



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	12-11-2020 09:00	Termin:	2020 HØST2
Sluttdato:	19-11-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS591 1 O 2020 HØST2		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	403
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Feilmedisinering i et anestesiforløp
Antall ord *:	16909

Egenerklæring *: Ja Nei **Inneholder besvarelsen** Ja Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Ja Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Feilmedisinering i et anestesiforløp

Nurse anesthesia and medication errors

Dani Lalovic

Kandidatnummer: 403

Anne Trones

Kandidatnummer: 409

Master i klinisk sykepleie - anestesisykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Hovedveileder: Astrid Karin Elde Berland

Medveileder: Sigrunn Drageset

Innleveringsdato: 19.11.20

Antall ord: 16 909

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Etter snart 2,5 år som studenter innen master i klinisk sykepleie - anestesisykepleie, går studiet mot slutten med vår masteroppgave som resultat. Interessen for fagutvikling har vært en motiverende faktor under arbeidet med prosjektet. Det har vært interessant og lærerikt, men også krevende ved siden av jobb som nyutdannede anestesisykepleiere. I tillegg har den pågående koronapandemien vært en ekstra utfordring, noe som av ulike grunner gjorde det vanskelig å levere oppgaven til estimert tid.

Vi ønsker å starte med å takke de personene som har hatt stor betydning for ferdigstilling av dette prosjektet.

Takk til våre veiledere Astrid Karin Elde Berland, dosent og anestesisykepleier ved HVL og Sigrunn Drageset, førsteamanuensis og anestesisykepleier ved HVL, for støtte, veiledning og som motivatorer for å yte vårt beste.

En stor takk til de 9 informantene som stilte opp til intervju og gjorde det mulig å gjennomføre prosjektet, ved å dele sine opplevelser og erfaringer med oss. Vi vil også rette en stor takk til avdelingslederne ved de representative avdelingene for god hjelp til tilrettelegging for en optimal intervjusituasjon og hjelp til utvelgelse av informasjonssterke informanter.

I tillegg har medstudenter vært en inspirasjon underveis i forløpet.

Til slutt en takk til våre familier, venner og kollegaer for oppmuntrende ord. Sara og Elias, dere har vært tålmodige.

Sammendrag

Bakgrunn: En av de viktigste årsakene til pasientskader i Norge er feilmedisinering. 1,8% av pasientskadene er legemiddelrelatert og rundt halvparten av disse kan forebygges. Etter luftveisrelaterte komplikasjoner er feilmedisinering under anestesi den vanligste anestesikomplikasjonen.

Hensikt: Hensikten med prosjektet er å få bedre innsikt og forståelse for anestesisykepleiernes erfaringer og opplevelser om feilmedisinering i et anestesisforløp. Vi håper at vi med dette prosjektet kan bidra til økt fokus på feilmedisinering i praksis.

Metode: Vi valgte å ta utgangspunkt i et kvalitativt deskriptivt design. Data ble samlet inn gjennom to fokusgruppeintervju med totalt 9 informanter. Analysen er basert på Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering.

Resultat: Analysen avdekket 7 tema: Faktorer som kan bidra til feilmedisinering, Åpenhet om feilmedisinering, Redsel for feilmedisinering, Konsekvenser for egen helse, Å være fokusert, Å være forberedt og Å bli møtt med forståelse fra kollegaer. Faktorer som kan bidra til feilmedisinering hadde undertemaene: Konsekvens av relasjoner, Å etterkomme rutiner og prosedyrer og Tidspress.

Konklusjon: Arbeidsklima på operasjonsstuen, som respekt for andres arbeid og hvordan man kommuniserer med hverandre, er sentralt for å unngå feilmedisinering. Det kan være vanskelig å etterkomme rutiner som følge av mangel på anestesikyndig personale, tidspress og stress. Å innrømme feil kan minimere skadeomfanget og andre kan lære av det. Anestesisykepleieren er redd for feilmedisinering, og ukjente medikamenter, generiske bytter, endringer av medikamentkonsentrasjon og dobbeltkontroll av andre yrkesgrupper gir økt usikkerhet. Å være fokusert og forberedt virker forebyggende, men kan være utfordrende. Å snakke om feil er mindre tabubelagt enn tidligere. Det å oppleve feilmedisinering gir følelser som ubehag, angst og panikk og det kan være vanskelig å legge hendelsen bak seg. Kollegastøtte i form av medfølelse, støtte og aksept er viktig for å komme seg gjennom feilmedisinering på en god måte.

Nøkkelord: Anestesisykepleie, feilmedisinering, fokusgruppeintervju, erfaringer, opplevelser.

Abstract

Background: One of the most important causes of patient injuries in Norway is incorrect medication. 1.8% of patient injuries are drug-related, where about half of which can be prevented. After airway-related complications, incorrect medication during anesthesia is the most common anesthetic complication.

Objective of research: The main objective of the project is to gain better insight and a proper understanding of the reflections and experiences of anesthesia nurses regarding incorrect medication during anesthesia. The study shall contribute towards an increased focus on incorrect medication in practice.

Methodological approach: A qualitative descriptive design was chosen for this project. The strategy for collecting data was two focus group interviews with a total of 9 participants. The analysis is based on Malterud's (2017) systematic text condensation.

Result: Seven categories emerged from the study and are presented as: Factors that can cause incorrect medication, Transparency about incorrect medication, Fear of incorrect medication, Consequences for one's own health, Being focused, Being prepared and Being met with understanding from colleagues. The first category had the sub-themes: Consequence of relationships, Compliance with routines and procedures and Time pressure.

Conclusion: The work environment in the operating room, such as clear communication and respect for others' work, is central to avoid incorrect medication. It can be difficult to comply with routines due to a lack of anesthesia staff, time pressure, and stress. Admitting to mistakes can minimize the extent of the damage and others can learn from it. The study finds the anesthesia nurse to be worried about incorrect medication in which unknown medications, generic changes, changes in medication concentration, and double-checking of other occupational groups increase uncertainty. Being focused and prepared is preventative but can be challenging. The study indicates that talking about mistakes is less taboo than earlier. Experiencing incorrect medication causes feelings such as discomfort, anxiety, and panic, in which it can be difficult to put the incident behind you. Peer support in the form of compassion, support, and acceptance is important for good recovery from incorrect medication.

Keywords: Nurse anesthesia, medication errors, focus group interviews, reflections, experiences.

Innhold

1.0 Introduksjon	1
2.0 Bakgrunn	2
3.0 Teori	3
3.1 Norsk standard for anestesi og Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere	3
3.2 Pasientsikkerhet	3
3.3 Sykepleieteoretiker Florence Nightingale	4
4.0 Tidligere forskning	6
4.1 Søkestrategi	6
4.2 Søkeprosessen	6
4.3 Tidligere forskning	7
4.4 Oppsummering av forskning	11
5.0 Hensikt og problemstilling	12
5.1 Hensikt	12
5.2 Forsknings spørsmål	12
6.0 Metode	13
6.1 Design	13
6.2 Utvalg og setting	14
6.3 Datasamlingsverktøy	15
6.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre	16
6.5 Analyse	17
6.6 Etikk	20
7.0 Funn	22
7.1 Faktorer som kan bidra til feilmedisinering	22
7.1.1 Konsekvens av relasjoner	22
7.1.2 Å etterkomme rutiner og prosedyrer	23
7.1.3 Tidspress	25
7.2 Åpenhet om feilmedisinering	26
7.3 Redsel for feilmedisinering	27
7.4 Innvirkning på sykepleiernes helse	29
7.5 Å være fokusert	30
7.6 Å være forberedt	34
7.7 Å bli møtt med forståelse fra kollegaer	35

8.0 Drøfting	37
8.1 Resultatdiskusjon.....	37
8.2 Metodediskusjon.....	47
9.0 Konklusjon	52
10.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	53
Litteraturliste	54
Vedlegg 1: PICO-skjema	60
Vedlegg 2: Søketabell	61
Vedlegg 3: Intervjuguide	63
Vedlegg 4: Anbefalinger fra NSD	64
Vedlegg 5: Anbefalinger fra personvernombud	67
Vedlegg 6: Informasjonsskriv	68
Vedlegg 7: Samtykkeerklæring	71
Vedlegg 8: Godkjenning av innhenting av data	72
Vedlegg 9: Godkjenning av ny sluttdato	73
Vedlegg 10: Forfatterbidrag	74

1.0 Introduksjon

Ifølge Helsedirektoratet (2020) er en av de viktigste årsakene til pasientskader i Norge feilmedisinering. I faget anestesi benyttes det svært potente og hurtigvirkende legemidler og feil kan få fatale konsekvenser både for pasient og anestesisykepleier. Feilmedisinering under anestesi kan gi alvorlige følger og kan være en trussel mot pasientsikkerheten (Næss & Strand, 2012a, s. 151-152). Ifølge Norsk standard for anestesi er hensikten for all anesthesiologisk praksis i Norge å ivareta pasientsikkerheten (Norsk Anesthesiologisk Forening [NAF] & Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund [ALNSF], 2016, s. 1).

Slik vi ser det er kunnskapen om anestesisykepleierens opplevelser og erfaringer med feilmedisinering i et anestesiforløp et nyttig og relevant tema å sette fokus på. Risiko og årsaker til feilmedisinering var i tillegg et tema under et fagmøte i praksis, noe som vekket vår interesse for dette. Flere anestesisykepleiere delte noen av sine egne erfaringer med feil og nesten-feil som hadde hendt, på tross av at gjeldende retningslinjer var blitt fulgt. Erfaringsmessig fra praksis ser vi også at det lett kan oppstå situasjoner i et hektisk arbeidsmiljø som gjør det sårbart for feilmedisinering. Dolonen (2018) påpeker at selv om tiltak for å bedre pasientsikkerheten lenge har vært prioritert, skjer det feil.

2.0 Bakgrunn

“Det er karakteristisk for moderne medisin at legemiddelfeil er en av de hyppigste årsakene til uheldige hendelser. Det er nesten ingen grenser for hvordan og hvor ofte det kan gå galt” (Hjort, 2010, s. 116).

Som en del av Det Norske Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 strategi 2014-2018 (Helsedirektoratet, 2019) har alle helseforetak kartlagt årlige pasientskader for å kunne følge med på utviklingen over tid. 1,8% av pasientskadene var legemiddelrelatert og man regner med at rundt halvparten av disse kunne vært forebygget (Helsedirektoratet, 2018). St.meld. nr. 10 (Helse og omsorgsdepartementet, 2012, s. 7) peker på feil bruk av medikamenter som en av de to viktigste årsakene til pasientskader, unødig lidelse og forlenget sykehusopphold. Ifølge Dolonen (2016) kostet feilmedisinering generelt, til sammen 200 millioner i erstatningskrav i Norge, i perioden 2006-2015.

Etter luftveisrelaterte komplikasjoner er feilmedisinering under anestesi den vanligste anestesikomplikasjonen (Prabhakar et al., 2015; Wheeler & Wheeler, 2005). Wahr et al. (2017) skriver at menneskelig feil utgjør betydelig risiko for pasienter. Studien viser at feil forekommer i 5,3% av medikament administrasjonene peroperativt. Mange blir fort fanget opp og korrigert, mens noen resulterer i tragiske utfall. I denne studien ble 70,3% av disse feilene ansett som mulig å forebygge.

Merry, Shipp & Lowinger (2011) viser til at hyppigheten av medisineringsfeil under anestesi er vanskelig å fastslå nøyaktig. De fleste estimater baserer seg på avviksmeldinger, noe som ikke alltid blir gjort. Dhawan, Tewari, Sehgal & Sinha (2016) skriver at ulike studier kommer frem til ulike tall på forekomst av feil. Samtidig er sannsynligheten stor for at feil ikke oppdages når pasienten er i narkose. Dette som følge av at symptomene kamufleres av narkosemidlene (Dhawan et al., 2016; Merry et al., 2011).

Det er gjort en god del forskning på forekomst av feilmedisinering, årsaker samt tiltak for å forhindre feil. Vi fant ingen norske kvalitative studier der man har undersøkt anestesisykepleierens erfaringer og opplevelser med feilmedisinering i et anestesiforløp.

3.0 Teori

3.1 Norsk standard for anestesi og Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere

Ifølge Norsk standard for anestesi er hensikten for alt anestesilogisk praksis i Norge å ivareta pasientsikkerheten. Dokumentet inneholder normgivende retningslinjer. Det presiseres at legemidler skal tilberedes og håndteres etter gjeldende lover og forskrifter. Sprøyter skal merkes med legemiddelnavn og konsentrasjon, i tillegg til at alt skal dobbeltkontrolleres (NAF & ALNSF, 2016, s. 1-4).

Ifølge Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere skal en arbeide for kvalitetssikring gjennom planlegging av anestesi og tilberede medikamenter i henhold til standard prosedyrer og anbefalte sjekklister. Ett av kompetansemålene er at en skal forberede, administrere og tilpasse et variert utvalg av anestesimidler og tilleggsmedikamenter tilpasset prosedyre og pasientens komorbiditet. I tillegg må en ta nødvendige forhåndsregler for sikker administrasjon av anestesi. En skal administrere medikamentene på en faglig forsvarlig måte. Anestesisykepleier engasjerer seg i bruk og videreutvikling av systemer for pasientsikkerhet og skal utføre nøyaktig dokumentasjon av gjennomførte handlinger i pasientjournalen. Anestesisykepleier arbeider ofte innen akuttmedisinsk anestesilogisk praksis der en må respondere hensiktsmessig og raskt på uventede eller oppståtte situasjoner (ALNSF, 2016, s. 6-14).

Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere påpeker også at man skal bidra til samarbeid og skape bevissthet rundt potensielle spenninger mellom profesjonene i teamet. En skal behandle kollegaer med respekt og tillit og støtte opp om felles etiske verdier (ALNSF, s. 7).

3.2 Pasientsikkerhet

World Health Organization [WHO] (2004) definerer pasientsikkerhet som fravær av skader som kan forebygges mens pasienten er ivaretatt av helsevesenet. Ifølge Kunnskapscenteret

gjelder dette skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Kunnskapssenteret, 2010). Ivaretagelse av pasientsikkerhet er et område som omhandler alle som yter helsetjenester, der hver enkelt har et selvstendig ansvar for å utføre profesjonell yrkesutøvelse. Samtidig er det også et krav at virksomhetene skal legge til rette for at de ansatte i tråd med juridiske og etiske plikter skal kunne utføre sitt arbeid (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999). Ifølge WHO (2019) oppstår feil i medikamenthåndtering ved utilstrekkelige medikamentsystemer og/eller menneskelige faktorer, dårlige arbeidsforhold eller mangel på personale. Enhver, eller en kombinasjon av disse, kan resultere i alvorlig pasientskade, til og med død.

3.3 Sykepleieteoretiker Florence Nightingale

Nightingale var opptatt av at sykepleierens oppgave er å fremme den sykes helbredelsesprosess ved å optimalisere de fysiske forholdene rundt pasienten. Det legges særlig vekt på renslighet, frisk luft, ro, varme, lys og korrekt diett. I hennes bok "*Notes on nursing. What it is and what it is not*" blir ikke profesjonell sykepleie diskutert (Kirkevold, 1998, s. 90-98), men vi synes likevel at noen av hennes prinsipper for sykepleie er aktuelt for oss. Anestesisykepleiere har også et ansvar for å sørge for at de eksterne forhold rundt pasienten bidrar til helbredelse og ikke påfører skade.

Nightingale mente at hver enkelt sykepleier må planlegge og organisere sitt arbeid og lage seg arbeidsrutiner som sikrer kontinuerlig god sykepleie. Hun påla sykepleieren ansvaret for å observere hva pasienten trenger og utføre tiltak til riktig tid, på riktig måte og i riktig mengde. Nightingale var også opptatt av at sykepleieren skulle ta hensyn til de psykososiale forhold. Dette dreier seg om pasientens bekymringer knyttet til manglende ivaretagelse ved at sykepleieren opptrer på en forstyrrende måte med unødvendig støy, manglende planlegging og organisering eller lite innsiktsfull kommunikasjon. Videre mente hun at sykepleie også har en indirekte funksjon. Dette innebærer å opparbeide organisatoriske strukturer som sikrer at pasientens behov blir dekket, uavhengig av hvilken sykepleier som er til stede (Kirkevold, 1998, s. 88-98).

Ifølge Nightingale krever dette mye praktisk erfaring i tillegg til at man reflekterer grundig over de erfaringene en gjør seg, slik at en hele tiden kan lære. I tillegg til erfaringsbasert kunnskap hadde vitenskapelig kunnskap også stor betydning i hennes refleksjoner (Kirkevold, 1998, s. 84-98).

4.0 Tidligere forskning

4.1 Søkestrategi

For å gjøre søkeprosessen på en systematisk måte, brukte vi PICO – skjema (Vedlegg 1). PICO representerer en bestemt måte å dele spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte, der hver av bokstavene i PICO betegner bestemte elementer som ofte er med i et klinisk spørsmål (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33).

4.2 Søkeprosessen

For å finne relevant forskning gjorde vi søk i ulike anerkjente og aktuelle databaser som er tilgjengelig, og satte oss inn i hvilke søketeknikker som kreves i de ulike databasene. Mesteparten av forskningslitteraturen er på engelsk, det var derfor nødvendig å finne gode engelske søkeord, i tillegg til å søke på alle synonymer for ikke å gå glipp av relevante artikler. Her var emneordsystemet i Medline og SveMed+ til hjelp. Vi fikk også hjelp av bibliotekar for å komme frem til de beste søkeordene, da vi i starten var for spesifikke og fikk få relevante treff.

