ulike metoder kan det fremstå som en svakhet i oppgaven, da man ikke får en spisset metodisk fremstilling. Med våre fire utvalgte artikler opplever vi likevel å få tilstrekkelig bredde i data tematisk.

De utvalgte vitenskapelige artiklene er fra 2017, 2018, 2020 og 2021. Det var et bevisst valg å finne så ny forskning som mulig da det kan ses på som ferskvare, ut fra en tanke om stadige endringer i kontekst i helsevesenet. En artikkel som flere av de utvalgte studiene referer til er «Association of Interruptions With an Increased Risk and Severity of Medication Administration Errors» (Westbrook et al., 2010). Det er en relevant artikkel som er aktuell for problemstillingen vår, men ble utelukket som hovedartikkel grunnet dens eldre dato. Artikkelen vil dog inkluderes i resultatdiskusjonen.

Utvalgte studier anvendt i oppgaven er fra Norge (Alteren et al., 2021; Mulac et al., 2020) og USA (Reed et al., 2018; Thomas et al., 2017). Samtlige utvalgte artikler er skrevet på engelsk som vil kunne føre til at nyanser og språklige formuleringer kan misforstås i oversettelse. Vi inkluderte studier fra USA da kvaliteten på helsevesenet anses som høy, og forskning vil ses på som overførbart til norske sykehus. Vi vet derimot ikke om USA anvender andre sikkerhetstiltak enn dobbeltkontroll for å minske risiko for legemiddelfeil, som kan være en faktor i sammenligning av statistikk. Organiseringen av helsevesenet er som kjent ulikt mellom USA og Norge, men ettersom oppgavens fokus er på forstyrrelser, som kan anses som et internasjonalt fenomen kan artiklene fremstå som aktuelle. Derimot er prosentandelen i de amerikanske kvantitative studiene ikke nødvendigvis direkte overførbare til norske sykehus.

Arenaene for studiene er ulike, men har til felles at det er ulike avdelinger på sykehus der pasienter får blant annet medikamentell behandling. Forstyrrelser kan oppstå i en rekke ulike

situasjoner og kontekster i en sykepleiers hverdag, og derfor ble det ikke satt noen begrensninger på hvor studiene ble gjennomført, annet enn at det må være på sykehusavdeling der pasienter får medikamentell behandling av sykepleiere. Studien til Reed et al. (2018) ble gjennomført på to akuttmottak i sørlige USA. Studien til Thomas et al. (2017) ble gjennomført på kirurgiske sengeposter fordelt på 9 ulike sykehus i USA. I studien til Mulac et al. (2020) tar de for seg legemiddelfeil rapportert inn fra 64 sykehus i 2016 og 55 sykehus i 2017 i Norge. Studien til Alteren et al. (2021) foregikk på medisinske og kirurgiske sengeposter på tre ulike lokale sykehus i Norge. Deltakerne i studien til samtlige artikler er sykepleiere som jobber på sykehus (Alteren et al., 2021; Mulac et al., 2020; Reed et al., 2018; Thomas et al., 2017).

I studien til Mulac et al. (2020) tar ikke forskerne for seg årsaksforhold til legemiddelfeil, og ordet «forstyrrelse» nevnes ikke. Likevel opplever vi at deres resultater blir et viktig bidrag i denne oppgaven for å få en bedre forståelse for legemiddelfeil i Norge. Ettersom studien bygges på avviksmeldinger, pekes underrapportering på som en begrensning ved slike studier, da det anslås at kun en av fem hendelser rapporteres inn (Mulac et al., 2020, s. 60).

Underrapportering som fenomen, diskuteres videre i resultatdiskusjonen. Tross denne begrensningen gir studien verdifull innsikt i å se forekomst og sammenhenger i rapporteringene.

Som tidligere nevnt anvender både Reed et al. (2018), og Thomas et al. (2017) observatører for å innhente data. Reed et al. (2018) påpeker en begrensning ved studien der konsentrert observasjon over flere timer er utfordrende grunnet det høye tempo hos sykepleierne. Dette gjorde at det var utfordrende å gjøre fortløpende vurderinger under observasjonen om de negative, og eventuelt positive konsekvensene av forstyrrelser (Reed et al., 2018, s. 120). At metoden brukt i studien kan være en utfordring, sett i et kontekstuellt perspektiv kan føre til spørsmålsteget ved metoden til studien. På en annen side kan dette faktum være et bidrag i videre forskning.

