



Marit Storli, høyskolelektor og cand.polit., Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning

Deler ut medisiner «ved E6»

Hardt arbeidspress, stress og underbemanning kan i verste fall gå ut over pasientsikkerheten.

Det er helt uholdbart at det skal være sånn E6 rundt folk som gjør i stand og leverer ut medisiner til pasientene ...» Denne uttalelsen kom fra en sykepleier i et fokusgruppeintervju om feilmedisinering. Hun var oppgitt over alle forstyrrelsene ved legemiddelutdeling. Deltakerne i intervjuet kom fra ulike akuttavdelinger i sykehus og samtlige nikket gjenkjennende til uttalelsen (1).

Stort ansvar

Utdeling av legemidler er en viktig arbeidsoppgave for sykepleiere som innebærer uttak av legemidler fra medisinskapp, utblanding, utregning og utlevering av legemiddeldosene til den enkelte pasient. Det er avgjørende for resultatet av behandlingen at dette skjer på en korrekt måte. En feilplassering av komma kan bli et spørsmål om liv eller død. Dagens avanserte helsetjeneste har enorme terapeutiske muligheter, samtidig har legemiddelbehandling stort skadepotensial. I akuttavdelinger brukes store mengder høypotente legemidler hvor konsekvensene av unøyaktigheter kan være dødelig for pasienter. Legemiddelbehandling er en kompleks samhandlingsprosess hvor sykepleieren er siste ledd i behandlingsskjeden uten etterfølgende kontrollledd. Sykepleieren kan derfor bli gjort ansvarlig for feil som blir begått tidligere i behandlingsskjeden (2,3).

Liten innflytelse

I fokusgruppeintervjuene ga sykepleierne gjennomgående inntrykk av liten tro på at de kunne påvirke beslutninger og rammebetingelser i egen organisasjon. Selv om de ga tilbakemeldinger om for eksempel emballasjelikhet og fare for forvekslinger ved ulike legemiddelprodukter, opplevde de at legemiddelprodusentene ikke betraktet dem som verdifulle bidragsytere til produktutvikling og kvalitetssikring. Sykepleierne fortalte de måtte «mase» i mange år for å få medisinnrom, og dobbeltkontroll som sikkerhetsrutine ble kuttet ut da det resulterte i for stort arbeidspress på hjelpepleierne (1). Det er nærliggende å spørre hvordan øverste sykehusledelse og politiske myndigheter blir realitetsorientert og ansvarliggjort for rammebetingelser rundt utdeling av legemidler.

E6

Som forhenværende sykepleier og praksislærer i sykehus ble jeg ikke overrasket over å høre denne beskrivelsen av omgivelser som minner om E6. En sosiolog derimot, som intervjuet en av

gruppene, ble nok både overrasket og skremt over beskrivelsen av hva som særpreger omgivelsene for legemiddelutdeling. På slutten av intervjuet spurte han sykepleierne om hva de trodde kom til å skje med flysikkerheten om passasjerene fikk fri tilgang til cockpit? Dette spørsmålet har jeg reflektert mye over. I det følgende vil jeg derfor analysere og prøve å finne svar på: Hvorfor aksepterer sykepleierne å dele ut sterktvirkende medisiner i «Omgivelser som minner om E6»? Utgangspunkt for analysen er materialet fra de omtalte fokusgruppene, relevant litteratur og min egen yrkeserfaring.

Universelt mandat

Pasientsikkerhet er et overordnet mål i den norske helsetjenesten, men blir utfordret av tidspress, ufullstendig bemanning og kompetanse samt svakheter i rutiner og arbeidsmiljø (3, 4). De nordiske velferdsstatene kjennetegnes ved å være tilgjengelig for alle behov, mens grenser er fraværende og ressursene ikke i samsvar med ambisjonsnivået (5). I «Maktens samvittighet» (5) har jeg funnet flere analytiske perspektiver som kan bidra til å forstå hvorfor sykepleierne ikke protesterer på legemiddelutdeling «ved E6».