Gjennomføring av søk ble gjort i de elektroniske databasene “Cinahl”, “Medline (OVID)” og “PubMed”, i perioden januar 2020-august 2020. Dato for siste søk var 26. august 2020.

Søkeordene som ble benyttet var: Nurse anesthesia, anesthesia nursing, nurse anesthetists, anesthesiology, anesthesia, anesthesiologists, perianesthesia nursing, medication errors og medical errors. Alle søkeordene kunne ikke benyttes i alle databasene. De fleste artiklene var å finne i mer enn en database. Til sammen ble 14 artikler inkludert i prosjektet.

Søkene ble loggført underveis (Vedlegg 2) og ble bygget opp ved å kombinere synonymer med “OR” og deretter kombinerte vi de ulike elementene i problemstillingen med “AND”.

4.3 Tidligere forskning

I en systematisk oversikt av Kuitunen, Niittynen, Airaksinen & Holmstrøm (2020), var hensikten å identifisere årsaker til intravenøse medisineringsfeil på sykehus.

Funn viste at feil under administrasjon, ordinerings og forberedelser var mest vanlig.

Utilstrekkelige tiltak for å sikre sikker bruk av potente medikamenter, mangel på kunnskap om medikamentet, medikamentregning, svikt i dobbeltkontrollen, forvirring mellom synonympreparater og medikamenter med lignende navn var de viktigste årsakene til feilmedisinering. Det konkluderes med at nåværende medisineringsystemer fremdeles er sårbare, noe som kan føre til pasientskader. Funnene antyder at det må ytterligere fokus til når det gjelder sikkerheten knyttet til administrering, ordinerings og tilberedning av intravenøse medikamenter.

I en spørreskjemaundersøkelse av Sheeba, Murali & Vadlamudi (2019) var hensikten å studere forekomsten av medisineringsfeil, hendelsesrapportering og forebyggende tiltak. Metoden som ble brukt var et selvrapporteringsskjema med 24 spørsmål i 4 deler der totalt 978 fullførte undersøkelsen. Funn viser at hastverk er den vanligste bidragsyteren til feilmedisinering. Opptrekking av medikamenter og dobbeltkontroll av legemidlene ble identifisert som sikkerhetstiltak for å redusere legemiddelfeil.

Forfatterne konkluderer med at flertallet av respondentene hadde opplevd feil ved legemiddeladministrasjon på ett eller annet tidspunkt i sin karriere. Videre at et system for rapportering av feil bør etableres med en effektiv årsaksanalyse av alvorlige hendelser, samt tiltak for å forhindre at de samme feilene blir gjort i fremtiden.

McCawley, Cyna, Prineas & Tan (2017) ville undersøke følgene av personlige medikamentelle feil fra anestesipersonellens eget perspektiv. Dette ble gjort ved å sende ut et anonymt elektronisk spørreskjema til 989 tilfeldig utvalgte anestesipersonell i Australia. Resultatene fra studien viste at legemidlene ikke ble dobbeltkontrollert i 84,4% av tilfellene. Det ble rapportert skade på pasienten i 13,7% av tilfellene. De fleste respondentene hadde diskutert feilen med noen andre, men 22,7% av dem var bekymret for kollegers mening. De hyppigste følelsene som ble opplevd etter å ha gjort en feil var blant annet forlegenhet, skuffelse, irritasjon og skyld. Det konkluderes med at feilmedisinering ofte kan sitte igjen i bevisstheten mange år etter at hendelsen fant sted, også ved fravær av pasientskade. Det kan

påvirke psyke, søvn og evnen til å fungere optimalt i arbeidet. Mange av respondentene følte at de ikke fikk tilstrekkelig ekstern støtte etter feilen.

En systematisk oversiktsartikkel av Jones et al. (2018) hadde som mål å fremheve viktigheten av menneskelige faktorer i moderne anestesipraksis. Funn viste at årsaker til feil kan være feilmerking, sprøytebytter, feil utblanding, underdosering, distraksjon, hastverk, tretthet, mangel på kunnskap, feil avgjørelse eller dårlig kommunikasjon. Anbefalinger fra forfatterne for å unngå feilmedisinering er kontroll av etiketter før et legemiddel trekkes opp eller injiseres, optimalisere merking av sprøyter etter gjeldende retningslinjer, formell organisering av medikamenter, dobbeltkontroll, rapportering og gjennomgang av feil og unngå lignende emballasje der det er mulig.

Resultatene fra en litteraturstudie av Wahr et al. (2017) viser at menneskelig feil utgjør betydelig risiko for pasienter. Forfatterne kom frem til at feil forekommer i 5,3% av medikament administrasjonene peroperativt. Mange blir fort fanget opp og korrigert, mens noen resulterer i tragiske utfall. I denne studien ble 70,3% av disse feilene ansett som mulig å forebygge. Resultatet ble forslag til 35 spesifikke tiltak som kan hjelpe oss til å se hvor i administreringsprosessen sårbarheten for feil ligger. Denne studien påpeker at det finnes lite forskning som fokuserer på hva sikker administrering av medikamenter er.

Subramanyam, Mahmoud, Buck & Varughese (2016) gjorde et kvalitetsforbedringsprosjekt ved å implementere dobbeltkontroll av innstillingene på infusjonspumpene før medikamentadministrasjon. Det lyktes å øke antall dobbeltkontroller fra 0% til >90% med tiltak som opplæring og påminnelser underveis. Resultatet ble at i løpet av to år ble antall feil redusert fra en rate på fire feil per måned til en feil per måned. Det konkluderes med at verifisering av pumpe-innstillingene av to personer kan redusere medisineringsfeil og fremme sikkerhetskulturen i sykehus.

Saito, Wong, Thinn, Poon & Liu (2015) gjorde en dokumentanalyse av 379 kritiske hendelser under anestesi. Funn viser at feilmedisinering var det nest vanligste problemet, etter luftveisutfordringer. Menneskelige faktorer som manglende kontroll av sprøyter, uoppmerksomhet, kommunikasjonsproblemer, feilvurderinger og hastverk ble identifisert som årsaker. Flere av hendelsene involverte bruk av feil sprøyte og administrering av feil medikament.

En litteraturstudie av Prabhakar et al. (2015) hadde som hensikt å undersøke dokumenterte årsaker til feilmedisinering og tiltak for forebygging. Funn viser at feilmedisinering under anestesi er en av de vanligste årsakene til økt morbiditet hos pasienter.

Årsaker til administrasjonsfeil som kom frem er medikamentampuller og emballasje med lignende utseende, klinikerens uoppmerksomhet, ineffektiv kommunikasjon, tretthet og hastverk. Det konkluderes med at systemiske tilnærminger som fargekoding av sprøyteetiketter og strekkodeteknologi for sprøyter, er blitt evaluert med blandede resultater. Det må legges vekt på å implementere teknologi og standardisering for å øke bevisstheten i spesifikke situasjoner.

En litteraturstudie av Dhawan et al. (2016) hadde som hensikt å undersøke sikker legemiddelhåndtering under anestesi, da medisineringsfeil er en av de vanligste årsakene til pasientens sykелighet og dødelighet. Funn viser at feilmedisinering kan oppstå under forberedelse, administrering og journalføring. Feilmedisinering på grunn av sprøytebytte, overdose (på grunn av misforståelse av dose eller fortynningsfeil), feil administrasjonsvei, underdosering og utelatelse er vanlige årsaker til medisineringsfeil som oppstår peroperativt. Forfatterne konkluderer med at feilmedisinering trenger å prioriteres, siden slike feil kan unngås. Individuell innsats for å redusere medisineringsfeil alene kan ikke lykkes før en endring i eksisterende prosedyrer og retningslinjer foreligger. Trygg sikkerhetskultur og organisatorisk støtte kan bidra til å forhindre disse feilene.

Cooper, DiGiovanni, Schultz, Taylor & Nossaman (2012) gjorde en studie der det ble benyttet feilvurderingsskjema til hvert anestesiforløp i løpet av en periode på seks måneder. Hensikten var å undersøke om erfaring har innvirkning på frekvensen av feil. Det ble rapportert dobbelt så mange feil i den uerfarne anestesigruppen, med feil dose og feil medikament som hyppigste årsak. Konklusjonen i denne studien er at erfaring spiller en rolle for hyppigheten av feilmedisinering. Det anbefales også mer fokus tidlig i utdanningsforløpet på håndtering og administrering av anestesimedikamenter for å redusere faren for feil.

Merry et al. (2011) studerte i sin oversiktsartikkel hvilken effekt merking har for å forebygge feilmedisinering. Funn viser at det er et behov for forbedringer i merking av ampuller og hetteglass. Det anbefales å bruke ferdigfylte sprøyter da det vil redusere antall trinn involvert i administreringen og øke sikkerheten om at sprøyteetikettene er riktige. Fortrykte etiketter på ampuller og hetteglass kan lette korrekt merking. Legemiddelnavnet på brukerpåførte

etiketter bør matche navnet på den aktuelle ampullen eller hetteglasset når medikamentet utarbeides. Alle innganger og katetre skal være merket. Ethvert legemiddel som ikke er merket bør betraktes som utrygt og kastes.

En litteraturstudie av Glavin (2010) viser en oversikt over forebyggende tiltak mot feilmedisinering. Funn viser at anbefalinger for å unngå feil er at etikett på sprøyte og ampulle leses nøye, at alle sprøyter merkes, fast organisering av medikamenter i arbeidsområdet og utført dobbeltkontroll. Emballasje og ampuller som ligner hverandre bør unngås, bruk av ferdigfylte sprøyter, og fargekoding etter legemiddelklasse virker forebyggende. Det anbefales at den som skal administrere medikamentet, selv har utført tillaging og merking. Avviksmeldinger må skrives og evalueres. Det konkluderes med at avdelingens sikkerhetskultur er viktig for å fremme åpenhet. Uten rapportering av feil blir det ingen analyse, og uten analyse vil latente forhold forbli uoppdagede og ikke gjenstand for læring.

En gjennomgang av 896 rapporter fra databasen for Australian Incident Monitoring Study gjort av Abeysekera, Bergman, Kluge & Short (2005) omhandlet feilmedisinering i anestesipraksis. Hensikten med studien var å identifisere de vanlige typene administrasjonsfeil og deres medvirkende faktorer. Funn viste at årsaker til feil var forbyting av sprøyter, valg av feil ampulle, feilmerking, feil bruk av utstyr, funksjonsfeil i utstyret, feil administrasjon og kommunikasjonsfeil. Det konkluderes med at feil forekommer oftest på dagtid og at over halvparten av feilene som blir gjort oppstår under akutte prosedyrer.

I en oversiktsartikkel av Wheeler og Wheeler (2004) var hensikten å fastslå omfanget av problemet med medisineringsfeil innen anestesi. Forfatterne skriver at konsekvensene for pasienten kan være mer alvorlige under anestesi enn innen andre spesialiteter. Resultater viser at de fleste studier som omhandler medisineringsfeil innen anestesi konkluderer med at utdanningen må forbedres, samtidig som nytten av praktiske ferdighetsøkter innen legemiddelhåndtering er god. Bedre bemanning blir foreslått som en måte å redusere feil. Det konkluderes med at det bør gjøres en investering i pålitelige rapporterings og revisjonssystemer. Den økende erkjennelsen av at medisineringsfeil vanligvis skyldes en svikt i et system i stedet for en person bør fremmes.

4.4 Oppsummering av forskning

Oppsummert viser funn at det blir gjort mye feil innen legemiddelhåndtering under anestesi. Feilene som blir gjort varierer i alvorlighetsgrad og kan føre til bivirkninger og funksjonstap, til og med tragiske utfall som død hos pasienten. Feilmedisinering er det nest vanligste problemet, etter luftveisutfordringer under anestesi (Saito et al., 2015). Wahr et al. (2017) kom frem til at feil forekommer i 5,3% av medikament administrasjonene peroperativt. Mange blir fort fanget opp og korrigert, mens noen resulterer i tragiske utfall. I denne studien ble 70,3% av disse feilene ansett som mulig å forebygge.

Tidligere forskning fokuserer i stor grad på type feil, mulige årsaker til at feil oppstår og forslag til intervensjoner for å kunne forebygge fremtidige feil. Vi finner lite forskning som omhandler det psykologiske aspektet knyttet til feilmedisinering under anestesi. Resultatene til McCawley et al. viser at de hyppigste følelsene som ble opplevd etter å ha gjort en feil var forlegenhet, skuffelse, irritasjon og skyld. Feilmedisinering kan ofte sitte igjen i bevisstheten mange år etter hendelsen fant sted, også ved fravær av pasientskade. Det kan påvirke psyke, søvn og evnen til å fungere optimalt i arbeidet (McCawley et al, 2017).

Resultatene viser at anestesi er trygt og rutinepreget, men at den som utfører anestesien ikke er immun mot å gjøre feil innen legemiddelhåndtering, og at konsekvensene som kan oppstå for pasienter kan være mer alvorlige enn hos pasienter innen andre spesialiteter (Wheeler og Wheeler, 2004).

Funnene antyder at det må ytterligere forskning til når det gjelder sikkerheten knyttet til ordinerings, tilberedning og administrering av intravenøse medikamenter (Kuitunen et al., 2020; Prabhakar et al., 2015; Wahr et al., 2017; Abeysekera et al., 2005). McCawley et al. (2017) mener at den uheldige effekten medikamentelle feil har på anestesipersonellets psykologiske velvære, også fortjener videre forskning.

Ved gjennomgang av tidligere forskning så vi at det finnes en del forskning på valgt tema, men vi har ikke funnet norske kvalitative studier der man har undersøkt anestesisykepleieres erfaringer og opplevelser om feilmedisinering i et anestesiforløp.

5.0 Hensikt og problemstilling

5.1 Hensikt

Hensikt med dette prosjektet er å få økt kunnskap om hvilke opplevelser og erfaringer anestesisykepleiere har om feilmedisinering i et anestesiforløp ved bruk av fokusgruppeintervju som metode. Temaet er relevant fordi feilmedisinering skjer, og kan gi konsekvenser både for anestesisykepleier og pasient. Vi håper at vi med dette prosjektet kan bidra til økt fokus på feilmedisinering under anestesi.

På bakgrunn av forskning, teori og praksiserfaringer belyses følgende forskningsspørsmål:

5.2 Forskningsspørsmål

“Hvilke erfaringer og opplevelser har anestesisykepleiere med feilmedisinering av anestesimidler i et anestesiforløp?”

6.0 Metode

I dette prosjektet søkte vi etter svar på anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer, noe som var styrende for vårt valg av forskningsdesign og metode for innhenting og analyse av data. Videre i dette kapitlet følger beskrivelser av prosjektets gjennomføring og begrunnelser for valg som ble gjort.

6.1 Design

For å besvare prosjektets forskningsspørsmål valgte vi å ta utgangspunkt i et kvalitativt deskriptivt design. Designet tar for seg dimensjoner og betydningen av et fenomen (Polit & Beck, 2017, s. 14). Ifølge Malterud er kvalitative design egnet når man ønsker å få vite noe om menneskelige egenskaper som tanker, holdninger, opplevelser og erfaringer. Man sikter mot å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive, ikke predikere eller forutsi (Malterud, 2017, s. 31-39). Tilnærmingen fokuserer på å tolke, skape mening og forståelse i individets subjektive opplevelser av omgivelsene. Data man samler inn i kvalitative studier består av tekst, som kan stamme fra observasjoner eller samtaler (Malterud, 2017, s. 30).

For å utforske og kunne besvare problemformuleringen, valgte vi fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data. Årsaken til tanken om at det var en relevant vei å gå, er at medikamenthåndtering innen anestesi er et samarbeid mellom anestesisykepleiere i det daglige arbeidet. Ifølge Malterud (2017, s. 70 og 138) er fokusgruppeintervju som tilnærming godt egnet når en ønsker å lære om erfaringer, holdninger og synspunkter i miljøer der mange mennesker samhandler. Intervju i fokusgrupper mobiliserer assosiasjoner og fantasi, og gruppedynamikken kan bidra til å skape andre former for fortellinger, enn det en får på tomannshånd. Formålet med fokusgruppe som forskningsmetode er ifølge Malterud å åpne nye dører til et felt som til nå er relativt ukjent, slik at en som forsker kan utvikle nye problemstillinger som egner seg for nærmere fordypning i videre studier. Under et fokusgruppeintervju har man den muligheten til at flere personer sammenlikner erfaringer og tolkninger, enn det deltakeren hadde sagt i et individuelt intervju (Malterud, 2012, s. 20).

Malterud (2017, s. 84) skriver at en i kvalitativ studie skal utvikle ny kunnskap, ikke gjenfortelle og reproducere gammel innsikt. En skal ikke bekrefte andre sine resultater, men bidra med noe som utvider eller utfordrer kunnskapsgrunnlaget på feltet. Forskeren er ikke ukjent fenomenet som studeres, samtidig som forskerens og deltakernes synspunkter kan påvirke resultatene av studien. Når en bruker kvalitative tilnærminger kan den som forsker starte sin datainnsamling og analyse samtidig.

6.2 Utvalg og setting

Vi valgte anestesisykepleiere som deltakere til dette prosjektet, da det var deres erfaringer og opplevelser med feilmedisinering som skulle belyses.