I Alteren et al. (2021) har forskerne belyst styrker og svakheter ved egen studie. Det blir lagt frem som en styrkende faktor at deltakerne var engasjerte og uredde i beskrivelsen av arbeidssituasjonen deres og feil som har blitt begått av de enkelte. I studien ble det rett og slett kritikk mot lederskapet, og forskerne fikk ikke uttalelse av avdelingssykepleierne og deres perspektiv tilknyttet studien (Alteren et al., 2021, s. 8). Dette kan resultere i en mindre

nyansert diskusjon der resultatet av studien ikke nødvendigvis er overførbar i den grad som ønsket, til ledernes rolle ved håndtering av feil og synergier.

5.1.4 Etiske overveielser

For å sikre at forskningsetikk er vurdert i utvalgte vitenskapelige artikler ble de nøye gjennomgått flere ganger. Reed et al. (2018) har ett eget avsnitt kalt «Human subjects' protection» (Reed et al., 2018, s. 115), der forskerne presiserer at deres studier møter kriteriene til Institutional Review Board (IRB), som er en gruppe utformet i henhold til FDA-forskrifter for å beskytte rettighetene til mennesker i forskningsprosjekter (FDA, 2019). Videre forsikres det om at personvern er ivaretatt ved å anonymisere deltakerne i studien, og at sykepleierne som deltok signerte et informert samtykke dokument.

Alteren et al. (2021) oppgir at deres forskningsprotokoll er godkjent av etisk komite ved Norsk senter for forskningsdata (NSD) som er en virksomhet etablert av Kunnskapsdepartementet (NSD, u.å.). Her sendte forskerne inn en forespørsel til avdelingssykepleier om deltagelse i studien. Videre ble sykepleierne på aktuelle avdeling informert skriftlig om studiens hensikt. Sykepleierne som deltok i studien signerte samtykkeskjema, og fikk mulighet til å trekke seg når de ønsket. Alle deltakere ble også anonymisert (Alteren et al., 2021, s. 3).

Begge studier hadde med frivillig deltagelse som et kriterium (Alteren et al., 2021, s. 3; Reed et al., 2018, s. 116). Derimot var dette ikke påpekt i studien til Mulac et al. (2020). Denne studien er basert på legemiddelfeil rapportert til meldeordningen; NIRS (Norwegian Incident Reporting System) som er et elektronisk nasjonalt meldesystem for uønskede pasienthendelser i spesialisthelsetjenesten (FHI, 2014). Avviksmeldinger er sendt inn på eget initiativ, og frivillighet vil derfor være en del av sykepleierne faglige integritet. All data er anonymisert fra før, på dette grunnlag kan det tenkes at forskerne ikke trengte å etterspørre samtykke fra de som har sendt inn avvik. Thomas et al. (2017, s. 311) angir at deres studie er godkjent av IRB, og at de deltakende sykehusene godkjente studien. Alle personlig data om sykepleierne er anonymisert.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende kapittel diskuteres resultatene i lys av relevant teori, annen forskning, og egne refleksjoner for å danne et større bilde av funnene i resultatdelen.

5.2.1 Legemiddelhåndtering

Funn i analysen viser at hovedandelen av feil skjer i administrasjonsfasen, der sykepleier oftest står alene og administrerer legemidler (Mulac et al., 2020, s. 57). Når sykepleier skal gjøre i stand og utdele legemidler skal dette skje etter legemiddelhåndteringsforskriften §7. Dette innebærer at sykepleieren skal sørge for at «legemidlet gis til rett pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte» (Olsen et al., 2018, s. 81). Det er også viktig at sykepleieren er bevisst sitt ansvar når man overfører legens ordinasjon av legemiddel til utdeling av legemidler. Utover dette må sykepleieren selv ta ansvar for at legemiddelhåndtering krever aktsomhet og oppmerksomhet (Olsen et al., 2018, s. 82). Feil dose er den feilen som er rapportert og forekommer hyppigst, da misforståelser eller feiltolkninger av legens ordinasjon kan oppstå (Mulac et al., 2020, s. 57; Olsen et al., 2018, s. 82). Feil som sykepleier kan begå er; utregningsfeil, gjøre i stand legemiddel med feil styrke eller forveksle mg og ml ved administrering av flytende legemidler. Travelbee beskriver en sykepleier som et vanlig menneske som alle andre, men som har tillærte spesialiserte kunnskaper. Travelbees teori underbygger nettopp det at en sykepleier bare er ett menneske og det er menneskelig å gjøre feil (Travelbee, 2001, s. 72). Det er derimot sykepleierens eget ansvar å være oppmerksom og opptre aktsomt under legemiddelhåndtering (Olsen et al., 2018, s. 82). Av egen erfaring kan dog aktsomheten komme i konflikt med forstyrrelser, og til tross for at man forsøker å bevare konsentrasjonen kan forstyrrelsen vinne dersom den oppleves invaderende nok.