Å etablere ansvarsgrenser for profesjoner som arbeider tett på brukeren er vrient, særlig for en profesjon som er til stede 24 timer i døgnet. Leger er den eneste profesjonen som har evnet å sette grenser for sin tilgjengelighet i velferdsstaten. Sykepleierne derimot, har nærmest fått et universelt mandat siden velferdsstatens tjenester både skal være tilgjengelig for hele befolkningen og ikke koste noe.

Hardt press

Organisasjonsstruktur begrenser hva ulike profesjonsgrupper har ansvar for. Men når det gjelder sykepleiere fungerer disse som lim i organisasjonen da det ikke er noen generell enighet og tydelig grense for hva som er deres jobb. I USA er det mer legitimt ikke å nå frem til alle, mens i Norge vil det nærmest være en nasjonal skandale om noen ikke får tilgang til en offentlig tjeneste. Dette skaper et voldsomt press på profesjonsutøverne (5). Ifølge Lipsky (6) er statsansatte profesjonsutøvere – eller grasrotbyråkrater, utøvere av politisk makt og skal gjennomføre prioriteringer som politikerne beslutter. Etisk vanskelige prioriteringer blir overlatt til de som arbeider nærmest pasientene da ingen med politisk ansvar ønsker å bli ansvarliggjort for upopulære valg. Grasrotbyråkratene utvikler strategier for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Legemiddel
- » Medisinhåndtering
- » Arbeidsmiljø





å håndtere disse dilemmaene, og av og til må de «ta snarveier for å overleve».

Ifølge Chambliss (7) har sykepleiere i sykehus en spesiell funksjon som de selv ofte opplever som motsetningsfylt. De er underordnet, samtidig skal de både være omsorgsperson og profesjonell fagperson med ansvar for legemiddelutdeling. Det siste krever spesiell kompetanse og gir status. Chambliss beskriver hvordan sykepleiere i store sykehusorganisasjoner endrer seg fra å være moralsk bevisste til å bli rutinstyrte, med redusert evne til individuell behandling av pasienter. Travelhet og pressete situasjoner gjør at sykepleierne ikke stopper opp og reflekterer.

Maktens samvittighet

Lønning (8) beskriver samvittigheten som en universalfunksjon og et organ for sunn selvkritikk som verner om menneskets medmenneskelighet. Samvittigheten er kulturelt betinget siden den er sosialisert gjennom foreldre, familie, skole og utdanning. Skammen er selvforaktens nære slektning, og enkeltindivider som blir pådyttet skam fra de kulturelle omgivelsene skaper negative følelser. Skammen rommer skyld, selvbebreidelse, fostrer selvopptatthet og selvmedlidenhet (8, 9).

Ved feilmedisinering vil det ofte oppstå en umiddelbar reaksjon i samvittigheten hos den enkelte sykepleier. Denne reaksjonen kan være en form for sanksjonsangst da samfunnet innehar spesifikke forventninger til helsepersonell og sykepleierollen. Hjort (2:19) forklarer dette med etterkrigstidens drøm om en

perfekt helsetjeneste bemannet med perfekt helsepersonell. Dette kan påvirke sykepleiernes selvoppfatning slik at de prøver å fremstå som overmennesker som ikke gjør feil og tåler det meste. Avviksmeldinger og avvikshåndtering er verktøy som skal forebygge feilmedisinering, forutsatt at feil meldes. Å rapportere feil kan være vanskelig fordi det skaper dårlig samvittighet, spesielt i miljøer der feilhandlinger forties og betraktes som tabu. Leira (9) forklarer tabu som forbudt kunnskap. Feilhandlinger genererer lett dårlig samvittighet. Dette gjør det mulig å misbruke avviksmeldinger som en hersketeknikk, tatt i betraktning det asymmetriske forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Åpen kultur

Dilemma kan skape grobunn for dårlig samvittighet som igjen forhindrer profesjonsutøverne i å kommunisere oppover i organisasjonen (5). Ifølge psykologen Paul Hauch (10:44) kan

STORT ANSVAR: Legemiddelhåndtering er en kompleks samhandlingsprosess. Sykepleier er siste ledd i denne kjeden og kan derfor få ansvaret for feil, også dem som er begått av andre. Foto: Geir Kallestad/Scanpix.