Vi ønsket å rekruttere fem til seks deltagere i hver fokusgruppe, totalt 2 grupper, der det ville bli holdt ett intervju per fokusgruppe. Malterud (2012, s. 37) skriver at et godt strategisk utvalg av deltakere og en god gruppesammensetning kan være med på å styrke validiteten av innsamlede empiriske data. Den ideelle størrelsen på en fokusgruppe er 5-8 deltagere, da større grupper kan være vanskelige å kontrollere. Samtidig som de begrenser hverandres muligheter til å dele innsikt og observasjoner (Malterud, 2012, s. 40).

Våre to intervjuer hadde henholdsvis 5 og 4 deltagere. Rent praktisk hadde det vært vanskelig å gjøre flere intervjuer eller frigjøre flere anestesisykepleiere samtidig, da avdelingene er relativt små. Ifølge Malterud (2017, s. 138) kan det være viktigere å overveie informasjonsstyrken til det utvalget man tar, enn å nødvendigvis ha flere grupper. Hun skriver at to til tre fokusgruppeintervjuer kan gi rike og relevante data hvis dialogen og samhandlingen i gruppene er god. Ifølge forfatteren kan gruppen godt kan være liten når man har deltagere som har mye å fortelle (Malterud, 2012, s. 40).

Vi ønsket et strategisk utvalg, da det ifølge Malterud (2012, s. 42) vil kunne bidra til å prioritere informasjonssterke informanter, noe som vil kunne føre til et rikt og variert materiale og at problemstillingen kan bli belyst på en best mulig måte. Avdelingslederne ved de aktuelle avdelingene var til stor hjelp med tanke på å rekruttere deltagere som ville tilføre studiet ulike erfaringer innen medikamenthåndtering under anestesi.

Inklusjonskriteriene var sykepleiere som har videreutdanning i anestesi, deltakere av begge kjønn med varierende alder og ulik bakgrunn. Malterud (2012, s. 44, 2017, s. 138) belyser også viktigheten av homogenitet innen fokusgruppen, da det vil kunne styrke gruppedynamikken, og deltakerne har et felles erfaringsgrunnlag for samtalen. Det kan også forebygge interne spenninger i retning av konkurranse og motsetninger. Ifølge Malterud (2017, s. 59) er det likevel en fordel at gruppen ikke er svært homogen. Dette fordi man ønsker å få variasjonsbredde som får frem nyanser og data som gir ny kunnskap, åpne opp for nye spørsmål og gi utfordringer til forutinntatte konklusjoner. Vi ønsket likhet med tanke på tema, men ulike erfaringer innen temaet.

Deltakerne innad i gruppene var kollegaer og kjente hverandre godt. Fordelen med dette kan være at deltakerne opplevde en større form for trygghet. Malterud skriver at allerede eksisterende grupper kan ha den fordelen at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser, og at deltakerne da har et større repertoar av felles erfaringer enn når en møtes som fremmede (Malterud, 2012, s. 45). Ulempen kan være at det er mer krevende å få deltakerne til å fortelle mange forskjellige historier om det en skal snakke om, hvis deltakerne kjenner hverandre godt (Malterud, 2012, s. 40).

Vi valgte å ekskludere deltidsansatte, vikarer og anestesisykepleiere som kun hadde administrativt ansvar.

6.3 Datasamlingsverktøy

Innsamlingen av data ble gjort ved bruk av intervjuguide (Vedlegg 3) som verktøy. Drageset & Ellingsen (2011) skriver at en intervju eller temaguide skal være et hjelpemiddel for å holde fokus på det som forskeren ønsker svar på, da intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at fenomenet blir belyst fra ulike perspektiv. Polit & Beck (2017, s. 511) påpeker at nøkkelen til en effektiv fokusgruppe er forskerens “questioning route”, eller en serie med spørsmål som brukes til å veilede intervjuet. Ifølge Malterud (2017, s. 133-134) er det viktig å ikke ha en for detaljert intervjuguide som man følger slavisk, når man har et mål om å få vite noe en ikke visste fra før. Den skal heller betraktes som en huskeliste. Gjennom spørsmålene man stiller skal man vise deltakerne hva man er ute etter, men de skal ikke være så styrende at man bare beveger seg innenfor rammene av forfatterens allerede eksisterende kunnskap. Man er heller ikke ute etter det overfladiske og generelle.

Spørsmålene i intervjuguiden består gjerne hovedsakelig av hva- og hvordan-spørsmål. Spontaniteten kan hemmes ved for mange hvorfor-spørsmål. Man kan gå glipp av de fyldige beskrivelsene, og dreie intervjuet fra å være beskrivende til å bli forklarende og argumenterende. Det er viktig å unngå å spørre om flere ting på en gang, samtidig som intervju spørsmålene bør være korte og lette å forstå (Drageset & Ellingsen, 2011, s. 332-335).

Til intervjuguiden ble det utarbeidet overordnede spørsmål som kunne tenkes å være dekkende for å belyse problemstillingen. I første omgang ble det i overkant mange spørsmål, og intervjuguiden ble revidert flere ganger i et forsøk på å unngå ledende spørsmål preget av vår egen forforståelse. Malterud beskriver refleksivitet, et kritisk blikk på egen nærhet til feltet, som nødvendig for å stille med et åpent sinn. Dette for at egen forskning skal kunne komme frem til noe annet enn det en vet, tror eller tar for gitt (Malterud, 2017, s. 19-20). Den endelige utvelgelsen av spørsmål til intervjuguiden ble gjort i samarbeid med veiledere.

6.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre

Etter å ha fått godkjent prosjektsøknaden av Norsk Senter for forskningsdata [NSD] (Vedlegg 4) og personvernombud ved Høgskulen på Vestlandet [HVL] (Vedlegg 5), ble det sendt søknad om innhenting av data ved aktuelt helseforetak på Vestlandet. Seksjon for forskning og innovasjon ved helseforetaket sendte deretter en forespørsel til de respektive avdelingslederne ved to anestesivdelinger på ulike sykehus. Forespørselen til avdelingslederne innebar rekruttering av deltakere til fokusgruppeintervju, utdeling av informasjonsskriv (Vedlegg 6), innhenting av samtykkeerklæring (Vedlegg 7) og finne egnet lokale til intervjuene. De fikk også tilsendt prosjektplan og informasjonsskriv fra avdeling for forskning og innovasjon. Vi var i dialog med avdelingslederne underveis i denne prosessen, men tok ikke praktisk del i det. Informasjonsskrivet som deltakerne fikk var utarbeidet etter mal fra NSD.

Intervjuene fant sted i løpet av april/mai 2020 og hadde en varighet på 55 og 53 minutter. Intervjuene foregikk på grupperom ved deltakernes egne sykehus, men utenfor avdeling. Dette for at deltakerne skulle slippe å bruke tid på å komme seg til intervjuet og samtidig

unngå forstyrrelser fra avdeling. Det ble servert kaffe og noe å bite i for å bidra til å løse opp stemningen. Innledningsvis ble deltakerne spurt om de kjente seg godt informert, og fikk anledning til å stille oppklarende spørsmål. Det ble informert om moderator og ko-moderators roller, at intervjuets varighet var estimert til ca. 60 minutter og at forskningsspørsmålene som skulle stilles var åpne spørsmål, og hva det innebærer. I henhold til NSD sin vurdering med tanke på taushetsplikt (Vedlegg 4), ble deltakerne oppfordret til å omtale sine erfaringer på en slik måte at pasienter ikke ble identifiserbare.

Det ble brukt to båndopptakere under intervjuet som ble plassert midt på bordet mellom deltakerne. Dette som en sikkerhet hvis det skulle vise seg å være noe galt med den ene. Den ene opptakeren, en SONY ICD-BX140, hadde ingen mulighet for overføring av lydfilen til annen enhet, og ble slettet etter transkripsjon. Den andre som ble brukt var en SONY ICD-UX533. Denne lydfilen ble lagret på HVL sin forskningsserver. Lydkvaliteten fra båndopptakerne var god, slik at det var lett å høre alt som ble sagt.

Forfatterne selv hadde rollene som moderator og ko-moderator, der rollene ble byttet om til intervju nummer to. Som Malterud (2017, s. 139) skriver, er det moderatorens oppgave å sørge for at alle kommer til orde, følge med på gruppedynamiske prosesser som kan styre kunnskapsutvekslingen og at samtalen mest mulig holder seg til temaet som skal belyses. Vår opplevelse er at samhandlingen og dialogen i gruppene var god. Deltakerne var tilsynelatende engasjerte og interessert i å dele sine erfaringer og opplevelser.

Ko-moderator hadde en mer tilbaketrukket rolle, fungerte som sekretær og tok feltnotater. Ifølge Malterud (2017, s. 73 og 138) er det nyttig at en person tar feltnotater fra stemninger, momenter, inntrykk og ettertanker som kanskje ikke kommer frem på lydfilen. Det er ikke nok at forskerne husker hendelsene som tas med i analysen. Vi tilstrebet at informantene kunne prate åpent uten avbrytelser. Drageset & Ellingsen (2011) skriver at som forskere skal en ha en åpen innstilling, respekt for informantens opplevelser og erfaringer og stille utdypende spørsmål for økt forståelse.

6.5 Analyse

Polit & Beck (2017, s. 530) skriver at hensikten med dataanalyse er å organisere, strukturere og finne mening med innsamlet data. Malterud (2017, s. 74-75) sier at det allerede under intervjuet foregår en samhandlingsprosess som former deltakerens fortelling og de data som

følger av denne. Rådata omsettes som regel til tekst før analysen begynner, og transkripsjonsprosessen er med på å lage materialet. Det å vite hva som skjer med teksten etter hvert som den fortelles og bearbeides er en viktig forutsetning for å kunne bedømme reliabilitet og validitet av innsamlet materiale under analysen.

Våre lydopptak av intervjuene ble omgjort til tekst ved transkripsjon med detaljert gjengivelse. Transkripsjonene utførte vi selv like etter intervjuene. Ifølge Malterud (2017, s. 79-80) kan den som selv var med i samtalen lettere oppklare uklare momenter som betyr noe for meningen i teksten og dermed styrke validiteten av analysematerialet. I tillegg får en tidlig tilgang til materialet og en får gjøre seg kjent med materialet fra en ny side. Kvale & Brinkmann (2015, s. 206) sier at når intervjuene transkriberes fra en muntlig til skriftlig form, skjer det en strukturering som egner seg bedre for analyse.

I den første ordrette transkripsjonen ble det mange setninger der meningen med det som ble sagt ikke kom tydelig frem. Ifølge Malterud (2017, s. 78) kan muntlige uttrykk virke ufullstendige i skriftlig form, slik at dette ikke nødvendigvis gir en gyldig gjengivelse av det som faktisk ble sagt. Målet er å få en transkripsjon som på best mulig måte formidler det som deltakeren ville meddele. Ved videre arbeid med teksten ble det forsiktig redigering for å få frem meningen i utsagnene. Dette ved hjelp av nonverbale sider av det som ble sagt og vårt felles erfaringsgrunnlag (Malterud, 2017, s. 78). Fyllord, pauser og gjentakelser ble i stor grad fjernet, og ord ble lagt til der det var nødvendig for forståelsen av utsagnet. I tillegg ble dialekt gjort om til bokmål.

Deltakerne fra fokusgruppene ble anonymisert i form av pseudonym, da det ifølge Malterud (2017, s. 82) kan være lurt å tildele deltakerne pseudonym allerede i overgangen fra lyd til tekst. Malterud (2017, s. 77) skriver at en aldri må forveksle teksten i utskriften med virkeligheten og at selv den mest nøyaktige transkripsjon aldri kan gi mer enn et avgrenset og situert bilde av det en skal studere.

For å systematisere og strukturere datamaterialet, ble analyse av fokusgruppeintervjuene basert på Malterud (2017) sin metode for systematisk tekstkondensering. Vi synes at metoden egnet seg til vår analyse av fenomener som beskrives fra ulike informanter, for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Analysens fire trinn ble fulgt som en veiledning (Malterud, 2017, s. 98).

Analysens første trinn er å danne seg et helhetsinntrykk. Vi gjorde oss kjent med materialet gjennom transkripsjon og flere gjennomlesninger for å få en helhetlig forståelse. På dette trinnet skal en arbeide aktivt for å sette sin egen forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Dette for at vi som forskere skulle kunne være åpne for de inntrykkene som materialet formidlet. Når materialet var lest, oppsummerte vi våre inntrykk, og fant frem til hvilke foreløpige temaer vi kunne skimte i teksten, som på en eller annen måte inneholdt kunnskap som kunne si noe om forskningsspørsmålet (Malterud, 2017, s. 99-100). Dette var en tidkrevende prosess. I starten lignet temaene vi kom frem til, mye på spørsmålene i intervjuguiden. Ifølge Malterud (2017, s. 100) er dette et tegn på at en følger egen forforståelse og ikke er kreativ eller ser nye mønstre. Etterhvert som vi arbeidet videre med det transkriberte materialet og fikk parallell veiledning, kom nye inntrykk og ideer frem.

I andre analysetrinn gikk vi fra foreløpige temaer til koder og sortering. Vi hadde tolv foreløpige temaer. Vi brukte en del tid på å drøfte hvilke temaer som best kunne belyse vårt forskningsspørsmål fra ulike sider. I henhold til Malterud (2017, s. 101) bør man klare å samle seg om tre til fem foreløpige temaer som grunnlag for kodegrupper. På dette tidspunktet hadde vi åtte. Deretter startet vi med gjennomgang av materialet linje for linje for å kunne identifisere og sortere de meningsbærende enhetene. Med kodegruppene som veiviser, samlet vi tekstbiter som hadde noe til felles under tilhørende kodegruppe. Ifølge Malterud (2017, s. 101) er hensikten å skille relevant tekst fra irrelevant, samtidig som en sorterer den delen av teksten som kan brukes til å belyse valgt forskningsspørsmål. En systematisk form av meningsbærende enheter begynte å ta form og kodegruppene ble justert etter hvert som innsamlet materiale gav innspill og ideer. I starten var det flere sitater som passet under flere kodegrupper, slik at reformulering ble nødvendig for å få kodegruppene mer presise. Ifølge Malterud (2017, s. 100-105) innebærer reviderte kodegrupper at de opprinnelige inndelingene justeres i samsvar med det vi lærer fra empirien.

I analysens tredje trinn sammenfattet vi den sorterte informasjonen ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene for å hente ut mening. En må sortere materialet innenfor den enkelte kodegruppen i tilsvarende subgrupper, hvis sitatene belyser ulike meningsaspekter av det som kodegruppen omfatter. Hvilke subgrupper en bestemmer seg for, bærer preg av det perspektivet en leser materialet ut fra (Malterud, 2017, s. 105-106). I vårt arbeid med materialet ble det dannet tre subgrupper under en av kodegruppene, da sitatene presenterte

ulike nyanser av kodegruppen. På dette stadiet i prosessen ble antall kodegrupper redusert fra 8 til 7, da det ble vurdert til at en av dem ikke var like relevant for vårt forskningsspørsmål.

I det siste trinnet skal bitene settes sammen igjen i form av rekontekstualisering. Her skal en sammenfatte funn i form av fortolkede synteser som grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017, s. 108). Vi har skrevet sammenfatning som innledende tekst før tilhørende utsagn som beskriver valgte sitat. I henhold til Malterud var det viktig å tenke på at sammenfatningene skulle formidles på en måte som var lojal i forhold til deltakerne og som samtidig ga innsikt og tillit. For å validere våre funn, rekontekstualiserte vi resultatene opp mot empirisk data. De opprinnelige utskriftene ble lest for å sikre at resultatene stemte overens med deltakernes uttalelser (Malterud, 2017, s. 108 - 111).

6.6 Etikk

Etisk refleksjon må inngå i et velfungerende forskningssystem fordi forskningens troverdighet er avhengig av at vi kan stole på forskeren (Regjeringen, 2018). Ifølge Forskningsetikkloven (2017, § 4) har forskeren ansvar for å sikre at alle forskningsrelaterte aktiviteter skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer.

Helsinkideklarasjonen, utarbeidet av World Medical Association [WMA] (2013), skal sikre rettighetene til deltakere. Deklarasjonen setter krav til informasjon og at deltakerne i forskningen skal være i stand til å gi informert samtykke til deltakelse og at all form for medvirkning skal være frivillig. Deltakerne i denne studien fikk informasjon om studiet, at studien var frivillig og konfidensiell, samt at deltakerne kunne trekke seg når som helst uten konsekvenser. I forkant av intervjuene fikk deltakerne utlevert informasjonsskriv (Vedlegg 6) og samtykkeskjema (Vedlegg 7) som måtte signeres før intervjuene startet.

Før datainnsamlingen startet måtte vi innhente alle nødvendige vurderinger. Vi startet med å sende søknad til NSD, da dette prosjektet faller inn under Personopplysningsloven (2018). Når vurderingen fra NSD forelå (vedlegg 4), ble det sendt søknad til personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet. Deretter søkte vi om godkjenning til innhenting av data ved aktuelt

helseforetak, seksjon for forskning og innovasjon. Når alle søknadene var klarert (Vedlegg 4, 5 og 8), ble prosjektet registrert på HVL sin forskerserver.

Ifølge NSD skal personopplysninger behandles konfidensielt for at en ikke skal kunne identifisere enkeltpersoner i datamaterialet. Hvordan man oppbevarer data og aidentifisering av personopplysninger er en del av dette.