Det kommer frem i studien til Reed et al. (2018) at sannsynligheten for at sykepleieren ble forstyrret under legemiddelhåndtering var dobbelt så stor sammenlignet med andre oppgaver. Det er også noe vi har opplevd i praksis i form av spørsmål fra kollegaer eller telefoner som må tas under legemiddelhåndteringen. Loven sier at «tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte og i egne lokaler (...)» (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §8). Travelbee påpeker i sin teori at sykepleieren står ansvarlig. Til tross for ytre forstyrrelser er det sykepleierens ansvar at den som mottar helsehjelp fra helsetjenesten, får den hjelpen han eller hun behøver (Travelbee, 2001, s. 222).

5.2.2 Ett innblikk i sykepleiers hverdag

Funn viser at omtrent 80% av forstyrrelsene sykepleier opplever under legemiddelhåndtering er ulike former for kommunikasjon. Kommunikasjonen inkluderer faglig- og sosial kommunikasjon med andre kollegaer, pasienter og pårørende. Det beskrives at sykepleierne forstyrrer hverandre hyppig under tilberedning av medikamenter (Thomas et al., 2017, s. 116). Andre funn tyder på at kommunikasjonsforstyrrelsene innebærer spørsmål fra andre sykepleiere om; dobbeltkontroll, spørsmål om hjelp til å utføre en oppgave eller ønske om å drøfte spørsmål angående den andres pasient. Etter dette er det arbeidsoppgavene som oppstår fortløpende som hyppigst fører til forstyrrelser, og diskontinuitet i arbeidet til sykepleieren (Reed et al., 2018, s. 116). Til tross for at forstyrrelsene fører til diskontinuitet, kan det hevdes at slike forstyrrelser som dobbeltkontroll er viktige for legemiddelsikkerheten.

Annen forskning påpeker de positive, og nødvendige aspektene ved forstyrrelser. En studie peker på at dersom en forsøker å hindre avbrudd, vil en hindre kommunikasjon og koordinering, som er nødvendig for å ytre helhetlig omsorg til pasientene. En forstyrrelse av sykepleier under legemiddelhåndtering i form av kommunikasjon fra annet helsepersonell kan anses som nødvendig og viktig, dersom budskapet er relevant og avgjørende for videre pasientbehandling (Hopkinson & Jennings, 2012, s. 49-50). Tatt i betraktning mangelen på veiledere, eller retningslinjer for når og på hvilken måte en kan forstyrre en kollega, ser det ut til å bli opp til den enkelte sykepleier. På en annen side kan det være utfordrende å utforme slike veiledere, ettersom ulike kommunikasjonssituasjoner som oppstår er impulsive. En veileder kan muligens ikke favne alle ulike situasjoner sykepleier står i. Oversiktsstudien til Hopkinson og Jennings (2012) henviser også til behovet for forskning, da manglende teoretisk grunnlag og retningslinjer rundt forstyrrelser vanskeliggjør slike vurderinger. Når forstyrrelser både kan være både positive og negative, kan det fremstå som forståelsen rundt begrepet forstyrrelser, må forskes mer på i et sykepleieteoretisk perspektiv slik studien også påpeker (Thomas et al., 2017, s. 316; Reed et al., 2018, s. 120).

Ut fra funn ser det ut til at sykepleiere oftere opplever forstyrrelser – enn ikke, under legemiddeladministrasjon, da sykepleier blir forstyrret eller distraheret opptil 76,1% av tilfellene (Thomas et al., 2017, s. 313). Dette samsvarer med beskrivelsene til intervjuobjektene i studien til Alteren et al. (2021). Sykepleierne skildrer arbeidsmiljøet som «et minefelt», og fremhever hvordan det kontinuerlig oppstår uventede arbeidsoppgaver eller forstyrrelser. STAMI sin faktabok om arbeidsmiljø og helse (2018) bekrefter hvordan helse-

og sosialtjenester har en rekke utfordringer i arbeidsmiljøet. Faktaboken fremhever særlig sykehus-tjenestens høye arbeidskrav og lave jobbkontroll (STAMI, 2018, s. 203). Dette støtter opp under beskrivelsene til de intervjuede sykepleierne.