En feilplassering av komma kan bli et spørsmål om liv eller død.

du, ved å påføre andre dårlig samvittighet eller skyldfølelse, få like sterk kontroll over dem som om du sto med en revolver i hånden. Er dette tilfelle, blir det lett å forstå den sterke kontrollen myndighetene får over sykepleierne ved å desentralisere



prioriteringer og maktutøvelse. Profesjonsutøvere, og særlig en profesjonsgruppe som bærer på mye dårlig samvittighet, lar seg lett kontrollere og manipulere. Hjort (2) påpeker at det er viktig å skape en åpen kultur hvor ledelsen erkjenner menneskets feilbarlighet. Dette motvirker at avviksmeldesystemet dyrker frem dårlig samvittighet og tilhørende negativ kontroll.

Et kulturhistorisk perspektiv

Boken «Lydige slaver» kan belyse sykepleieprofesjonen fra et kulturhistorisk perspektiv. Den beskriver hvordan forrige generasjons sykehusmiljø for sykepleiere og elever var preget av autoritær disiplin og strengt sykehushierarki. Legene var «gudene» mens sykepleierne måtte være «lydige slaver» (11). Materialet fra fokusgruppene forteller om sykepleierne som tar ansvaret for legemiddelbehandling, mens legen har ansvaret (1). Ifølge Vike m.fl. (5) preges i særdeleshet sykepleiere av «ansvarsoversvømmelse» og skiller seg fra andre yrkesgrupper ved sterk moralsk

Dersom sykepleiere blir mer bevisst på at andre profesjoner også gjør feil, vil de få en sunnere holdning til at de selv gjør feil.

selvjustis og selvgransking. Ifølge Hernes (5) bidro utbygging av velferdsstaten til at kvinner som ansatte gikk fra å være styrt av menn til å bli styrt av Staten. Er det slik at mens det før var legen, så er det nå velferdsstaten med sin grenseløshet som representerer «plantasjeeieren» for de «lydige slaverne»?

Kjønnsmyter

Så vel yrkesmytene som kjønnsmytene kan fungere som effektive orienteringsmekanismer for å illustrere hva samfunnet forventer av sykepleierne. Borchgrevink (12) reiser følgende spørsmål: Likestillingsloven er i pakt med gjeldende rettsoppfatning og jus i Norge, men er det riktig å si at den er i pakt med «native culture»? Er det ikke slik at likestillingens hensikt er brudd med en kultur? Kan kvinnedominansen i sykepleie, kombinert med en paternalistisk kultur med et strengt hierarki, bidra til at relasjonen mellom lege og sykepleier ikke organiseres som et likeverdig samarbeid? Likestilling handler ikke bare om å utjevne følger av biologiske forskjeller, men også om å fjerne begrensende kulturelle forventninger. I dette perspektivet blir kjønn en viktig analytisk dimensjon som kan bidra til å forstå sykepleiernes manglende protest mot å dele ut medisiner «ved E6».

Sikkerhetskultur

Sammenligninger av ulike profesjoner med stort ansvar for andres sikkerhet der majoriteten av utøverne enten er kvinner

eller menn, for eksempel piloter og sykepleiere, viser forskjeller i sikkerhetskultur.

Luftfarten er det store forbildet for helsetjenesten med tanke på sikkerhet (3, 4). Pilotens oppmerksomhet blir ikke forstyrret av passasjerer som ønsker drikke, trenger trøst eller hjelp til å kle på seg. Pilotene ville sannsynligvis heller aldri gitt passasjerene fri adgang til cockpit. Sykepleierne i fokusgruppene fikk ikke gehør da de ga tilbakemeldinger om utstyr som representerte en sikkerhetsrisiko. Konsekvensene var at de etter beste evne improviserte ved for eksempel å klippe av intravenøse slanger eller merke utstyret for å unngå feilmedisinering. Til sammenligning vil vel et fly med defekt høydemåler bli satt på bakken i stedet for at pilotene «begynner å mekke» på utstyret.