Intervjuene i dette prosjektet har blitt oppbevart på forskningsserver tilhørende HVL, og vil bli slettet ved prosjektets slutt. Vi har anonymisert identifiserbar data om informanter og klinikk. Det er kun vi og våre veiledere som har hatt tilgang til lydfilene fra intervjuene. Informantene ble aidentifisert med nummer allerede ved transkripsjon. Ifølge Malterud (2017, s. 216) krever det tillit å åpne opp om sin hverdag for innsyn fra andre. Det var viktig for oss å utøve ansvarlig forskningsetikk i forhold til deltakerne og påse at informanter ikke ble stilt i et negativt lys.

7.0 Funn

Analysen avdekket 7 tema: Faktorer som kan bidra til feilmedisinering, Åpenhet om feilmedisinering, Redsel for feilmedisinering, Konsekvenser for egen helse, Å være fokusert, Å være forberedt og Å bli møtt med forståelse fra kollegaer. Faktorer som kan bidra til feilmedisinering hadde undertemaene: Konsekvens av relasjoner, Å etterkomme rutiner og prosedyrer og Tidspress.

7.1 Faktorer som kan bidra til feilmedisinering

Gjennom de to fokusgruppeintervjuene kom det frem flere faktorer som kunne føre til feilmedisinering. Emnet har tre undertema.

7.1.1 Konsekvens av relasjoner

Ett av de momentene som kan bidra til feilmedisinering i det peroperative forløp, er tonen mellom kollegaene på operasjonssalen. To av informantene beskrev følgende:

“Hvis det er dårlig klima på stuen. Da er det mye lettere for at det skjer feil, for da har du gjerne ti tommeltotter i stedet for to.”

“Men det kan jo også være mye humor og tull og tøys inne på en stue, av og til. ...det er jo kjekt å ha det gøy, men i noen faser i løpet av operasjonen bør det være ro.”

Et annet moment er når anestesisykepleieren har en nær relasjon til pasienten. Ved små sykehus er dette en situasjon som gjerne oppstår med jevne mellomrom. Dette ble trukket frem av to av informantene:

“Når det er folk du kjenner og er litt nær, så skal en gjøre det så fantastisk bra og skal være så obs på alle ting at en glemmer litt de vesentlige tingene altså. Det tror

jeg ikke er så heldig, å ha familie eller nære venner å gi anestesi til, fordi at en blir så fokusert på en spesiell måte at det lett kan gå surr i det.”

“Nå har vi vel en litt sånn uskreven regel i forhold til det nå per i dag, at hvis det kommer kjentfolk inn på operasjonsstuen, så prøver vi å bytte rundt, sånn at en ikke står med kjente..... En får en sånn faglig distanse da. En sunn distanse til det du holder på med.”

7.1.2 Å etterkomme rutiner og prosedyrer

Det var enighet om at avdelingenes retningslinjer for medikamenthåndtering var tilfredsstillende. Men flere av informantene snakket om at det ikke alltid er så lett å etterkomme rutinene og prosedyrene. En sa det slik:

“...jeg opplever at det er ikke mangel på rutiner for håndtering av medikamenter og utdeling av dem. Men det er en utfordring å etterkomme dem sånn som vi jobber.”

Blant annet ble lite anestesikyndige personale trukket frem som en faktor, særlig på kveld, nattestid og helg. I tillegg til når en er alene anestesisykepleier på stuen under operasjon. Noe som er standard praksis etter at pasienten er sovet ned. Utsagn som illustrerer dette:

“Mangler jo ikke på prosedyrer, men det er mangel på personell til å gjennomføre prosedyrene. Det er et stort problem.”

“Vi står jo alene...vi er alene på vakt. Jeg må jo gjøre i stand medikamenter om noen er der og sjekker meg eller ikke.”

“...vi er ikke alltid 2 som står og sjekker at medikamentet blir blandet riktig...”

Noen trakk frem at det er et usikkerhetsmoment at anestesilegene sine rutiner baserer seg mye på egen personlig erfaring, og ikke en standardisert prosedyre med tanke på medikamenter, doser og timing. Følgende utsagn beskriver dette:

“...utfordringen vår er at anestesilegene har egne prosedyrer ut i fra egne erfaringer.”

“...anestesilegen skulle gjøre noe på stuen som ikke jeg var vant med. Og da bare sa jeg at hvis du skal gjøre det på den måten, så må du være her inne med meg. For jeg kan ikke ta ansvar for noe jeg ikke kan.”

“Ingen kjører de pumpene likt...noen starter høyt på propofolen og lite ultiva. Noen starter først med ultiva og noen først med propofol...”

Når ting skal skje fort kan det gå på bekostning av retningslinjer. Det kom frem at majoriteten av informantene var enige i følgende utsagn:

“Ja, og i veldig akutte operasjoner også hvor en kanskje ikke tar seg den tiden til å dobbeltkontrollere.”

“Jeg pleier vel egentlig alltid og vise, men i dag blandet jeg en ultiva som jeg ikke kontrollerte med noen.”

Ved bytte av anestesisykepleier i det perioperative forløpet, kan manglende dokumentasjon i anestesijournal, samt mangelfull muntlig formidling føre til feilmedisinering:

“Når du skal gi rapport. Du holder på med en pasient og så skal du gå hjem og neste anestesisykepleier skal overta. Det er utrolig lett å glemme å skrive inn at du har gitt en paracet for eksempel. ...når du ikke skriver opp med en gang at du har gitt det...så kommer nestemann og tenker, nei det er ikke gitt...så gir de det.”

Det blir litt vanskeligere å etterkomme føringer når ikke alle er like innstilt på å følge avdelingens rutiner:

“Ja, det har jo vært mye skøyne utsagn i forhold til det også: “Jeg er såpass gammel og rutinert at jeg trenger ikke kontrollere noen og bli kontrollert.”

To av informantene fortalte at det er blitt mer fokus på prosedyrer og rutiner de siste årene. Dette har endret seg til det positive:

“...i de årene jeg har vært anestesisykepleier føler jeg at det har vært en trend endring i forhold til dette med rutiner. Det har blitt mer fokus på det.”

“Det er noe som må repeteres om igjen og om igjen, og en må minne hverandre på ting, i forhold til hvordan ting skal være. Så jeg tror at det blir ikke automatisk fulgt. Det har lett for å gli litt ut. Spesielt i forhold til merking av medikamenter, som hele veien sklir ut. Så vi trenger nok å holde hverandre litt i ørene på det.”

7.1.3 Tidspress

En tredje faktor som kan bidra til feilmedisinering er tidspress. Dette kan dreie seg om de akutte situasjonene, høyt tempo på grunn av stort operasjonsprogram, uforutsette hendelser og komplikasjoner hos pasienten. Tidspress kan i enkelte situasjoner føre til stress.

Informantene uttrykte også at det er spesielt i disse situasjonene uoppdagede feil oppstår. Tre av informantene forklarte følgende.

“Men jeg syns det er spesielt tøft i de akutte situasjonene, fordi da er det så enormt fokus på alt, at den der dobbelkontrollen.. ivareta fokuset på den, det er tøft noen ganger.”

“Så har du det med at du skal komme fort i gang på en stue, at du skal ha skiftetiden ned og at du skal skynde deg å både sette inn i pumpene, du skal trekke opp medisinene og du skal skynde deg å merke fordi tempoet i driften skal opprettholdes.”

“Men det er jo helst når situasjonen er litt stresset at du tar feil. Du aner jo ikke hvor mange ganger du har gjort feil. Det er skjult.”

7.2 Åpenhet om feilmedisinering

Flere av informantene trakk frem at det er viktig å diskutere og å være åpen om feil som er gjort:

“Det er viktig å dele feilene med andre. De som virkelig står frem og forteller om ting de har gjort som ikke har vært så vellykket.”

“Det er jo kjempeviktig når en oppdager noe, at en stiller med helt åpne kort og sier med en gang hva som har skjedd og ikke prøver å dekke over det.”

“Det er blitt mer fokus på å ta opp feilmedisinering som systemsvikt.. kan det være det, eller er det enkeltperson eller hva er det? Og så at man diskuterer det. Det er mer åpenhet rundt det rett og slett. Det forsvinner ikke sånn i et system, det viser igjen.”

Informantene fortalte om feilmedisinering som de selv hadde opplevd, og årsakene til disse. De vanligste feilene var feil medikament og feil dose. Ulike årsaker som kom frem var feilmerking av sprøyte, forveksling av sprøyte, å gjøre ting på automatikk, annen medikamentkonsentrasjon enn det man er vant med og utilstrekkelig dobbeltkontroll. Informantene beskrev det slik:

“Så tar jeg den sprøyten som det står Atropin på, tar den opp, setter det, det jeg skulle gi. Så setter jeg sprøyten tilbake i medikament ampullen, og der står det Efedrin på. Og så var det sånn helt febrilsk da med anestesilege og vise hvor mye Efedrin som egentlig var satt... Det var helt grusomt, helt forferdelig å oppleve sånne ting som dette her. Du kunne ikke gjøre noen ting for å oppheve det. Både jeg og den anestesilegen bladde febrilsk i felleskatalogen for å finne hva som var dødelige doser på sånne små unger.”

“Når jeg skulle sette midazolam men satte norcuron, så var jo det at jeg hadde trukket opp i to 5 ml sprøyter. Hadde den ene vært merket med rødt og den andre med hvit, så hadde jeg kanskje unngått feilen.”

“Vi har alltid propofol øverst og ultiva nederst. Noen hadde byttet om, også begynte vi å kjøre ikke sant, og så har det vært innstilt på feil medikament...”

“...jeg hadde merket sprøyten feil på en hjertepakke, som er en standardsak ved hjerteoperasjon. Der det er en 10-milliliter sprøyte med Fenylefrin og en 10-milliliter sprøyte med Fentanyl. Jeg innledet da med å gi 5 ml med Fenylefrin i stedet for 5 ml Fentanyl.”

“...og så skjønte vi det...Å herregud, hun har fått...10 mg istedenfor 2 mg. For jeg gjorde jo alt på automatikk.”

“...vi dobbeltkontrollerte medisinene, det er det galneste... Men så har de en annen styrke på intensiv. Endte derfor med å gi 5 mg...”

Andre feil som ble nevnt var feil tidspunkt, feil ordinasjon og medikament som ikke ble gitt som ordinert. Informantene beskrev følgende:

“En gang gav jeg Curacit for tidlig, mens pasienten fremdeles var våken.”

“...etter operasjonen spurte jeg, skal pasienten fortsette med 2 doser til med antibiotika?...Nei nei sier kirurgen, pasienten skal ikke ha antibiotika i det hele tatt... ååå sier jeg da, men jeg har gitt, for det var ordinert i meona.”

“Og det var en sånn sjokkopplevelse å ikke gi Curacit til en ECT-pasient at det sitter i hodet på oss like klart som det var den dagen. Det var helt grusomt.”

7.3 Redsel for feilmedisinering

Det kom frem at informantene er redd for å gjøre feil, da selv små feil kan få konsekvenser for pasienten. Flere trakk frem at det er et ekstra usikkerhetsmoment når det blir ordinert et medikament eller dose som anestesisykepleieren ikke har administrert før.

“Nei, men bare gi det medikamentet du siden du har mer erfaring enn meg...”

“...Vi skulle sette et muskel relaks, esmeron tror jeg...og anestesilegen ba meg om å sette, ja sett så og så mye, 50 mg eller ett eller annet. Det var litt skummelt for jeg hadde aldri satt så mye esmeron jeg...”

“Og da blir du helt sånn...vet du hva du snakker om nå?...skal jeg sette så mye, er du helt sikker?”

“...og anestesilegen spør...hvor mye medikament pleier vi å sette da?.. Da blir en redd for at de ikke kan tingene sine helt og da blir du usikker i rollen... ...det kan jo resultere i at en gir feil doser i verste fall.”

“Og plutselig så forordner de noe som du ikke er vant til å administrere. En må jo sette det og vite at anestesilegen vet hva han driver med, eller skal du ikke det?”

Flere informanter opplever det som utrygt når de hele tiden må forholde seg til generiske bytter og endring av konsentrasjon av et medikament:

“Eller hvis vi skifter styrke. Sånn som for eksempel....det har jo vært snakk om at vi skal få inn curacit som er 50 mg pr ml, mens vi er vant til 10 mg pr ml. Og de er jo i mindre glassampuller, sant. Det tror jeg hadde vært veldig farlig.”

“Når et preparat skifter navn.. og endrer styrke...asså, ...da er det fare for feilmedisinering!”

En av informantene ga uttrykk for at dobbelkontroll av en annen yrkesgruppe, som ikke kjenner til medikamentets virkning og dosering, kunne oppleves som en utrygghet. Flere var enige i dette utsagnet:

“Det er ikke alltid like enkelt å gjøre en tilstrekkelig dobbelkontroll ut fra de kravene som stilles. For eksempel der en er alene på stuen med andre yrkesgrupper som man skal ha dobbelkontroll med. Og den eneste dobbelkontrollen man kan oppnå er at

man får lesekontroll av noen som ikke har erfaring med doser innen dette medikamentet. Så, ja, man får jo en dobbeltkontroll, men den blir annerledes enn om man har en fra egen yrkesgruppe.”

7.4 Innvirkning på sykepleiernes helse

Når det skjer uheldige hendelser kan ansvaret oppleves tyngende for den som har forårsaket feil. Informantene fortalte om ulike følelser og overveldende reaksjoner etter slike opplevelser:

“Og da blir en helt iskald innvendig, .. du blir helt nummen.. du blir helt sånn.. paralysert. Og du blir tørr i munnen og hjertet hamrer av gårde.”

“Det er jo nesten så panikk.. total panikk nesten når du opplever det.”

“Ditt faglige selvbilde får jo en knekk.”

“Innvendig så jobbes det febrilsk, men utvendig skal du prøve å beholde en slags ro.”

“...følelsen som du får, når du oppdager at du har gjort noe feil, den er veldig ekkel. Veldig utrivelig.”

“...umiddelbart når man oppdager det, blir en helt sånn.. bare skikkelig.. litt sånn panikkstemning innvendig, og så får man vanvittig rush, og så bare føler man at man må finne ut av -hva gjør jeg nå!?”

“...da tenkte jeg på å legge hele min anestesierfaring på hyllen. Hele livet, det raste bare. Jeg tror jeg skrek i 2 timer. Tenkte at nå...slutter jeg. Skal ikke drive med anestesi lenger. Det var en pyton opplevelse.”

“Det var jo en sånn kvalm følelse. Det var ubehagelig synes jeg.”

“En husker det som gir angstfølelse i brystet.”

Flere informanter fortalte at negative tanker kan vedvare lenge etter opplevd feilmedisinering. Feil med alvorlige konsekvenser, eller når saken er uavklart, kan gjøre det vanskeligere for anestesisykepleier å legge det bak seg. Utsagn som eksemplifiserer dette:

“Men hvis alt på en måte peker på at du er udugelig...du har gjort noe skikkelig grovt, så er det enda vanskeligere å leve med.”

“For når du på en måte har konkludert med at det er din egen feil, at du faktisk ikke har gjort den jobben du skal gjøre, så vil du jo bli din egen verste fiende. Og hvis en ikke får ting avklart, så vil det ligge å gnage og gnage og til slutt så.. For det er jo folk i det yrket her som har sluttet fordi at de ikke.. de tør rett og slett ikke å være anestesisykepleiere lenger fordi at de har gitt et medikament feil. Da kan det dreie seg om litt alvorlige feil, med ganske alvorlige konsekvenser, så en blir veldig selvkritisk. Kritiserer seg selv hele tiden i etterkant.”

“...du får deg en ordentlig støkk og en ordentlig knekk, og det henger i så lenge som saken pågår.”

“En husker vel bedre også, de gangene en har gjort en feil som virkelig kunne ført til noe galt. Når du begynner å tenke, at dette kunne virkelig gått galt, da setter det seg jo i en.”

7.5 Å være fokusert

Det å opprettholde fokus når en håndterer medikamenter ble sett på som svært viktig for å forebygge feil. Samtidig fortalte informantene hvor raskt en kan miste fokus:

“...når jeg skal blande ut medikamenter, da må jeg være skjerpet og tenke klart.”

“...jeg tror, at som nyutdannet så er en så skjerpet, en er så på alerten og på en måte.. kanskje enda mer fokusert.”

“...om du er ny eller gammel i gamet, så kan man fort miste fokuset.”

En av årsakene som kan føre til at en mister fokuset som ble trukket frem av informantene, er at en gjør ting på automatikk:

“En har så overdreven tro på seg selv fordi at man gjør det så mange ganger uten at det går feil.”

“...en har så vanskelig for å tro at en selv gjør noe galt for en føler seg så årvåken hele tiden, men det glipper jo hele tiden sant.”

Det kom også frem at det å være sliten gjør det vanskelig å opprettholde fokus:

“Nattestid. At en er trøtt rett og slett, at en er uopplagt, og sent på vekten så er det en fare for å gjøre feil.”

Det var stor enighet blant informantene at forstyrrelser på stuen kan være distraherende, og en bidragsyter til feilmedisinering. Informantene forklarte følgende:

“Når vi holder på med en pasient, så kan en ikke holde på med tull og tøys. Da må det være fokus. Det er ikke sikkert alle er like. Noen klarer på en måte å gå tilbake til fokuset hvis en rives litt ut av, fordi at det er noen som sier noe gøy, sant. Og så skal gå tilbake til å konsentrere seg om jobben som en skal gjøre. Jeg sier ikke at en ikke skal ha det gøy, men kanskje ikke i alle faser i løpet av en operasjon.”

“Jeg tror egentlig at på operasjonsstuen, så bør det være litt sånn medisinerstemning på en måte. Altså en skal verken gå ned i dypet å buldre og være sinte og sure, men heller ikke den der overstadige tull og tøys. Men en må finne en sånn middelvei der en har en.. en kan godt ha en lett tone seg imellom, men ikke der at en taper fokuset.”