Funn fra oppgaven beskriver hvordan sykepleiere fortløpende må avgjøre hvilke arbeidsoppgaver de skal prioritere til enhver tid. En må velge om man skal prioritere sitt pågående arbeid, eller avbryte sine oppgaver for å avlaste andre (Alteren et al., 2021). Dette poenget tydeliggjøres ved et eksempel fra en av de intervjuede, der sykepleieren forklarer at for å holde konsentrasjonen på medisiner, må de avvise forespørsler fra andre pasienter som å følge dem på toalettet, og ber dem heller ringe på alarmklokken (Alteren et al., 2021, s. 5). Å gjøre slike prioriteringer ser ut til være en konstant faktor i sykepleiers hverdag. Dette kan relateres til gjennom egen praksis, der en arbeidsliste bygger seg opp i hodet med små og store oppgaver. En må hurtig ta avgjørelser på hva en skal gjøre, til hvilken tid, og samtidig raskt tenke gjennom hvilke konsekvenser valget kan ha for forsvarligheten. Slike vurderinger kan ses i sammenheng med etiske prinsipper. I eksempelet med sykepleieren som valgte å fokusere på medisinerne, fremfor å la seg avbryte av en pasient som trenger assistanse, står sykepleier i et etisk dilemma. Trolig kunne medisinerne ventet den korte tiden det tar å assistere pasienten, men likevel valgte sykepleier å avvise forespørselen.

Velgjøringsprinsippet omhandler tanken om å ville gjøre det beste for pasienten etter beste mulig evne, og dermed minimere de negative konsekvensene (Nortvedt, 2017, s. 96). Etter dette prinsippet kan sykepleier forsvare valget ved at de negative konsekvensene kunne vært større, dersom sykepleier valgte å avbryte legemiddelhåndteringen, miste konsentrasjonen på medisiner og øke risikoen for å gjøre feil. Likevel blir det et etisk dilemma da pasientene står i en sårbar posisjon, og en kan spekulere i om en avvisning om assistanse til toalettet i verste fall for eksempel kan føre til at pasienten forsøker å gå selv, og kan risikere å falle. Etiske retningslinjer spesifiserer sykepleiers etiske og personlige ansvar for sine handlinger (NSF, 2019). Med bakgrunn i retningslinjene får sykepleier et ansvar for pasienten som trenger assistanse, og det er vanskelig å gi et entydig svar på hva som er rett eller galt å gjøre i en slik situasjon. Faglitteratur sier at en i slike situasjoner bør handle ut fra pasientens beste, og at det er viktig med etisk skjønn, faglig innsikt og god kommunikasjon for å vurdere best mulig handlingsmåte (Nortvedt, 2017, s.125). Eksempelet tydeliggjør også kompleksiteten i forstyrrelser og de vanskelige situasjonene sykepleier står i, og kan fremstå som et etisk dilemma.

At sykepleiere prioriterer kan betraktes som en mestringsstrategi for å håndtere de mange arbeidsoppgavene. Sykepleiere informerer om at avdelingens rutiner ikke favnet den reelle arbeidsmengden som følger med administrering av legemidler. Tidsrammen passer ikke med arbeidsmengden, som krevde at sykepleier måtte lage egne mestringsstrategier for å håndtere denne faktoren (Alteren et al., 2021, s. 5). På en annen siden spesifiserer lovgivning at sykepleier skal kunne tilpasse utførelsen av arbeidet, til arbeidssituasjonen (Hpl, 1999, §4). Likevel viser funn fra Alteren et al. (2021), at sykepleier ikke klarer å overholde disse lovpålagte pliktene da intervjuobjektene oppgir at de selv med mestringsstrategier ikke klarer å gi legemidler til angitt tidspunkt, grunnet arbeidsmengde (Alteren et al., 2021, s. 5-6). Studien belyser at dersom sykepleier skal arbeide innen de lovlige rammene av forsvarlighetskravet, krever det tiltak som endrer dagens situasjon (Alteren et al., 2021; Hpl, 1999, §4).