Stress

Sexton m.fl. (13) sammenlignet innvirkning av stress og tretthet hos personell i intensivbehandling og luftfart. Mens piloter innrømte og tok hensyn til at stress påvirker sikkerhet, innrømte helsepersonell i liten grad at stress var et problem. En artikkel i Aftenposten (14) viser at sykepleiere er de arbeidstakere som i jobbsammenheng er mest utsatt for tidspress og belastninger, men Sextons undersøkelse tyder på at de selv er lite bevisst på sammenhengen mellom stress og pasientsikkerhet. Myhre (15) hevder at årsaken til høy sikkerhet i luftfarten i første rekke er basert på et nitid arbeid med å utarbeide regler og prosedyrer, foruten trening på disse. Risikoområder har blitt kartlagt gjennom rapportering, og enhver hendelse som kan forventes har blitt analysert og ivarettatt i form av regler og prosedyrer. Grøndal (16) mener at systemperspektiver er bedre innarbeidet i luftfarten enn i helsevesenet. Dette gjør at personalet i luftfart er mer villig til å gjøre en innsats for å ivareta sikkerheten. Dersom sykepleiere blir mer bevisst på at andre profesjoner også gjør feil, vil de få en sunnere holdning til at de selv gjør feil. De vil i tillegg bli mindre selvbebreidende og få et mer realistisk syn på ansvars- og skyldforhold i forbindelse med feilmedisinering (2).

Avslutning

Den høye sykmeldingsstatistikken og opphopning av belastningslidelser hos helsepersonell tyder på at sykepleiere trenger å få redusert belastninger i jobben (14). Vike (17) omtaler helse- og sosialsektoren som arbeidslivets tredje verden. Forventninger til sykepleierne om å opptre som overmennesker svekker sannsynligvis pasientsikkerheten. Det er behov for en mer realistisk fremstilling av sykepleierollen, hvor det erkjennes at sykepleiere er underlagt de samme menneskelige begrensninger i evner og ufeilbarlighet som andre yrkesgrupper. Dette vil sannsynligvis også bedre pasientsikkerheten. Økt sikkerhet kan man oppnå gjennom å utvikle sikkerhetssystemene i form av bedre rutiner og prosedyrer samt forbedre den komplekse samhandlingsprosessen (3, 4). ■■■

LITTERATUR

1. Storli M. Feilmedisinering i sykehus – organisasjonskulturens påvirkning. *Vård i Norden* 2008; 3: 19–23
2. Baker H, Napthine R. Nurses & medication: A literature review. Australia: Australian Nursing Federation – Publications unit, 1994.
3. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet, 2004.
4. Aase K. Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
5. Vike H, m.fl. Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
6. Lipsky M. Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in Public Service. New York: Russel Sage Foundation, 1980.
7. Chambliss DF. Beyond Caring. Hospitals, Nurses, and the social Organization of ethics. Chicago: Chicago University Press, 1996.
8. Lønning P. Ubefag, skam, skyldbevissthet, anger. *Nordisk tidsskrift for palliativ Medisin* 2003; 1: 36–41.
9. Leira HK. Det gode nærvær. Kulturens psykologiske betydning. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
10. Hauch P. Bygg opp din selvtillit. Oslo: Dreyers Forlag A/S, 1984.
11. Korsmo-Baugstø A. *Lydige slaver*. Bergen: Alma mater forlag A/S, 1995.
12. Borchgrevink T. Likestilling, det flerkulturelle demokratiets hodepine, i Sand i maskineriet, makt og demokrati i det flerkulturelle Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
13. Sexton BJ, Thomas EJ, Helmreich R L. Errors, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320: 745–749.
14. Gimmestad J. På helsen løs for sykepleiere. Særlig utsatt for psykiske plager. Artikkel i Aftenposten 25. mars 2010.
15. Myhre G. Flypsykologi: menneskelige faktorer under operative forhold. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
16. Grøndal IL. Helsevesenet trenger en medisinsk havarikommisjon. *Tidsskrift Nor Lægeforen* 2002; 122:1238.
17. Dolonen KA. Pleie- og omsorgssektoren er arbeidslivets tredje verden. *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 2/2010; 2: 58.