“Så har du det der med mye snakk inne på en stue, sant. Det kan jo også være hvis en har hospitanter, studenter eller noen annen inne på stuen som snakker veldig mye, som gjør at en ikke klarer å konsentrere seg skikkelig.”

“Fordi at jeg fikk meg en støkk og den lærte jeg veldig mye av og jeg har veldig fokus og respekt for det. Og da kommer liksom den der ydmykheten også, at er du for eplekjekk i dette yrket her altså, da får du deg en skikkelig nesestyver på ett eller annet tidspunkt. Og så minner det deg på at, greit, det er gjerne lurt og ha litt fokus og ikke skøye for mye på stuen og vite at det kan gå feil, det kan skje ting.”

Å gjennomføre en god dobbelkontroll kan i ulike situasjoner oppleves som krevende, fortalte informantene. Eksempler på dette kan være forglemmelse og nedsatt oppmerksomhet som følge av stress. Utsagn som eksemplifiserer dette:

“Hvis vi har hatt det oppe på agendaen. Spesielt når trygg kirurgi fokuset kom, så var det en sånn overdrevent fokus på enkelte ting. Og da glemmer en litt andre ting. Så når en får sånne bølger som rir faget, så er det litt fort at en kan se veldig på det, og så glemmer en de der basistingene. Sånn som når dette her med dobbelkontroll, sjekk, signatur, opptrekk og sånne ting kom på agendaen, så var folk veldig på hugget på det en stund. Og så går det littegrann tilbake til den der ryggmargsrefleksen etter hvert.”

“Dobbelkontroll er jo kjempeviktig, men dobbelkontroll er så mangt. For er du opptatt med 1000 andre ting, så ser du ikke likevel liksom. Du har bare øynene der.”

“Men jeg tenker, når du er stresset nok så leser du ikke!”

“...men jeg så det ikke, det var helt...ja. Så du blir faktisk blind i stressende situasjoner....”

“...men det er jo utrolig viktig at hvis du sier at du har sjekket, at du faktisk har sjekket.”

“Og det er jo kjempeviktig å tenke på at både en selv, når en selv har trukket opp noe, så ønsker vi at den en viser medikamentet til gjør en reell dobbelkontroll. Og det må en tenke på når noen viser noe til oss også, vi skal ikke tenke.. nei, du er så flink så du har nok gjort rett, og nei, det er ikke så nøye liksom. At en virkelig tar det alvorlig, det med dobbelkontroll.”

Noen av informantene fortalte at hvis en er uoppmerksom ved dobbelkontroll, kan det skje feilmedisinering:

“Men selv om vi har hatt dobbelkontroll så har det gått “hus forbi”. Det er litt ekkelt.”

“Er det virkelig god nok dobbelkontroll vi har? Fordi feilen skjedde. Vi var to stykk som gjorde en dobbelkontroll og så svikta det, så ga vi feil.”

En av informantene fortalte at dobbelkontroll av medikamenter, er noe som har blitt bedre med tiden:

“Men jeg synes jo egentlig at vi i akutte situasjoner er blitt ganske flinke på å vise ampuller, trekke opp og dobbeltsjekke. Jeg synes at det har kommet seg veldig.”

I det ene fokusgruppeintervjuet ble fargede etiketter med legemiddelnavn ansett som en forebyggende faktor. En informant forklarte det slik:

“Det hjelper at etikettene med legemiddelnavn har ulike farger. Det er jo særlig viktig med curacit. Jeg tror at det er med på å skjerpe meg. Du ser på merkelappen og den er rød, da det er det muskelavslappende i den. Så jeg tror på at det er med på å øke sikkerheten. Jeg har alltid hatt sansen for dem...for det er jo en dobbeltsjekk.”

Det å ikke kontrollere pasientens identitet kan også føre til feilmedisinering. En informant uttrykte:

“...på ECT så får du en hel røys med journaler bort, og så, hvis du er litt uoppmerksom, så begynner du å se på feil journal og medisinerer etter en annen pasient sin journal. Ikke den pasienten som faktisk ligger i sengen.”

7.6 Å være forberedt

Informantene var enige om at å være forberedt har god forebyggende effekt. Sjekklisten Trygg Kirurgi del 1, som blant annet omhandler medikamentkontroll og bekreftelse av pasientens identitet er en del av dette. Noen av informantene uttalte:

“Trygg kirurgi del 1, er med på å sikre at kontroll av medikamenter er gjennomført.”

“...det er blitt mer fokus på dobbelkontroll. Det legges mer til rette for det og det er mer aksept for at man faktisk bruker tid på det.”

“Vi er jo blitt veldig flinke til å påse at pasientene har armbånd, at en kontrollerer navn og journal.. Det er jo et resultat av at vi har jo hatt litt nestenulykker med akkurat dette her. Altså vi har vel ikke bare hatt nesten, vi har jo faktisk gjort feil. Men det har da, på en måte, vært årsaken til at vi forlanger at de skal ha armbånd, de som kommer utenfra. Prosedyrene har jo ikke vært helt tydelig på det. Så det, det har jo blitt endret nå, overordnet.”

En av informantene mente at jo lenger erfaring, jo mer forberedt er du på feil som kan oppstå:

“Dess eldre en blir, dess mer ser vi hva som kan skje.”

Noen av informantene uttrykte at de savner standard prosedyrer blant anestesilegene. Dette hadde gjort det lettere for anestesisykepleieren å være godt forberedt med tanke på medikamentene:

“Ja, jeg sjekker sprøyten, du skal si til meg at jeg har tenkt å gi så mye, for det varierer jo fra anestesilege til anestesilege hvor mye de vil sette...”

“...det hadde vært en stor fordel om alle anestesilegene hadde hatt den samme tilnærmingen.”

En av informantene fortalte at det var positivt for sikkerheten at en alltid bruker samme medikament i samme sprøytestørrelse:

“...vi har faste sprøyter vi bruker til de ulike medikamentene. Hvis de blir brukt annerledes, da reagerer vi iallfall.”

Det å holde orden og finne et system, ble nevnt som en god regel å ha for å forebygge feil. En informant sa:

“Hvis jeg da, skal inn å avløse på en stue, og jeg ser at ting er hulter til bulter bortpå det brettet, da er det første jeg gjør er å begynne å sortere. Sånn har jeg gjort det helt siden jeg kom inn i dette faget.”

7.7 Å bli møtt med forståelse fra kollegaer

Samtlige av informantene vektla viktigheten av kollegastøtte når feil oppstår. Det å våge og innrømme feil gjør byrden lettere å bære. Samtidig ses fordeler med å kunne snakke om feil som er gjort, da dette er med på å redusere eventuell skam og skyld som kan oppstå ved opplevd feilmedisinering. I tillegg fremmer det åpenhet og videre læring av hverandre sine feil. Informantene uttrykte seg slik:

“Videre så er det jo det med kollegastøtten, og den er jo avhengig av åpenhet. At du kan fortelle til en kollega. Hvis du opplever at du får støtte av en kollega, så vil det jo skape et miljø i avdelingen som gjør at det er greit å innrømme og fortelle, når en har gjort noe feil. Og det er kjempeviktig, for da senker man skuldrene litt og da tror jeg vi gjør mindre feil. Når vi våger å innrømme feil, så blir det mindre feil.”

“Sannheten... Jeg tror også at etterhvert som vi opplever ting, så blir vi mer romslige med hverandre også. Vi skjønner det at, når jeg kan gjøre feil, så kan du gjøre feil. Så kan vi på en måte akseptere og hjelpe hverandre.”

“...man vet at når en gjør feil selv, at en har.. ikke aksept.. men en har en forståelse fra kollegaer.”

“Vi har møter en gang i uken der vi kan snakke om feil som er gjort. Vi kan ta det etter hvert også selvfølgelig. Men sånn at de fleste skal få det med seg, kan det være lurt å nevne det på disse møtene. Diskutere det, om hva og hvorfor.”

“...jeg måtte jo skrive en avviksmelding på feilen jeg hadde gjort. Da kom anestesilegen bak meg og klappet meg på skulderen og sa, slapp av...ikke er du den første og ikke er du den siste. Dette skal gå helt fint. Så jeg fikk jo bare all medfølelse og ikke noe problem i det hele tatt.”

...viktig at du ikke bare blir overlatt til deg selv.”

“At du har en ledelse som kan støtte og være behjelpelige.”

8.0 Drøfting

I første del av kapittelet vil funnene bli drøftet i forhold til forskningsspørsmål, teoretisk grunnlag og tidligere forskning. Andre del av kapittelet består av en metodediskusjon, der styrker og svakheter ved prosjektet vil bli diskutert.

8.1 Resultatdiskusjon

Våre funn viser at tonen mellom kollegaene på operasjonssalen kan bidra til feilmedisinering under anestesi. Videre fant vi at måten helsepersonell kommuniserte på kunne føre til dårlig klima og usikkerhet, eller tull og tøys inne på stuen som gir en urolig arbeidssituasjon.

Sykepleieteoretiker Florence Nightingale var opptatt av at sykepleieren måtte ha hensyn til de psykososiale forholdene og unngå unødvendig støy, manglende planlegging og lite innsiktsfull kommunikasjon (Kirkevold, 1998, s. 88). Bruun (2012, s. 29-31) skriver at når ulike faggrupper samarbeider tett, kan det by på kollegiale utfordringer. For at et tverrfaglig samarbeid skal fungere må man ha en gjensidig respekt for hverandres kompetanse, gi plass og lære av hverandre. Ifølge Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere skal anestesisykepleier kommunisere tydelig og målrettet for å fremme et godt tverrfaglig samarbeid (ALNSF, 2016, s. 15). Funn i studien til Leonardsen viser at noen av årsakene til at dårlig kommunikasjon oppstår kan komme av hierarkisk inndeling der medlemmene har ulik forståelse av hva et godt samarbeid er. Videre kommer det frem at et godt samarbeid innad i operasjonsteamet er nødvendig for en trygg pasientomsorg og behandling (Leonardsen, 2015). Dårlig kommunikasjon mellom kollegaer som årsak til feilmedisinering er også funnet i tidligere studier (McCawley et al. 2017; Jones et al. 2017; Saito et al. 2015; Subramanyam et al. 2016). Berland, Natvig & Gundersen (2007) kom frem til i sin studie at et anstrengt forhold mellom yrkesgruppene øker antall feil og kan derfor gå utover pasientsikkerheten.

Imidlertid viser funn i vårt prosjekt at det også kan bli en utfordring hvis stemningen mellom kollegaene er så god at den blir overstadig. Dette kan føre til at en blir distraheret og mindre i stand til å ivareta medikamenthåndteringen på en trygg måte. Det gjelder å finne en balanse, der en har en lett tone seg imellom, men samtidig ikke mister fokuset. I tillegg til relasjonen kolleger har til hverandre kan det å ha en nær relasjon til pasienten gi økt risiko for

feilmedisinering, viser våre funn. Årsaken til dette kan være at en blir så overfokuset på relasjonen, at praktiske oppgaver som medikamenthåndtering får for lite oppmerksomhet. Jones et al. (2017) kom frem til i sin forskning at distraksjon er en risikofaktor for feilmedisinering.

Det var enighet blant informantene om at avdelingenes retningslinjer for håndtering av medikamenter var tilfredsstillende, men at det ikke alltid er like lett å etterkomme rutiner og prosedyrer. Næss & Strand (2012a, s. 152) skriver at det er vanskelig å gjennomføre kravet til dobbeltkontroll under vedlikehold av anestesi, da det ofte bare er en anestesikyndig tilstede. Erfaringsmessig er vi også kjent med dette problemet. Imidlertid er vi, i følge Norsk standard for anestesi, pliktet til å håndtere legemidler etter gjeldende lover og forskrifter. Dette innebærer at alle legemidler skal merkes og dobbeltkontrolleres før administrering (NAF & ALNSF, 2016). Forskning viser at manglende dobbeltkontroll er en kjent årsak til feilmedisinering (Kuitunen et al. 2020). I en studie gjort av McCawley et al. (2017) kom det frem at legemidlene ikke ble dobbeltkontrollert i 84,4% av tilfellene. Vår erfaring er at det kan være vanskelig å utføre dobbeltkontroll på grunn av mangel på anestesikyndig personell, til tross for at forskning viser at det forebygger feilmedisinering. Subramanyam et al. (2016) fant i sitt kvalitetsforbedringsprosjekt at ved å øke antall dobbeltkontroller fra 0% til >90%, førte til reduksjon i antall feil fra fire feil per måned til en feil per måned.

Et usikkerhetsmoment som kom frem hos noen informanter er at anestesilegene sine rutiner baserer seg mye på egen personlig erfaring. Det kan bli en utfordring for anestesisykepleieren hvis det fører til at en ikke vet hvilke medikamenter og doser som skal gjøres i stand. Ifølge Næss & Strand er det viktig for forsvarligheten at både virksomhet og anestesipersonellet er kjent med metoden som brukes (Næss & Strand, 2012b, s. 197). Anestesisykepleierens ansvar er å gjøre i stand og administrere legemidlene (Næss & Strand, 2012a, s. 152). Våre funn viser også at medikamenter og doser som anestesisykepleieren ikke er kjent med kan være en bidragsyter til usikkerhet, og i verste fall til feilmedisinering.

Et funn som kommer frem er at det kan gå på bekostning av retningslinjer når ting skal skje fort. Informantene trekker frem akutte operasjoner som et eksempel. Erfaringsmessig vet vi at det kan være utfordrende å gjennomføre dobbeltkontroll av medikamenter i slike situasjoner. Dette støttes av Abeysekera et al. (2005) som konkluderer med at over halvparten av feilene

som blir gjort oppstår under akutte prosedyrer. De skriver også at legemiddelhåndtering i nødsituasjoner krever videre forskning for å utvikle mer robuste prosedyrer.

I vårt prosjekt kom det frem at bytte av anestesisykepleier i det peroperative forløpet kan føre til feilmedisinering. Dette kan skyldes både manglende dokumentasjon i anestesijournal og manglende muntlig formidling om hvilke medikamenter som er gitt. Det er viktig med kontinuerlig journalføring slik at informasjon ikke blir glemt. Børmark (2012, s. 72) påpeker at anestesijournalen skal fylles ut fortløpende. Vår erfaring er at det ofte er vanskelig å føre fortløpende, særlig i innledningsfasen der alt skal skje på en gang. Det blir ofte gitt mange medikamenter, og når en da skal skrive på etterskudd, er det fort gjort å glemme et medikament som er gitt. Ifølge Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere er vi pålagt å utføre nøyaktig dokumentasjon av gjennomførte handlinger i pasientjournalen (ALNSF, 2016). Dhawan et al. (2016) kom frem til i sin forskning at medisineringsfeil kan oppstå som følge av journalføring. Vi har sett i praksis at noen anestesisykepleiere tar vare på alle brukte ampuller og hetteglass til anestesen er avsluttet, i tilfelle pasienten skulle få en allergisk reaksjon. Vi tenker at dette også er en god måte å forsikre seg om man har notert ned alle medikamenter som er gitt.

Funn i prosjektet viser at det kan øke faren for feilmedisinering når ikke alle forholder seg til avdelingens retningslinjer for medikamenthåndtering. Forskning viser at det er en sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og trygg behandling av pasienter (DiCuccio, 2015). Ifølge Glavin vil en god sikkerhetskultur si at personalet er bevisst potensialet for at ting kan gå galt, og at personalet er opptatt av pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetskultur kan defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling. Den gjenspeiles i verdier, holdninger, oppfatninger, atferdsmønstre, rutiner, organisering og kompetanse i helsetjenesten. Det pekes på at kulturen kommer til uttrykk i hvordan uønskede hendelser vurderes, og hva som anses for å være innenfor og utenfor grensene for akseptabel klinisk og organisatorisk praksis (Glavin, 2010). Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 sin undersøkelsene i norske sykehus viser at pasientsikkerhetskulturen kan bli bedre (Helsedirektoratet, 2016, s. 7). Slik vi ser det kan hver og en av oss gå foran som et godt eksempel ved å følge de føringene som foreligger, og bidra til å skape en kultur der man er enig om at dobbeltkontroll er verdt å bruke tid på. Funn

i vårt prosjekt viser at det er blitt mer fokus på prosedyrer og rutiner de siste årene, noe informantene opplevde som positivt.

Våre funn viser at tidspress også er en av faktorene som kan bidra til feilmedisinering. Informantene opplever ofte å stå i situasjoner som krever høyt tempo, enten som følge av uforutsette hendelser eller stort operasjonsprogram. De mener at slikt stress i pasientarbeidet øker faren for feilmedisinering. Vi har selv opplevd at når en står i en akutt situasjon at det er lett å prioritere bort oppgaver som krever tid bort fra pasienten, som for eksempel å utelate dobbeltkontroll, til tross for at vi kjenner til faren ved å ta slike snarveier. På den ene siden vil pasienten da få raskest mulig behandling uten gjennomført dobbeltkontroll. På en annen side vil man med dobbeltkontroll forsikre seg om at behandlingen blir riktig, men at det muligens tar litt lenger tid. Hustad (2012, s. 46) skriver at opplevelse av stress handler om bristende egenmakt i forhold til kravene som stilles fra omgivelsene. Vi tenker at stress i disse situasjonene skriver seg fra at arbeidsmengden overstiger arbeidskapasiteten. Ifølge Bruun (2012, s. 29) stiller sykehusene stadig krav om økt effektivitet og størst mulig utnyttelse av personellressursene. Berland et al. (2007) skriver at hastverk og utilstrekkelig tid til trygg medikamenthåndtering kan ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

I grunnlagsdokument for anestesisykepleiere står det at anestesisykepleier ofte må respondere hensiktsmessig på uventede eller oppståtte situasjoner. I den forbindelse må medikamenter ofte administreres fort (ALNSF, 2016). Forskning viser at hastverk kan bidra til feilmedisinering (McCawley et al., 2017; Jones et al., 2017; Prabhakar et al., 2015; Saito et al., 2015; Subramanyam et al. 2016). Wheeler & Wheeler (2005) viser til at anestesi er trygt og rutinepreget, men at den som utfører legemiddelhåndteringen likevel kan gjøre feil. Forfatterne foreslår bedre bemanning som en måte å redusere feilmedisinering på.