5.2.3 Pasientsikkerhet

I funn fra en studie kommer det frem at desto flere forstyrrelser sykepleier opplever, desto høyere blir den kognitive belastningen. Likevel kommer studien frem til at de ikke kan finne en direkte sammenheng mellom økt kognitiv belastning og legemiddelfeil. Studien klarer dermed ikke finne en direkte sammenheng mellom forstyrrelser og legemiddelfeil (Thomas et al., 2017, s. 313-314). En annen studie har et motstridende funn og kommer frem til at risikoen for kliniske feil ved administrering av legemidler doblet seg fra ved ingen forstyrrelser, til ved fire forstyrrelser (Westbrook et al., 2010, s. 688). Studiene viser dermed til ulike resultater, som kan bidra til å synliggjøre kompleksiteten i slik forskning. Til tross for dette kan de ulike funnene peke i retning av at helheten av arbeidsbelastning, i kombinasjon med forstyrrelser, øker risiko for legemiddelfeil (Thomas et al., 2017; Westbrook et al., 2010). Av egen erfaring må en huske på en rekke ulike elementer i løpet av en vakt, og spesielt under legemiddelhåndteringsprosessen. De 5 r'ene er ett eksempel på alt en må huske på ved istandgjøring og utdeling av legemidler (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §7). Faglitteratur beskriver at arbeidsminnet må kunne håndtere den aktuelle informasjonen en ønsker å huske, da en har begrenset kapasitet (Håkonsen, 2020, s. 161). Et annet funn peker på at det er overveldende sannsynlig (94,6%) at sykepleier adresserer forstyrrelser, enten ved å stanse legemiddelhåndteringen, eller ved å multitaske (Reed et al., 2018). Dette funn underbygges av en annen studie som peker på at den høyeste andelen av forstyrrelser foregikk når sykepleier

var opptatt med legemiddelhåndtering, og at sykepleier multitasket 25 % av tiden de brukte på legemiddelhåndtering (Westbrook et al., 2011, s. 7). Funnene kan bidra til å belyse hvordan arbeidsminnet fylles opp og feil som skyldes uoppmerksomhet kan muligens oppstå her (Håkonsen, 2020, s. 161; Reed et al., 2018).

Ut fra funn ser det likevel ut som legemiddelfeil ikke kun oppstår ubevisst ved at sykepleier får for mange arbeidsoppgaver og forstyrrelser, men også ved at sykepleier bevisst gjør legemiddelfeil - ikke fordi de ønsker, men fordi de ikke ser andre mulige løsninger (Alteren et al., 2021, s. 7). I et slikt perspektiv kan det fremstå som om sykepleiers faglige integritet kan stå i faresonen. I samme studie beskriver noen av sykepleierne at det ikke er tid til å observere legemidler bli tatt og at legemidler ikke blir gitt til ordinert tidspunkt (Alteren et al., 2021, s. 6). Ut fra lovverk skal sykepleier sørge for at legemidlet skal gis til rett tid (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §7). I praksis ses det derimot at dette ikke alltid er gjennomførbart, da tiden ofte er knapp og arbeidsoppgavene mange. Slikt skissert i teorikapittelet er det spesialisthelsetjenestens og virksomhets ansvar å legge forholdene til rette i henhold til å foreta sårbarhets- og risikovurdering som grunnlag for å sikre faglig forsvarlighet (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §8; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2; Helsepersonelloven, 1999, §16). Arbeidsgiver og arbeidstaker har dermed et 50-50 prosent ansvar for at tjenesten skal fungere optimalt (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2019, s. 6 - 22) og sett i et slikt perspektiv kan sykepleier muligens ikke holdes ansvarlig for avvik, dersom ikke arbeidsforholdene legges til rette.

Ett funn viser at sykepleierne har uttrykt til sin leder, på ulikt vis, problematikken rundt forstyrrelser under legemiddelhåndtering, men opplever å ikke bli tatt på alvor (Alteren et al., 2021, s. 6). Sykepleierne beskriver en manglende handlekraft i form av konkrete tiltak fra lederne. Thomas et al. (2017, s. 115) indikerer at et sterkt lederskap som legger vekt på pasientsikkerhet, vil øke kvaliteten og sikkerheten i legemiddelhåndteringen. Økt fokus på forstyrrelser og legemiddelsikkerhet hadde vært fordelaktig, men muligens ligger problemet dypere enn praktiske løsninger. Resultatene til Alteren et al. (2021, s. 7) indikerer at praktiske tiltak som stille soner, og vester ikke er tilstrekkelig, men at det er en forstyrrelseskultur. WHO peker på at lederskap, men også politikere må prioritere legemiddelsikkerhet for å se utvikling (Sheikh et al., 2017, s. 1). Mangelen på politisk interesse er noe Mulac et al. (2020, s. 60) stiller seg kritisk til i sin diskusjonsdel. Det kan hevdes at det fortsatt er noe ukjent hva

de reelle konsekvensene av forstyrrelser faktisk er, med tanke på at dette emne er lite belyst og forsket på. Derfor kan det fremstå som viktig at dette problemområdet diskuteres på et politisk nivå, for at en kan skape en grobunn for videre forskning og debatt.