Flere av informantene trekker frem at det er viktig å få frem feil som er gjort gjennom å være åpen om det. Dette for at man kan minimere skadeomfanget og at andre kan få muligheten til å lære av det. Hjort (2010, s. 132) påpeker at uheldige hendelser er gull verdt i et læringsperspektiv. Ved å rapportere og analysere feil som blir gjort, danner man et grunnlag for forebygging og forbedring. Ifølge Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere skal anestesisykepleieren dokumentere uønskede hendelser som oppstår (ALNSF, 2016). Glavin skriver i sin oversiktsartikkel at personalets evne til å være åpen om sine feil er preget av avdelingens sikkerhetskultur. Forfatteren understreker at et system med en god sikkerhetskultur vil gjøre det lettere for arbeidstakere å snakke om feil, fordi en slik handling

vil generere aksept fra ledere og kolleger. Uten rapportering av feil blir det ingen analyse, og uten analyse vil latente forhold forbli uoppdagede og ikke gjenstand for læring (Glavin, 2010). McCawley, et al. (2017) sin anonyme spørreundersøkelse om følgene av personlige medikamentelle feil fra anestesilegers eget perspektiv, viste at de fleste respondentene hadde diskutert feilen med noen andre, men 22,7% av dem var bekymret for kollegers mening. Sheeba et al. (2019) konkluderer med at systemer for rapportering av feil er viktig for å kunne gjøre årsaksanalyse av alvorlige hendelser, samt tiltak for å forhindre at de samme feilene blir gjort i fremtiden.

Informantene var svært åpne og fortalte om feilmedisinering som de selv hadde opplevd, og årsakene til disse. Samtlige av informantene hadde opplevd feilmedisinering. Spørreundersøkelsen til Sheeba, et al. (2019) viste at 75,6 % av respondentene hadde opplevd feil administrering av legemidler på et eller annet tidspunkt i løpet av sin karriere. Tidligere forskning kommer frem til ulike tall når det gjelder frekvensen av feilmedisinering. Wahr et al. (2017, s. 32-43) viser at menneskelig feil utgjør betydelig risiko for pasienter. Forfatterne kom frem til at feil forekommer i 5,3% av medikamentadministrasjonene peroperativt. Mange blir fort fanget opp og korrigert, mens noen resulterer i tragiske utfall. I denne studien ble 70,3% av disse feilene ansett som mulig å forebygge. Fasting (2010) sin oversiktsartikkel viser at feilmedisinering skjer i ca. 1 av 1000 anestesiforløp. Merry et al. (2011) kom frem til at forekomsten av medisineringsfeil innen anestesi er estimert til 1 per 13.000 medikamentadministrasjoner.

Våre funn viser at informantene er redd for å gjøre feil, da selv små feil innen legemiddelhåndtering kan få fatale konsekvenser for pasienten. Medikamenter og doser som anestesisykepleieren ikke kjenner til er med på å skape et ekstra usikkerhetsmoment. En av informantene mente at det må være lov å stille spørsmål til ordinasjoner som er gitt, særlig når en ikke har erfaring med medikamentet.

Helmers viser til en undersøkelse i Norsk Sykepleierforbund der det kom frem at tre av ti sykepleiere ukentlig er redd for å gjøre feil. Mange er redde for at de ikke skal klare å stå i jobben mer om de skulle gjøre en feil som førte til skade på pasienten (Helmers, 2019). Næss & Strand skriver at en kommafeil kan få alvorlige følger både for pasient og anestesisykepleier, da det i faget anestesi blir benyttet svært potente legemidler. Anestesisykepleier kan miste sin godkjenning hvis det skjer feil som skyldes faglig svikt (Næss & Strand, 2012a, s. 151-152).

Funn viser at det oppleves som utrygt når anestesisykepleieren hele tiden må forholde seg til generiske bytter og endringer av konsentrasjon av et medikament. Når et preparat skifter navn og endrer styrke, oppstår faren for feilmedisinering. Merry et al. (2011) kom frem til at når navnet på et legemiddel ikke stemmer overens med etiketten man bruker, er en årsak til feilmedisinering. Vi tenker at det kan være større fare for regnefeil når et medikament skifter styrke. I en studie av Kuitunen et al. (2020) kom det frem at regnefeil er en bidragsyter til feilmedisinering.

Funn i vårt prosjekt viser at dobbeltkontroll av en annen yrkesgruppe, som ikke kjenner til medikamentets virkning og dosering, oppleves som utrygt. Imidlertid skriver Næss & Strand (2012a, s. 152) at man kan bruke en annen yrkesgruppe for dobbeltkontroll av medikamenter, for å sikre at riktig legemiddel er trukket opp. Tidligere forskning viser at det er viktig å ha kunnskap om legemiddelet som skal kontrolleres for å sikre riktig medikament og dose (Kuitunen et al., 2020). Cooper et al. (2012) kom frem til i sin studie at de som er uerfarne innen anestesimidler, har dobbelt så stor sannsynlighet for å gjøre feil innen dose og type medikament.

Våre funn viser at ansvaret kan oppleves tyngende for den som har forårsaket feil, noe som stemmer overens med tidligere undersøkelser (McCawley et al., 2017; Helmers, 2019). Derimot er det ulikheter mellom våre funn og tidligere forskning når det gjelder hvilken innvirkning feilmedisinering har på anestesipersonellets helse. I vår studie blir det beskrevet fysiske, overveldende reaksjoner som panikk, hjertebank, nummenhet og kvalme. En får et vanvittig rush, blir paralyisert, iskald innvendig og tørr i munnen. Det er en ekkel, utrivelig følelse og pyton opplevelse, ifølge informantene. Til forskjell dreier tidligere forskning seg stort sett om de psykologiske følgene i etterkant av feilmedisinering. McCawley et al. (2017) skriver at de hyppigste følelsene som ble opplevd etter å ha gjort en feil var forlegenhet, skuffelse, irritasjon og skyld. NSF beskriver konsekvenser som skyld og skam (Helmers, 2019). I vår studie kom tilsvarende reaksjoner ikke frem, men blir blant annet beskrevet som nedsatt faglig selvbilde ved at man blir selvkritisk og sin egen verste fiende. Tanken om å gi opp yrket kan gjøre seg gjeldende. Dette stemmer overens med NSF sin undersøkelse, som kom frem til at dårlig selvtillit kan være en konsekvens (Helmers, 2019). Flere informanter fortalte at negative tanker kan vedvare lenge etter opplevd feilmedisinering. Feil med alvorlige konsekvenser, eller når saken er uavklart, kan gjøre det vanskeligere for anestesisykepleier å legge det bak seg. Ifølge McCawley et al. kan feilmedisinering ofte sitte

igjen i bevisstheten mange år etter hendelsen fant sted, også ved fravær av pasientskade. Forfatterne mener at det er viktig at man begynner å erkjenne at helsepersonellet er det andre “offeret” etter feilmedisinering, da en slik opplevelse kan påvirke psyken, søvnen og evnen til å fungere optimalt i arbeidet (McCawley et al., 2017).

Våre funn viser at det å opprettholde fokus er svært viktig for å forebygge feilmedisinering. Under medikamenthåndtering må man være skjerpet og tenke klart. Dette støttes av tidligere forskning som viser at uoppmerksomhet er en faktor som kan bidra til feilmedisinering (McCawley et al., 2017; Saito et al., 2015). For å øke bevisstheten i de situasjonene der det skal utføres legemiddelhåndtering, kan bruk av teknologi og standardisering være en forebyggende faktor mot feilmedisinering (Prabhakar et al., 2015).

Våre funn viser at erfaring kan påvirke hvor fokusert anestesisykepleieren er under medikamenthåndtering. Informantene hadde delte meninger om dette. Det kommer frem at nyutdannede kanskje har enda mer fokus, og at erfarne anestesisykepleiere i større grad gjør ting på automatikk. Samtidig var det noen som mente at erfaring hadde lite å si når det gjaldt å være fokusert i arbeidet. I en studie av Cooper et al. (2012) kom det frem at anestesipersonell med lite erfaring har dobbel så stor sannsynlighet for å gjøre feil, generelt sett. McCawley et al. (2017) legger også vekt på at lite erfaring spiller en rolle.

Videre viser våre funn at det å være sliten eller trett gjør det vanskelig å opprettholde fokus. Dette stemmer overens med tidligere forskning som bekrefter at tretthet øker faren for feilmedisinering (Prabhakar et al., 2015; Jones et al., 2017).

Å gjennomføre en god dobbeltkontroll kan i ulike situasjoner oppleves som krevende, forteller informantene. Eksempler på dette kan være forglemmelse og nedsatt oppmerksomhet som følge av stress. Hustad (2012, s. 45) skriver at anestesisykepleieren kan oppleve stress på flere områder i sitt arbeid, og at stress i pasientarbeidet ofte er knyttet til situasjoner som stiller store krav til egen eller andres kompetanse. Berland et al. (2007) kom frem til at når en er i en stresset situasjon klarer man ikke å gjøre sitt beste. Ting stopper opp og man kan bli litt handlingslammet.

Funn i prosjektet viser at dobbeltkontroll er noe man må ta alvorlig. Man skal ikke stole blindt på vedkommende som har trukket opp medikamentet, men være fokusert og gjøre en reell dobbeltkontroll. Noen av informantene fortalte at de hadde opplevd feilmedisinering til tross for dobbeltkontroll. Tidligere forskning viser at manglende kontroll av medikamentene er en risiko for feilmedisinering (Saito et al., 2015; Kuitunen et al., 2020). Flere studier

kommer frem til at dobbeltkontroll kan virke forebyggende (Jones et al., 2017; Sheeba et al., 2019; Wahr et al., 2017; Glavin, 2010). Kvalitetsforbedringsprosjektet til Subramanyam et al. (2016) viste at verifisering av pumpeinnstillingene av to personer kan redusere medisineringsfeil og fremme sikkerheten i sykehus. Våre funn viser at fokus på dobbeltkontroll er noe som må jobbes videre med, samtidig som trenden går i en positiv retning.

I fokusgruppeintervjuet ved det ene sykehuset ble fargede etiketter med legemiddelnavn på sprøytene ansett som en forebyggende faktor, da det er med på å skjerpe sansene. På det andre sykehuset har de gått bort fra fargede etiketter, så her ble ikke dette et tema. Tidligere forskning viser at systemiske tilnærminger, som fargekoding av etiketter for sprøyter, er blitt evaluert med blandede resultater (Prabhakar et al, 2015). Imidlertid viser Piriou et al. (2017) til at bruk av fargede etiketter anbefales som et forebyggende tiltak. Våre tanker er at det kanskje kan være en hjelp når det gjelder å plukke den riktige sprøyten, men ingen garanti for at riktig medikament er trukket opp i riktig sprøyte. Valeberg (2012, s. 332) skriver at det er mindre sannsynlig å oppdage feil etter at legemiddelet er trukket opp. Nightingale var opptatt av forebyggende elementer i pasientens omgivelser. Teoretikerens fokus var knyttet til miljømessige forhold som kan true pasienters helse og velvære (Kirkevold, 1998, s. 91).

Våre funn viser at det å ikke kontrollere pasientens identitet også kan føre til feilmedisinering. Dette er spesielt når en har alle journaler til pasientene som skal opereres samme dag foran seg. Hvis en da ikke er fokusert nok, kan man komme til å gi medikamentdoser etter feil journal. Erfaringsmessig er WHO sin sjekklister for trygg kirurgi (Kunnskapssenteret, 2010) til god hjelp for å unngå dette problemet, da den gir oss en påminnelse om å utføre identitetssjekk opp mot pasientjournal.

Funn viser at det å være forberedt har god forebyggende effekt. Sjekklisten Trygg Kirurgi del 1, som blant annet omhandler medikamentkontroll og bekreftelse av pasientens identitet ble nevnt som en del av dette. Trygg kirurgi del 1 (Kunnskapssenteret, 2010) har, ifølge våre funn, vist seg å forebygge feilmedisinering som følge av feil journal og feil pasient. Norsk standard for anestesi anbefaler å bruke sjekklister for trygg kirurgi ved alle kirurgiske inngrep (NAF & ALNSF, 2016). Ebbing et al. (2019) skriver at krav til pasientsikkerhet i helsetjenesten gjør det nødvendig å fastlegge pasientens identitet før behandling. Dette for å redusere risikoen for uønskede hendelser som følge av identitetsfeil. Ifølge Forskrift om

legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008, § 7-8) har en ansvar for at det blir gitt riktig legemiddel i riktig dose til riktig pasient. I tillegg til trygg kirurgi, viser våre funn at det er blitt mer aksept for å bruke tid på dobbeltkontroll. Valeberg (2012, s. 332) skriver at gode rutiner for kontroll av medikamenter er en del av forberedelsene før anestesi. Norsk standard for anestesi presiserer også at alle legemidler skal dobbeltkontrolleres (NAF & ALNSF, 2016). Ifølge tidligere forskning har dette en viktig forebyggende effekt mot feil (Jones et al, 2017; Sheeba et al., 2019; Wahr et al. 2017; Glavin, 2010).

Våre funn viser at erfarne anestesisykepleiere kanskje er mer forberedt på feil som kan oppstå. Dette tror vi kommer av at de har sett og opplevd flere situasjoner i praksis. Ifølge Nightingale må man ha et solid kunnskapsgrunnlag for å bli en dyktig sykepleier. Dette krever mye praktisk erfaring i tillegg til at man reflekterer grundig over de erfaringene en gjør seg, slik at en hele tiden kan lære (Kirkevold, 1998, s. 84-98). Cooper et al. (2012) kom frem til i sin studie at erfaring spiller en rolle for hyppighet av medisineringsfeil. Forfatterne konkluderte med at anestesipersonell med lite erfaring er mer utsatt for å gjøre feil, med feil dose og feil medikament som hyppigste årsak.

Våre funn viser at anestesisykepleierne savner standard prosedyrer og mer like tilnærminger blant anestesilegene. De mener at dette hadde gjort det lettere for dem å være bedre forberedt, både når det gjelder doser og type medikamenter. Valeberg (2012, s. 228) skriver at anestesisykepleieren må være godt forberedt på den forestående anestesen, både praktisk og mentalt. Dette innebærer blant annet å vurdere hva slags medikamenter som er nødvendig, og trekke opp disse. Nightingale mener at hver enkelt sykepleier må planlegge og organisere sitt arbeid og lage seg arbeidsrutiner som sikrer kontinuerlig god sykepleie (Kirkevold, 1998, s. 84-98). Ifølge Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere skal en som anestesisykepleier arbeide for kvalitetssikring gjennom planlegging av anestesi og tilberede medikamenter i henhold til standard prosedyrer og anbefalte sjekklister (ALNSF, 2016). Videre viser våre funn at det er positivt å alltid bruke samme medikament i samme sprøytestørrelse ved forberedelse. Dette kan fungere som en ekstra sikkerhet, da en reagerer hvis noe er annerledes enn det som er standard.

Det kom frem gjennom våre funn at å holde orden og system i medikamentene er en god regel for å forebygge feil. Valeberg (2012, s. 332) skriver at å ha en ryddig arbeidsplass betyr mye for tryggheten mot feilmedisinering. Det er viktig at alle medikamentene ligger på sin

vante plass, spesielt på grunn av at det kan oppstå situasjoner som krever raske handlinger. Nightingale mener også at sykepleie innebærer å opparbeide organisatoriske strukturer som sikrer forsvarlig ivaretagelse av pasienten, uavhengig av hvilken sykepleier som er tilstede (Kirkevold, 1998, s. 89). Dette stemmer overens med tidligere forskning som vurderer at formell organisering og standardisering av medikamenter kan virke forebyggende (Jones et al., 2017; Prabhakar et al., 2015). Fra praksis er vi vant til at medikamentrom er organisert etter et fast system, men derimot er det opp til hver enkelt anestesisykepleier hvordan medikamentene organiseres inne på operasjonssalen.