Intervjuobjektene i Alteren et al. (2021, s. 6) beskriver at ledelsens mangelfulle handlekraft tvinger sykepleierne til å måtte beskytte seg selv mot forstyrrelser. En kan hevde at dette er noe sykepleier må gjøre uansett om ledelsen legger til rette for mindre forstyrrelser, da ingen forstyrrelser muligens er uoppnåelig i en sykepleiers arbeid. For å skape en sikkerhetskultur i helsetjenesten viser faglitteratur at en leder som oppmuntrer, viser villighet til å lære, og at leder og ansatte har samme verdier er avgjørende. En lærende kultur i en avdeling vil bidra til årvåkenhet rundt pasientsikkerhet (Aase, 2018, s. 98-99). Sykepleieren står personlig ansvarlig for handlingene han eller hun utfører, men har også ansvar for å varsle når uønskede hendelser oppstår (NSF, 2019, retningslinje 5.4-5.6). Rutiner for rapportering av uønskede hendelser er hjemlet i en rekke lovverk (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §3-3; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §12-3; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, §6). Muligens anser ikke sykepleierne forstyrrelser som et årsaksforhold til en uønsket hendelse, og dermed lite beskrevet i rapporterte uønskede hendelser. Avvikssystemet kan ses på som det viktigste verktøyet en sykepleier har for å rette oppmerksomhet mot et problemområde. På en annen side ser en at underrapportering stadig forekommer (Mulac et al., 2020). Det kan fremstå som om ledere og sykepleiere sammen har et forbedringspotensial for å fremme og anvende avvikssystemet. Pasientsikkerheten i norske sykehus ble kartlagt i 2009, og viste at det å innføre elektronisk varslingsystem for uønskede hendelser har bidratt til flere meldte hendelser (Aase, 2018, s. 102). En ser derimot at helseforetakene mangler kompetanse på hendelsesanalyse og meldingene blir i liten grad analysert.

6 KONKLUSJON

Vår litteraturstudie viser at forstyrrelser påvirker sykepleiere under håndteringen av legemidler. Forstyrrelser tvinger sykepleier til å multitaske, avbryte pågående arbeidsoppgaver og det øker den kognitive belastningen. Sykepleier har et selvstendig lovpålagt ansvar for sikker og forsvarlig utøvelse av legemiddelhåndtering. Likevel har ledelsen et lovpålagt ansvar å legge forholdene til rette for den forsvarlige utøvelsen. Forskning og faglitteratur viser at ledelsen ikke klarer å ta tak i alvoret og bekymringene rundt forstyrrelsene som blir rapportert, samt at de har lite kunnskap og kompetanse om hvordan å håndtere rapporterte avvik. Våre funn indikerer at det er for lite fokus på konsekvensene av forstyrrelser i helseinstitusjonene i Norge, ei heller utarbeidet noen retningslinjer eller veiledere på hvordan dette skal håndteres. Forskning viser at menneskelige og arbeidsmiljømessige faktorer gjør sikkerheten rundt legemiddelhåndtering utfordrende under dagens standard.

Forstyrrelser gjør at sykepleieren står i et krysspess mellom egne etiske retningslinjer samt lovverk, faglighet og skjønn, og i tillegg en tjeneste som ikke alltid er organisert hensiktsmessig eller fremmer mestring.

6.1 Anvendelse i praksis

- Vi foreslår at hver avdeling holder kurs for de ansatte om hvordan å skrive avvik, med fokus på beskrivelser av bakgrunnen til at den uønskede hendelsen har oppstått.
- Vi foreslår at avdelingssykepleiere får kurs i hvordan å skape en kultur for å skrive avvik, og for å inneha forståelse for hvordan avvik kan påvirke prioriteringer i organisasjonen.
- Vi foreslår for å møte problematikken med at legemiddelfeil som oppstår grunnet dårlig tid, bør tidsrommet for administrering av legemidler utvides, noe som kan resultere i at bemanning må økes noe for å redusere den enkeltes arbeidsmengde.

- Vi foreslår at sykepleier får opplæring og refleksjonsmøter i form av betalte lunsjmøter med fokus på forstyrrelser. Hva det er, hva det kan innebære for pasientsikkerheten og hvordan vurdere hva hensiktsmessige forstyrrelser er.
- Vi foreslår at virksomhetens ledere må få et kompetanseløft i avvikshåndtering, gjennom kurs i analysering og håndtering av avviksmeldinger.