Våre funn forteller oss om viktigheten av støtte fra kollegaer og ledelse når feil oppstår. Det å våge og innrømme feil gjør byrden lettere å bære og det er med på å redusere eventuell skyldfølelse. Det kommer frem at hvis en opplever støtte fra kollegaer, vil det skape et miljø i avdelingen som gjør det lettere å innrømme og fortelle om feil. Våre funn viser at det er viktig å vise medfølelse, støtte opp om, akseptere og hjelpe hverandre. Videre forteller informantene at når man er romslige med hverandre senker en skuldrene. Dette kan igjen føre til at man gjør mindre feil. Ifølge Helsedirektoratet (2017) er det viktig med en kultur for åpenhet. Tidligere forskning viser at det er viktig å dele informasjon, be om hjelp og snakke om feil. Imidlertid er det å be om hjelp eller bekjenne feil en potensiell psykologisk trussel, skriver Glavin (2010). McCawley et al. skriver at det ikke er uvanlig å være bekymret for kollegers mening. Studien deres viser at mange av respondentene følte at de ikke fikk tilstrekkelig ekstern støtte etter feilen (McCawley et al., 2017). Funnet i vårt prosjekt viser hvilken effekt kollegastøtte kan ha når ting går galt. Et klapp på skulderen, vennlige ord og medfølelse var det som skulle til for å endre anestesisykepleierens opplevelse av dyp fortvilelse. McCawley et al. (2017) skriver at støtte kan være nødvendig fra første øyeblikk etter feilmedisinering og fortsette så lenge det er behov. En må erkjenne nødvendigheten for ivaretagelse av anestesisykepleieren, da det kan være en stor byrde å tenke at en pasient har blitt skadet, eller kunne blitt skadet, som følge av anestesisykepleierens feil.

Informantene var enige om at det å bli møtt med forståelse, fremmer åpenhet. Og med åpenhet skapes en mulighet for videre læring av hverandre sine feil. Ifølge Helse og Omsorgsdepartementet Meld. St. 11 (2018) oppfordres det til et godt arbeidsmiljø, åpenhet og at en melder fra om uønskede hendelser. Dette kan igjen bidra til å lære av hverandre. «Feil skal feil fordrive» skriver Øien (2018), som nettopp handler om det å få mulighet til å ta lærdom av egne og andres feil for å hindre gjentakelse. Ifølge tidligere forskning blir det

mindre åpenhet hvis en frykter for konsekvenser som straff og forlegenhet, og dermed mindre sannsynlig at gruppelæring vil forekomme (Glavin, 2010). I NSF sin spørreundersøkelse fremkommer det at respondentene var redd for et dårlig rykte i etterkant (Helmers, 2019). Vi tenker at kollegastøtte vil bidra til å dempe slike tanker.

8.2 Metodediskusjon

Ifølge Malterud (2017, s. 15) er ikke vitenskapelighet avhengig av en bestemt forskningsmetode, men av hvordan kunnskapen har blitt innhentet og håndtert.

Troverdighet, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet

I kvalitativ forskning følger man en metode for å øke troverdigheten til studiens data. Troverdighet omfatter blant annet gyldighet, pålitelighet og overførbarhet som omfatter prosjektets innhold (Polit & Beck, 2017, s. 161). Validering kan ses på som en kontinuerlig kvalitetskontroll gjennom hele kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 279). Å validere vil si at en stiller aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet. Hva er dette gyldig om og under hvilke betingelser. Som forskere måtte vi vurdere hvilken metode som kunne tenkes å være en logisk vei til kunnskap om valgt forskningsspørsmål. Malterud skriver at uten en form for gyldighet, kan en ikke forvente at innsamlede resultater vil gi tilstrekkelig gyldige svar (Malterud, 2017, s. 192). Vårt forskningsspørsmål egnet seg for en kvalitativ tilnærming da hensikten med prosjektet var å få forståelse for anestesisykepleiernes opplevelse og erfaring med feilmedisinering i et anestesiforløp.

Gjennom arbeidet med dette prosjektet har vi vurdert den interne validiteten kontinuerlig ved å stille oss selv spørsmål om forskningsspørsmålets relevans, om utvalget kunne gi oss svar på våre spørsmål og om innsamlet data har gitt oss gyldige svar i forhold til forskningsspørsmålet. Gjennom arbeidet med analysen fant vi grunnlag for det teoretiske perspektivet som kunne hjelpe oss videre i fortolkningsarbeidet. I henhold til Malterud (2017, s. 23) gjorde vi dette ved å vurdere hva slags materiale som kunne danne et grunnlag for fortolkninger som kunne være med på å gi oss ny kunnskap.

På bakgrunn av vår utdanning innen anestesisykepleie har vi bred kunnskap om legemidler og håndtering av dem, i tillegg til kunnskap om feiladministrering av legemidler. Denne kompetansen var en nødvendighet for arbeidet med vårt prosjekt, særlig med tanke på datainnsamling og analyse.

Kvale & Brinkmann (2015, s. 279) skriver at en skal kontrollere aktuelle feilkilder og ha et kritisk blikk på egne fortolkninger for å kunne vurdere validiteten av en studie. Drageset & Ellingsen (2011) skriver at andre skal kunne følge stien forskeren har gått når studien presenteres. Vi valgte i prosjektets metodekapittel å beskrive hele prosessen fra utvalg til analyse for å gjøre den gjennomsiiktig for leseren. Drageset & Ellingsen (2011) understreker at data som blir skapt bærer preg av forskerens kunnskapssyn, samtidig som kvaliteten på studien er avhengig av forskerens kompetanse. Som nye forskere var det, i tillegg til litteratur, nyttig med råd fra veiledere underveis fra utforming av forskningsspørsmål til analyse.

Fokusgruppeintervju ble benyttet i innsamlingen av empirisk materiale. Fokusgrupper kan ifølge Malterud (2017, s. 70) føre til at en får et godt materiale når en vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer. Gruppeintervju mobiliserer assosiasjoner og fantasi og gruppens dynamikk kan bidra til å skape andre slags fortellinger enn det en ville fått på tomannshånd.

Utvalget var strategisk da det var en nødvendighet at informantene hadde opplevd fenomenet prosjektet vårt ønsket å undersøke. Malterud (2017, s. 58) sier at et strategisk utvalg er satt sammen ut fra en målsetning om at materialet på en best mulig måte er med på å belyse problemstillingen en har valgt. En svakhet ved vårt prosjekt kan være at våre to fokusgruppeintervju med til sammen ni informanter er i underkant av det som er anbefalt. Malterud påpeker at har man for få deltakere i et gruppeintervju, kan samtalen bli overfladisk eller gå tungt (Malterud, 2017, s. 138-139). Men i henhold til Malterud (2017, s. 63) bygger kvalitative studier sjelden på empirisk data fra et stort antall deltakere. At avdelingslederne ved de aktuelle avdelingene var til hjelp med tanke på å rekruttere informanter, ser vi på som en styrke. Lederne er erfarne anestesisykepleiere som kjenner de ansatte godt, noe som tilførte studiet ulike erfaringer innen medikamenthåndtering under anestesi.

Polit & Beck (2017, s. 161) skriver at forskere følger en metode for å øke påliteligheten til prosjektets data. Ifølge Drageset & Ellingsen omfatter pålitelighet studiens konsistens og

nøyaktighet og at påliteligheten styrkes ved at alle praktiske forhold som gjelder forskningsintervju er nøye gjennomtenkt (Drageset & Ellingsen, 2011). Før intervjuene tenkte vi at den pågående Koronapandemien som gjorde at alle måtte holde minst to meters avstand kunne føre til en mer kunstig kontekst, men dette lot ikke til å påvirke deltakerne. Stemningen var god. Deltakerne var engasjerte og praten mellom dem gikk lett. Den som hadde ordet fikk ofte støtte fra de andre i sine uttalelser og som deretter fulgte opp med sine opplevelser. Det var også rom for å diskutere. Det var ingen avbrytelser utenfra underveis i intervjuene, slik at vi fikk mulighet til å ha søkelys på samtalen. Flere av informantene deltok i intervjuet på fritiden. På forhånd forsikret vi oss om at båndopptakerne hadde god lyd kvalitet, selv med den påkrevde avstanden.

Vi tenker at vår bakgrunn som anestesisykepleiere kan ha vært en fordel under intervjuene, ved å bidra til mer dybde og rikholdige data i forhold til noen som ikke har kjennskap til feltet. På den annen side kan det at vi jobber i samme miljø som informantene, og kjente flere av dem ha hatt innvirkning på deres utsagn og refleksjoner. Vi arbeidet med at vår forforståelse ikke skulle påvirke budskapet fra våre informanter, og forsøkte å stille med et åpent sinn. Ifølge Malterud (2017, s. 45) kan forskernes forforståelse også føre til begrensninger. Som forsker i eget felt har man en innflytelse på kunnskapsproduksjonen, da det er vår forståelse og tolkning av data som presenteres. Det kan hende at andre forskere hadde lagt vekt på andre momenter i samme datamateriale og kommet frem til andre resultater. Vi hadde på forhånd bestemt at vi skulle unngå ledende oppfølgingsspørsmål og unngå for mange avbrytelser som kunne føre til å overdøve deltakernes stemmer, da det ikke var våre forutinntatte svar på forskningsspørsmålet som var målet (Malterud, 2017, s. 41-42). Vi valgte å ha rollene som moderator og ko-moderator i hvert vårt intervju, slik at begge kunne få denne erfaringen. Ifølge Malterud har moderator og ko-moderator, omtalt som sekretær av Malterud, ulike oppgaver som krever forskjellig kompetanse. Vi fikk som moderator mulighet til å øve på å styre samtalen og passe på at tiden ble brukt hensiktsmessig. Som komoderator inntok vi en mer anonym rolle og tok notater av det som ikke kom frem på lydopptak, som stemninger og samhandling (Malterud, 2012, s. 65-67).

Ifølge Drageset & Ellingsen (2011) kan en trussel mot troverdighet være slurv og manglende oppmerksomhet hos forsker når det gjelder nedtegning og analyse av data. Malterud (2017, s. 194) legger til at det er fullt mulig å komme frem til konklusjoner som ikke stemmer overens

med det som den enkelte informant har gitt uttrykk for. Som forskere måtte vi derfor passe på å unngå å påvirke resultater med egne antagelser og hypoteser. I arbeidet med dette prosjektet er alle forskningsmessige avgjørelser basert på å formidle gode og pålitelige resultater. Intervjuene transkriberte vi selv ordrett umiddelbart etter gjennomføringen. Malterud (2017, s. 79-81) skriver at validiteten av analysematerialet styrkes, om forskeren selv gjennomfører transkripsjonen. Momenter som kan oppklare uklarheter huskes bedre, særlig om de har betydning for meningen i teksten. En svakhet ved vårt prosjekt kan være at vi transkriberte et intervju hver. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 211) kan to forskere som transkriberer samme intervju komme frem til ulike tolkninger av intervjumaterialet. Vi var begge tilstede under intervjuene, slik at vi likevel hadde en mulighet til å oppdage mistolkninger. Begge forfatterne la vekt på å utvise lojalitet til informantens utsagn under transkribering. Senere i prosessen gikk vi flere ganger tilbake til det opprinnelige transkripsjonsmaterialet for å forsikre oss om at våre resultater stemte overens med det informantene hadde gitt uttrykk for.

Vår analyse som er basert på Malteruds (2017, s. 97-111) systematiske tekstkondensering er fremstilt gjennomiktig for å gi leseren de nødvendige forutsetningene til å vurdere prosjektets pålitelighet. Datamaterialet er blitt kodet flere ganger for å mulig oppdage eventuelle feil og mangler, og de aktuelle kodene som er brukt er i stor grad basert på temaer og spørsmål fra intervjuene. Dette for å besvare forskningsspørsmålet på en tilfredsstillende måte. Spørsmålene i intervjuene var åpne, noe som førte til at vi var i stand til å følge opp med tilleggsspørsmål der det var behov for det. Underveis har vi forholdt oss på en kritisk måte der krav om pålitelighet har stått sterkt, slik som i datainnsamling, koding og analyse. Det kan tenkes at det er en styrke ved prosjektet at vi har vært to studenter som har samarbeidet. Ifølge Malterud (2017, s. 100) kan man få øye på flere detaljer i analysematerialet når man er flere, enn det en gjør alene. I arbeidet med analysen av data ble det vanskelig å samle seg om anbefalte 3-5 tema. Malterud (2017, s. 105) skriver at når man har flere tema enn dette kan det være utfordrende å holde oversikten og lage solide resultatpresentasjoner for hver av dem, med tydelige hovedfunn. Vi opplever at det er en glidende overgang mellom noen av våre tema, slik at enkelte resultater kunne ha passet under mer enn ett tema.

Prosjektets grad av overførbarhet ses ut ifra om de funnene som er gjort kan overføres videre til å gi ny kunnskap som andre kan ha nytte av, i andre sammenhenger enn der prosjektet ble utført (Malterud, 2017, s. 66). Denne gyldigheten av kunnskapen, også kalt for pragmatisk validitet, viser til vår studies grunnlag for videre forskning (Malterud, 2017, s. 198).

Resultatene fra vårt prosjekt lar seg ikke overføre i målbar forstand, noe som heller ikke er hensikten med prosjektet. Resultatene vi kom frem til må ses som en konsekvens av fenomenene som undersøkes og som i stor grad er knyttet opp til konteksten den står i. Drageset & Ellingsen skriver at overførbarhet er knyttet til om en kan kjenne igjen meningen og om denne meningen gir innsikt av betydning (Drageset & Ellingsen, 2011). Malterud påpeker at den eksterne validiteten svekkes om en utelukkende forholder seg til den lokale konteksten uten å overveie betingelser for overførbarhet av kunnskapen. Funn fra kvalitative studier og overførbarhet av dem er ifølge forfatteren ofte knyttet til utvalget, men at det i like stor grad henger sammen med relevansspørsmålet (Malterud, 2017, s. 24). Som Malterud (2017, s. 67) skriver, er det en viktig indikasjon på overførbarhet hvis lesere av dette prosjektet kjenner seg igjen og at våre resultater gir mer forståelse.

9.0 Konklusjon

Arbeidsklima på operasjonsstuen som respekt for andres arbeid, og hvordan man kommuniserer med hverandre er sentralt for å unngå feilmedisinering. Ved bytte av anestesisykepleier i det peroperative forløpet kan mangelfull skriftlig og muntlig rapportering føre til feilmedisinering. Det kan være vanskelig å etterkomme rutiner som følge av mangel på anestesikyndig personale, tidspress og stress.

Informantene understreker viktigheten av å rapportere feil som er gjort for å redusere eventuelle komplikasjoner og for at en kan lære av det. Deltakerne uttrykker redsel for feilmedisinering. Ukjente medikamenter, generiske bytter og endringer av medikamentkonsentrasjon gir økt usikkerhet hos anestesisykepleier. Dobbelkontroll av andre yrkesgrupper som ikke har samme kunnskap om de potente anestesimedikamentene, gir ikke samme trygghet.

Å være fokusert trekkes frem som et viktig moment for å forebygge feil. Informantene uttrykker at en raskt kan miste fokus ved distraksjon og nedsatt oppmerksomhet som følge av stress. Trygg kirurgi del 1 med identitetskontroll og fargede etiketter trekkes frem som forslag til hjelp for økt fokus. Et annet forebyggende moment er å være godt forberedt. Dette innebærer å holde orden i medikamentene på operasjonsstuen, følge prosedyrer og bruke standard sprøyttestørrelse på de ulike medikamentene. Informantene mener at erfaring gjør det lettere å være forberedt.

Opplevd feilmedisinering kan få konsekvenser for anestesisykepleieren i form av følelser som ubehag, angst og panikk. Negative tanker og påvirket selvbilde kan vedvare lenge etter gjennomgått feilmedisinering, og kan være vanskelig å legge bak seg. Å bli møtt med forståelse fra kollegaer er svært viktig for for å komme seg gjennom feilmedisinering på en god måte. Medfølelse, støtte og aksept er essensielt for å redusere eventuell skam og skyld. I tillegg fremmer det videre åpenhet.

10.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Funnene i dette prosjektet viser at det må arbeides videre mot et best mulig samarbeid mellom yrkesgruppene, da dette vil bidra til gode arbeidsforhold for anestesisykepleieren og økt sikkerhet for pasientene.

Det anbefales å legge til rette for en faglig forsvarlig dobbelkontroll av medikamenter. Dette gjelder spesielt i de akutte eller stressende situasjonene og når anestesisykepleier er den eneste anestesikyndige på stuen. I tillegg er det ønskelig å arbeide for færrest mulig generiske bytter og endring av konsentrasjon.

Hvordan man ivaretar anestesisykepleieren etter opplevd feilmedisinering anbefales det å ha mer fokus på.

Det ville vært nyttig å gjøre lignende undersøkelser ved flere sykehus i ulike deler av landet, også universitetssykehus. Dette for å se om anestesisykepleiere her har lignende erfaringer og opplevelser. For utdypende kunnskap om kommunikasjons- og samarbeidsproblemer som årsak til feilmedisinering, kunne det vært en fordel å inkludere anestesileger og operasjonssykepleiere i fokusgruppeintervju.