6.2 Forskning

- Forskning viser at en trenger å endre en kultur av forstyrrelser, da innføring av praktiske tiltak ikke er tilstrekkelig. Det trengs mer forskning på hvordan virksomheter kan fasilitere dette.
- Slik det kommer frem i oppgaven gjennom kvantitativ og kvalitativ forskning, trengs både en kartlegging av tall på forstyrrelser i legemiddelhåndtering, samt en forståelse av hva som ligger bak tallene.

LITTERATURLISTE

Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet - teori og praksis (3. utg)*. Universitetsforlaget AS

Alteren, J., Hermstad, M., Nerdal, L. & Jordan, S. (2021). Working in a minefield; Nurses' strategies for handling medicine administration interruptions in hospitals, -a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–1094.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07122-8>

Distrahere. (u.å.). *Den norske akademis ordbok*. NAOB. Hentet 22.11.2022 fra
<https://naob.no/ordbok/distrahere>

Food and Drug Administration. (2019, 9. november). *Institutional Review Boards (IRBs) and Protection of Human Subjects in Clinical Trials*. FDA.
<https://www.fda.gov/about-fda/center-drug-evaluation-and-research-cder/institutional-review-boards-irbs-and-protection-human-subjects-clinical-trials>

Forstyrrelse. (u.å.). *Den norske akademis ordbok*. NAOB. Hentet 22.11.2022 fra
<https://naob.no/ordbok/forstyrrelse>

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>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Hafstad, A. (2020, 14. november). Risikoen for feil er for stor. *Sykepleien*, s. 12

Helsepersonelloven – hpl. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Hopkinson, S. G. & Jennings, B. M. (2013). Interruptions during nurses' work: A state-of-the-science review. *Research in Nursing & Health*, 36(1), 38–53.
<https://doi.org/10.1002/nur.21515>

Hærnes, N (2020, 14. november). Mange varsler om legemidler til ukom. *Sykepleien*, s. 26

Håkonsen, K. M. (2020). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleie - fag og funksjon* (3. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS

Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E. & Granas, A. G. (2020). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European Journal of Hospital Pharmacy. Science and Practice*, 28(e1), e56–e61.
<https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002298>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å.) Hentet 29. november 2022 fra <https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/>

Norsk sykepleierforbund. (2022). *Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-11/Faglig_forsvarlighet_2022.pdf

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2017) *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Olsen, L. A., Kofoed, E. & Rygg, L. Ø. (2018). *Håndtering av legemidler* (1. utg.). Cappelen Damm AS

Reed, C. C., Minnick, A. F. & Dietrich, M. S. (2018). Nurses' responses to interruptions during medication tasks: A time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.017>

Saunes, I. S., Svendsby, P., O., Mølsted, K. & Thesen, J. (Mai 2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2

Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse* (STAMI-rapport - nr 3). Statens arbeidsmiljøinstitutt. <https://stami.no/content/uploads/2018/06/Faktaboka-2018.pdf>

Thomas, L., Donohue-Porter, P. & Fishbein, J. S. (2017). Impact of Interruptions, Distractions, and Cognitive Load on Procedure Failures and Medication Administration Errors. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 309–317. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000256>

Westbrook, J. I., Duffield, C., Li, L. & Creswick, N. J. (2011). How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research*, 11(1), 319–319. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-319>

Westbrook, J. I., Woods, A., Rob, M. I., Dunsmuir, W. T. M. & Day, R. O. (2010). Association of Interruptions With an Increased Risk and Severity of Medication Administration Errors. *Archives of Internal Medicine*, 170 (8), 683-690. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1001/archinternmed.2010.65>

World Health Organization. (2022, 17. september). *World Patient Safety Day 2022*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte artikler
28.10	Cinahl	Interrupti* AND nurs* AND hospital* AND medication*	Publisert: siste 10 år Språk: engelskspråklig, Geografi: Europa, USA og Australia, Vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter, kvalitative- og kvantitative studier	117	25	5	1
28.10	Cinahl	Patient safety* AND nurse* AND interruption* AND hospital*	Publisert: siste 10 år Språk: engelskspråklig, Geografi: Europa, USA og Australia, Vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter, kvalitative- og kvantitative studier	22	12	2	1
30.10	Cinahl	«Norwegian AND hospital» AND Medication errors	Publisert: siste 10 år Språk: engelskspråklig, Geografi: Europa, USA og Australia, Vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter, kvalitative- og kvantitative studier	6	3	1	1
30.10	Cinahl	Interruption* AND response* AND nurses	Publisert: siste 10 år Språk: engelskspråklig, Geografi: Europa, USA og Australia, Vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter, kvalitative- og kvantitative studier	60	20	6	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e), Årstall, Tidsskrift, Land	Artikkel tittel	Hensikten med studien	Perspektiv(sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Alma Mulac, Katja Taxis, Ellen Hagesaether & Anne Gerd Granas 2020 British Medical Journal Publishing Group Norge	“Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident reporting System”	Å beskrive hyppigheten, steg og type av medikament feil i norske sykehus, med fokus på de mest alvorlige og dødelige tilfellene	Sykepleier perspektiv	“Mixed method” Størsteparten av data er kvantitative, men tabell 3 illustrerer de kvalitative data.	Basert på rapporter fra 64 sykehus i 2016 og 55 i 2017 fra sykehus over hele Norge.	Totalt ble 3372 rapporter inkludert i studien. De fleste medisineringsfeil oppstod under administrering (68 %) og forskrivning (24 %). De ledende typene feil var doseringsfeil (38 %), utelatelser (23 %) og feil medikament (15 %). Over halvparten av alle feilene var skadelige (62 %), hvorav 5,2 % forårsaket alvorlig skade, og 0,8 % var dødelige.
Lily Thomas, Patricia Donobue-Porter, Joanna Stein Fishbein 2017 Journal of Nursing Care Quality USA	“Impact of Interruptions, Distractions, and Cognitive Load on Procedure Failures and Medication Administration Errors”	Studien beskriver forstyrrelser, distraksjoner og kognitiv belastning opplevd av sykepleiere under administrering av legemidler og utforsker deres innvirkning på prosedyrefeil og medisinadministrasjonsfeil	Sykepleier perspektiv og observatør perspektiv	kvalitativ metode.	9 sykehus og 79 sykepleiere deltok. 93% av deltagerne var kvinner og gjennomsnittsalderen var 38 år. 87% av deltagerne jobbet heltid	Avbrudd skjedde i 478 av de 857 (67,1 %) episoder med administrering av legemidler, og sykepleiere opplevde minst 1 distraksjon i 575 av de 857 (76,1 %) av episodene. De topp 4 selvrapperte distraksjoner som er opplevd av sykepleiere var; (1) uløste problemer angående andre pasienter, etterfulgt av (2) tretthet, (3) sult og (4) støynivå i enheten

<p>Clinta Ché Reed, Ann F. Minnick, Mary S. Dietrich</p> <p>2018</p> <p>International journal of nursing studies</p> <p>USA</p>	<p>“Nurses’ responses to interruptions during medication tasks: A time and motion study”</p>	<p>Å undersøke sykepleieres reaksjoner på forstyrrelser og utforske kontekstuelle faktorer som påvirker avbruddshåndtering under medisineringsoppgaver.</p>	<p>Observatør perspektiv</p>	<p>Kvantitativ metode, observasjon.</p>	<p>20 autoriserte sykepleiere deltok i studien. Studien foregikk ved 5 medisinske og kirurgiske avdelinger, på 2 ulike akuttmottak i sørlige USA.</p>	<p>Omtrent 39 % av legemiddeloppgavene ble avbrutt. Etter et avbrudd var det mer sannsynlig at sykepleiere utsatte medisineringsoppgaven for å ta seg av avbruddet (51,1 %) eller multitaske (40,3 %) enn å utsette å svare på avbruddet til medisineringsoppgaven var fullført (12,6 %).</p>
<p>Johanne Alteren, Marit Hermstad, Lisbeth Nerdal & Sue Jordan</p> <p>2021</p> <p>Springer Nature</p> <p>Norge</p>	<p>“Working in a minefield; Nurses’ strategies for handling medicine administration interruptions in hospitals, - a qualitative interview study”</p>	<p>Identifisere sykepleieres strategier for å håndtere og redusere avbrudd og sikre sikkerhet under medisinerunder, innenfor rammene av sykehusenes organisasjonssystemer.</p>	<p>Sykepleier perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>19 sykepleiere ble intervjuet. Syv fra kirurgiske avdelinger og 5 fra medisinske avdelinger.</p>	<p>Sykepleiers arbeidsmiljø var preget av forstyrrelser og distraksjoner, som ofte truet pasientsikkerheten. For å håndtere denne uforutsigbarheten og samtidig vedlikeholde avdelingen utviklet sykepleiere sine egne personlige strategier for å overvinne problemer med arbeidsforhold, fravær av effektiv ledelse og kollegers motvilje mot å ta ansvar for minimere forstyrrelser.</p>