Litteraturliste

- Abeysekera, A., Bergman, I.J., Kluger, M.T. & Short, T.G. (2005). Drug error in anaesthetic practice: a review of 896 reports from the Australian Incident Monitoring Study database. *Anaesthesia*, 60, 220-227. [doi:10.1111/j.1365-2044.2005.04123.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04123.x)
- Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund (ALNSF). (2016, juni). Grunnlagsdokument for anestesisykepleie. Hentet fra <https://www.alnsf.no/alnsf/grunnlagsdokument/grunnlagsdokument>
- Berland, A., Natvig, G. K. & Gundersen, D. (2007). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24 (2), 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.001>
- Bruun, A. M. G. (2012). Anestesisykepleierens kompetanse. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 19-39). Oslo: Akribe AS
- Børmark, S. R. (2012). Dokumentasjon. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 70-74). Oslo: Akribe AS
- Cooper, L., DiGiovanni, N., Schultz, L., Taylor, A. M. & Nossaman, B. (2012). Influences observed on incidence and reporting of medication errors in anesthesia. *Canadian journal of anesthesia*, 59 (6), 562-570. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-012-9696-6>
- Dhawan, I., Tewari, A., Sehgal, S. & Sinha, A. C. (2016). Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67 (2), 184-192. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.09.006>
- DiCuccio, M. H. (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 11 (3), 135-142. [doi: 10.1097/PTS.0000000000000058](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000058)
- Dolonen, K. A. (2016, 16. desember). Feilmedisinering kostet 200 millioner. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2016/12/feilmedisinering-kostet-200-millioner>
- Dolonen, K. A. (2018, 5. desember). Slik skjer det feil i legemiddelhåndtering – tross

dobbeltkontroll. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/12/slik-skjer-det-feil-i-legemiddelhandtering-tross-dobbeltkontroll>

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 5(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>

Ebbing, M., Svendsby, P. O., Fanebust, G. O., Heimdal, J-H., Dyrdal, K., Husøy, A-M. (...) & Dalheim, A. (2019, 4. mars). Pasientidentitet - sikring. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sikring-av-pasienters-identitet#references>

Fasting, S. (2010). Risiko ved anestesi. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 5, 498-502. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2010/03/oversiktsartikkel/risiko-ved-anestesi>

Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23/§4>

Forskrift om legemiddelhandtering. (2008). Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320/§7>

Glavin, R. J. (2010). Drug errors: consequences, mechanisms, and avoidance. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 105 (1), 76-82. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq131>

Helmers, A-K. B. (2019, 24. oktober). Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/10/tre-av-ti-sykepleiere-frykter-ukentlig-gjore-feil-som-skader-pasienten>

Helsedirektoratet. (2016). Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientsikkerhetskultur-i-norske-helseforetak-og-sykehus/Pasientsikkerhetskultur%20i%20norske%20helseforetak%20og%20sykehus.pdf/_attachment/inline/bc6ef5ff-0a45-4a1c-a7fb-69d884f1008f:e0c8b8c0e68ddeb2568efb8d9724365068358bf/Pasientsikkerhetskultu%20i%20norske%20helseforetak%20og%20sykehus.pdf

Helsedirektoratet. (2017). § 8e. Gjennomgå avvik og uønskede hendelser. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/evaluere/8e-gjennomga-avvik-og-uonskede-hendelser>

Helsedirektoratet. (2018, oktober). Pasientskader i Norge 2017. Hentet fra

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/attachment/5005?download=false&ts=16712dbc196>

Helsedirektoratet. (2020, 17. september). Pasientskader i Norge 2019 - Målt med Global Trigger Tool. Hentet 9. november 2020 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2019-malt-med-global-trigger-tool/resultater>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 (2012-2013)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. (Meld. St. 11 (2018-2019)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Hjort, P. F. (2010). Uheldige hendelser i helsetjenesten - pasientfortellinger. *Den norske legeforening*. Hentet fra [https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/eksterne-](https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/eksterne-publikasjoner/uheldige_hendelser_i_helsetjenesten_pasientfortellinger.pdf)

[publikasjoner/uheldige_hendelser_i_helsetjenesten_pasientfortellinger.pdf](https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/eksterne-publikasjoner/uheldige_hendelser_i_helsetjenesten_pasientfortellinger.pdf)

[publikasjoner/uheldige_hendelser_i_helsetjenesten_pasientfortellinger.pdf](https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/eksterne-publikasjoner/uheldige_hendelser_i_helsetjenesten_pasientfortellinger.pdf)

Hustad, J. (2012). Stress og mestring i rollen som anestesisykepleier. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 45-50). Oslo: Akribe AS

Jones, C. P. L., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer, S. J. (2018).

Human factors in preventing complications in anaesthesia: a systematic review.

Anaesthesia, 73, 12-24. <https://doi.org/10.1111/anae.14136>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag AS

Kuitunen, S., Niittynen, I., Airaksinen, M. & Holmström, A-R. (2020). Systemic Causes of In-Hospital Intravenous Medication Errors: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 00 (00), 1-9. Volume Publish Ahead of Print (PAP).

<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000632>

Kunnskapssenteret, Norsk eining for pasienttryggleik. (2010). *Sjekkliste for trygg kirurgi*.

Hentet fra

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SCC_nynorsk.pdf?ua=1

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Leonardsen, A-C. L. (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk*

Sygeplejeforskning, 2 (5), 218-227. Hentet fra

https://www.researchgate.net/profile/Ann_Chattrin_Leonardsen/publication/280879186_Tverrfaglig_samarbeid_i_operasjonsteamet/links/55c9ecd208aebc967dfb09b0.pdf

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper*. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

McCawley, D., Cyna, A. M., Prineas, S. & Tan, S. G. M. (2017). A Survey of the Sequelae of Memorable Anaesthetic Drug Errors from the Anaesthetist's Perspective. *Anaesthesia and Intensive Care*. 45 (5), 624-630. [10.1177/0310057X1704500514](https://doi.org/10.1177/0310057X1704500514)

Merry, A. F., Shipp, D. H. & Lowinger, J. S. (2011). The contribution of labelling to safe medication administration in anaesthetic practice. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25 (2), 145-159. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.009>

Norsk Anestesiologisk Forening (NAF) & Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund (ALNSF). (2016). Norsk standard for anestesi. Hentet fra <https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi>

Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Sentrale begreper. Hentet 31. oktober 2020 fra

https://nsd.no/personvernombud/hjelp/sentrale_begreper.html

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. (2. utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Næss, T. & Strand, T. (2012a). Farmakologi - forståelse og klinisk utøvelse. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 151-195). Oslo: Akribe AS
- Næss, T. & Strand, T. (2012b). Valg av anestesimetode. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 196-199). Oslo: Akribe AS
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-12-20-116). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Piriou, V., Theissen, A., Arzalier-Daret, S., Marcel, M., Trouiller, P., Parat, S. (...) & Collomp, R. (2017). Preventing medication errors in anesthesia and critical care. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 36 (4), 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.04.002>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Prabhakar, A., Malapero, R. J., Gabriel, R. A., Kaye, A. D., Elhassan, A. O., Nelson, E. R. (...) & Urman, R. D. (2015). Medication Errors in Anesthesia. *The Journal of Medical Practice Management*, 30 (6), 41-43. https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/11376vh/TN_cdi_proquest_miscellaneous_1687999296
- Regjeringen. (2018). *Etikk i forskningen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Saito, T., Wong, Z. W., Thinn, K. K., Poon, K. H., & Liu, E. (2015). Review of Critical Incidents in a University Department of Anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43 (2), 238–243. <https://doi.org/10.1177/0310057X1504300215>
- Sheeba, J. A., Murali, R. T. & Vadlamudi, R. H. K. (2019). Drug administration errors

among anesthesiologists: The burden in India – A questionnaire-based survey.

Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology, 35 (2), 220-226.

[10.4103/joacp.JOACP_178_18](https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_178_18)

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61).

Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-3a>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61).

Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-4a>

Subramanyam, R., Mahmoud, M., Buck, D. & Varughese, A. (2016). Infusion Medication Error Reduction by Two-Person Verification: A Quality Improvement Initiative.

Pediatrics, 138(6), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4413>

Valeberg, B. T. (2012). Mottak av pasient. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2. utg) (s. 328-333). Oslo: Akribe AS

Wahr, J. A., Abernathy, J. H., Lazarra, E. H., Keebler, J. R., Wall, M. H., Lynch, I. (...) & Cooper, R. L. (2017). Medication safety in the operating room: literature and expert-based recommendations. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 118(1), 32–43.

<https://doi.org/10.1093/bja/aew379>

Wheeler, S. J. & Wheeler, D. W. (2005). Medication errors in anaesthesia and critical care.

Anaesthesia, 60, 257-273. doi:10.1111/j.1365-2044.2004.04062.x

World Health Organization (WHO). (2019). Patient safety fact file. Hentet 29. oktober 2020

fra https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2004). Patient Safety. Hentet 29. oktober 2020 fra

<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

World Medical Association (WMA). (2013, oktober). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet 31. oktober 2020

fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Øien, M. H. (2018, 22. februar). Feil skal feil fordrive. *Sykepleien*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/02/feil-skal-feil-fordrive>

Vedlegg 1: PICO-skjema

PICO:

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Anestesisykepleiere			Erfaringer og opplevelser med feilmedisinering i et anestesiforløp

PICo:

Population	(Phenomenon of) Interest	Context
Anestesisykepleiere	Erfaringer og opplevelser med feilmedisinering	Anesteiforløp

Vedlegg 2: Søketabell

Side 1 av 2

Søke- dato	Søke- numm er	Søkeord/ord- kombinasjoner	Databas e	Antall treff	Leste sammendra g	Leste artikle r	Artikler inkluder t
26/8	1	Anesthesia nursing	CINAHL	1224	0	0	0
26/8	2	Nurse anesthetists	CINAHL	2147	0	0	0
26/8	3	Anesthesiology	CINAHL	6459	0	0	0
26/8	4	Anesthesia	CINAHL	12602	0	0	0
26/8	5	Anesthesiologist s	CINAHL	1468	0	0	0
26/8	6	Perianesthesia nursing	CINAHL	3142	0	0	0
26/8	7	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	CINAHL	24634	0	0	0
26/8	8	Medication errors	CINAHL	13967	0	0	0
26/8	9	7 AND 8	CINAHL	159	89	19	9
26/8	10	Nurse anesthetists	Medline	2725	0	0	0
26/8	11	Anesthesiology	Medline	31492	0	0	0
26/8	12	Anesthesia	Medline	19243 7	0	0	0
26/8	13	Anesthesiologist s	Medline	1088	0	0	0

26/8	14	10 OR 11 OR 12 OR 13	Medline	20993 4	0	0	0
26/8	15	Medication errors	Medline	17522	0	0	0
26/8	16	Medical errors	Medline	11396 9	0	0	0
26/8	17	15 OR 16	Medline	11396 9	0	0	0
26/8	18	14 AND 17	Medline	1359	210	23	11
26/8	19	Nurse anesthesia	PubMed	3682	0	0	0
26/8	20	Anesthesia nursing	PubMed	10438	0	0	0
26/8	21	Nurse anesthetists	PubMed	3129	0	0	0
26/8	22	Anesthesiology	PubMed	22986 1	0	0	0
26/8	23	Anesthesia	PubMed	37242 0	0	0	0
26/8	24	Anesthesiologist s	PubMed	26047	0	0	0
26/8	25	19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24	PubMed	52575 2	0	0	0
26/8	26	Medication errors	PubMed	21650	0	0	0
26/8	29	25 AND 26	PubMed	957	150	30	2

Vedlegg 3: Intervjuguide

Arbeidstittel: Anestesisykepleie og feilmedisinering

Bakgrunn: Feilmedisinering under anestesi kan gi alvorlige følger og kan være en trussel mot pasientsikkerheten.

Formål: Å få økte kunnskaper og forståelse for anestesisykepleierens erfaringer og opplevelser med feilmedisinering i et anestesiforløp.

Problemstilling: *“Hvilke erfaringer og opplevelser har anestesisykepleiere med feilmedisinering av anestesimidler i et anestesiforløp?”*

1. Hva erfaringer har dere med feilmedisinering i et anestesiforløp?
2. Hva erfaringer har dere med prosedyrer og rutiner?
3. Hva situasjoner kan feilmedisinering oppstå i?

Vedlegg 4: Anbefalinger fra NSD

Side 1 av 3

Prosjekttittel

Feilmedisinering i et anestesiforløp

Referansenummer

828139

Registrert

17.12.2019 av Anne Trones - 121086@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Astrid Karin Elde Berland, astrid.berland@hvl.no, tlf: 52702717

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anne Trones/Dani Lalovic, anne.trones@icloud.com, tlf: 90608907

Prosjektperiode

16.12.2019 - 20.06.2020

Status

21.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

21.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 21.1.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

NSD minner om at helsepersonell har taushetsplikt, og dermed ikke kan omtale enkeltpasienter på en måte som gjør dem identifiserbare. I forkant av intervjuene anbefaler vi at deltakerne minnes om sin taushetsplikt og oppfordres til

å omtale sine erfaringer med feilmedisinering på en måte som ikke gjør pasienter identifiserbare, hverken direkte (ved bruk av navn) eller indirekte (gjennom kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.6.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke

lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

Side 3 av 3

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5: Anbefalinger fra personvernombud



Høgskulen
på Vestlandet

28.01.20

Vurdering av mastergradsprosjekt for masterutdanning i klinisk sykepleie, institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Tittel på prosjekt: Feilmedisinering i et anestesiforløp

Prosjektansvarlig: Astrid Karin Elde Berland

Prosjektmedarbeider(e) (student): Anne Trones, Dani Lalovic

Referansenummer NSD: 828139

Dato for prosjektslutt: 20.06.2020

NSD sin vurdering av behandlingsgrunnlag

NSD sin vurdering er at lovlig behandling av personopplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Personvernombudets vurdering av prosjektet

Personvernombudet har gjennomgått dokumentasjon av prosjektet, herunder meldeskjema til NSD, informasjonsskriv, prosjektbeskrivelse, intervjuguide, samt NSD sin vurdering av prosjektet.

Det legges til grunn at studenten i samråd med veileder følger vurderingen til NSD, samt interne retningslinjer for behandling og oppbevaring av personopplysninger ved HVL.

Det legges videre til grunn at veileder og student følger retningslinjer og rutiner ved Helse Fonna for behandling og oppbevaring av personopplysninger.

Personvernombudet godkjenner prosjektet slik det er forelagt.

Med vennlig hilsen

Trine Anikken Larsen

Personvernombud / Avdeling for organisasjonsutvikling og digitalisering / Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 6: Informasjonsskriv

Side 1 av 3

Vil du delta i forskningsprosjektet ***“Feilmedisinering i et anestesiforløp?”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke anestesisykepleieres erfaringer og opplevelser med feilmedisinering i et anestesiforløp. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne undersøkelsen er å få økte kunnskaper om feilmedisinering i et anestesiforløp. På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke følgende problemstilling: “Hvilke erfaringer og opplevelser har anestesisykepleiere med feilmedisinering av anestesimidler i et anestesiforløp?”. Opplysningene som kommer frem vil bli brukt i en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å delta i prosjektet fordi vi ønsker dine erfaringer og opplevelser med feilmedisinering i et anestesiforløp.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du velger å delta i undersøkelsen, innebærer det at du deltar i ett fokusgruppeintervju. Vi ønsker å rekruttere seks til åtte deltagere i fokusgruppen, der det vil bli holdt ett intervju per fokusgruppe. Varighet er planlagt til omtrent 60 minutter per intervju. Det vil bli tatt lydopptak og notater underveis i intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert/slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta

eller senere velger å trekke deg. Din deltakelse vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver. Side 2 av 3

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til innsamlede data er forfattere av masteroppgaven og veiledere.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til dine identifiserbare personopplysninger, f. eks. navnet ditt, vil vi erstatte dette med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på forskningsserver ved Høgskulen på Vestlandet.
- Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.06.20. Ved prosjektslutt vil opptak og eventuelle personopplysninger bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Side 3 av 3

Dersom du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta gjerne kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved anestesisykepleier og masterstudent Dani Lalovic, på e-post danilalovic@gmail.com eller Anne Trones, på e-post anne.trones@icloud.com.

Du kan også kontakte våre veiledere Astrid Karin Elde Berland, på e- post astrid.berland@hvl.no eller Sigrunn Drageset, på e- post sigrunn.drageset@hvl.no.

- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen, på e- post Trine.Anikken.Larsen@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anestesisykepleiere og masterstudenter

Dani Lalovic og Anne Trones

Vedlegg 7: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet feilmedisinering i et anestesiforløp, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 20.06.20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 8: Godkjenning av innhenting av data



Høgskulen på Vestlandet

v/Dani Lalovic

Dykkar ref:

Vår ref:
2020/776 - 15984/2020

Sakshandsamer:

Dato:
27.03.2020

Godkjenning av søknad om innhenting av data

Viser til søknad om godkjenning av innhenting av data for prosjektet «Feilmedisinering i et anestesiforløp». Søknaden er godkjent. Det er ein føresetnad at prosjektet blir gjennomført slik det kjem fram i opplysningane i søknaden.

Kontaktperson for Kirurgisk klinikk:

Kontaktperson for Klinikk Somatikk:

Vennleg helsing

Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og treng inga signatur

Postadresse:

Elektronisk adresse:

Besøksadresse:

Generell informasjon:
Sentralbord:
Org.nr:

Vedlegg 9: Godkjenning av ny sluttdato

NSD Personvern

19.08.2020 13:49

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 828139 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: NSD har vurdert endringen registrert 13.08.2020 Vi har nå registrert 30.11.2020 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet!
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 10: Forfatterbidrag

Under arbeidet med dette prosjektet har vi i stor grad samarbeidet, til tross for at vi ikke bor i nærheten av hverandre. Dette ved hjelp av samarbeidsdokument i Google Docs med samtidig telefonkontakt. Vi har også reist for å møte hverandre på HVL med jevne mellomrom, når det har vært behov for det.

Kapittel	Anne	Dani
Forord	X	X
Sammendrag	X	X
Introduksjon	X	X
Bakgrunn	X	X
Teori	X	X
Tidligere forskning	Halvparten av studiene	Halvparten av studiene
Hensikt og forskningsspørsmål	X	X
Metode	Hovedansvar	Medansvar
Funn	X	X
Drøfting	X	X
Metodediskusjon	Medansvar	Hovedansvar
Konklusjon	X	X
Implikasjoner for praksis og videre forskning	X	X