



Tillit bland vårdpersonal vid läkemedelsadministrering

Irene Lampinen

Examensarbete
Barnmorska
2018

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska
Identifikationsnummer:	
Författare:	Irene Lampinen
Arbetets namn:	Tillit bland vårdpersonal vid läkemedelsadministrering
Handledare (Arcada):	Anu Grönlund
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Syfte med detta arbete var att utreda tillitens betydelse bland vårdpersonal då det kommer till läkemedelsadministrering. Strävan var att besvara på frågan om hur påverkar tilliten bland kollegorna läkemedelsadministreringen. Som metod valdes integrativ litteraturstudie, för att kunna garantera en mer djupare och mångsidig inblick gällande ämnet. Även möjliggjorde valet en bredare skala med möjligheter för insamling av material ur flera olika källor. Materialet baserade sig både på vetenskapliga och ickevetskapliga texter samt artiklar. Materialet gallrades och bearbetades noggrant igenom, samt gjordes detaljerade beskrivningar på arbetsprocessen för att försäkra möjligheterna för upprepning av arbetet. Resultatet grundade sig på 6 vetenskapliga texter, 4 trådar från diskussionsforum och 4 artiklar ur vardagstidningar. Resultaten bevisade tydligt, att den viktigaste komponenten inom läkemedelsadministreringen var tilliten, både bland kollegor och mot sig själv. Men att kunna uppnå god tillit gentemot kollegor och sig själv, krävde flera olika delkomponenter. Även presenterade resultaten tydligt, att en god och trygg läkemedelsadministrering grundade sig på olika grundstenar, som sedan krävde ett gott samspel sinsemellan. Resultaten grupperades i olika underrubriker för att tydliggöra problematikens olika dimensioner. Underrubrikerna var följande: tillit, kommunikation, samarbete och kollegialitet samt läkemedelsadministrering och avvikelser. Arbetet och resultaten gav en bredare bild på problematiken i sin helhet. Tanken var att fördjupa sig enbart i syftet och frågeställningen, men ju mer man bearbetade tematiken, desto djupare bild fick man om dess mångsidighet, vilket försvårade betydligt begränsandet av arbetet. Arbetet gav flera olika möjligheter för en fortsatt forskning och en tydlig bild på hur krävande, aktuellt och känsligt ämne det egentligen är inom vården. Resultaten bidrar till ett mer mångsidigt tankesätt gällande tillitens påverkan bland kollegor inom läkemedelsadministrering. Då man förstår alla komponenter som påverkar tilliten bland kollegor, kan man börja sträva till en mer trygg läkemedelsadministrering och senare öka patientsäkerheten genom sina handlingar.</p>	
Nyckelord:	Litteraturstudie, Tillit, Kommunikation, Samarbete, Kollegialitet, Läkemedelsadministrering, Läkemedelsavvikelse
Sidantal:	59
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kättilö
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Irene Lampinen
Työn nimi:	Tillit bland vårdpersonal vid läkemedelsadministrering
Työn ohjaaja (Arcada):	Anu Grönlund
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Työn tavoite oli selvittää hoitohenkilökunnan välisen luottamuksen merkitys lääkehoi- dossa. Pyrkimyksenä oli saada vastaus siihen, miten kollegoiden välinen luottamus vai- kuttaa lääkehoitoon. Työn menetelmäksi valikoitui integratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka mahdollisti syvemmän ja monipuolisemman katsauksen valikoituun aiheeseen. Va- linta myös mahdollisti tiedonkeruun erilaisista lähteistä. Aineistoa kertyi niin tieteelli- sistä kuin arkitietoon perustuvista teksteistä ja artikkeleista. Aineistoa karsittiin ja käsi- teltiin tarkoin, sekä prosessista tehtiin yksityiskohtainen kuvaus, jotta työn mahdollinen toistaminen onnistuisi. Tulokset perustuivat lopulta 6 tieteelliseen tekstiin, 4 keskustelu- foorumin keskusteluun ja 4 iltapäivälehdessä artikkeliin. Tulokset toivat selkeästi esiin, että tärkein tekijä lääkehoidossa on luottamus, niin kollegoita kuin itseään kohtaan. Hyvä luottamus kollegoita ja itseään kohtaan perustui kuitenkin moniin eri osatekijöihin. Tu- lokset toivat myös selkeästi julki, että hyvä ja turvallinen lääkehoito perustui peruspila- reihin, joiden yhteistyö toimi saumattomasti. Tulokset jaettiin vielä alaotsikoihin, sel- keyttämään aiheen eri ulottuvuuksia. Alaotsikot olivat seuraavanlaiset: luottamus, kom- munikaatio, yhteistyö ja kollegiaalisuus sekä lääkehoito ja poikkeamat. Työ ja tulokset antoivat entistä laajemman kuvan aiheesta. Ajatus oli syventyä ainoastaan työn tavoitteen- seen ja kysymykseen, mutta mitä laajemmin aiheeseen syvenyi, sitä selkeämpi kuva ai- heen monipuolisuudesta muodostui ja sitä hankalammaksi aiheen rajoittaminen kävi. Työ antoi monia mahdollisuuksia tuleville tutkimuksille ja piirsi selkeämmän kuvan siitä, kuinka haastava, ajankohtainen ja arkaluonteinen aihe on hoitotyössä. Tulokset myötävaikuttavat monipuolisempaan ajatusmaailmaan kollegoiden luottamuksen merki- tyksestä lääkehoidossa. Kun ymmärtää kaikkia kollegoiden luottamukseen vaikuttavia osatekijöitä, voi hiljalleen pyrkiä turvallisempaan lääkehoitoon ja sitä kautta lisätä poti- lasturvallisuutta omalla toiminnallaan.</p>	
Avainsanat:	Kirjallisuuskatsaus, Luottamus, Kommunikaatio, Yhteistyö, Kollegiaalisuus, Lääkehoito, Lääkehoidon poikkeamat
Sivumäärä:	59
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	Introduktion	6
2	Bakgrund.....	7
2.1	Säkerhet.....	7
2.2	Läkemedelssäkerhet	8
2.2.1	<i>Läkemedelvårdsplan</i>	<i>10</i>
2.2.2	<i>Läkemedelvårdsprocess</i>	<i>11</i>
2.2.3	<i>Att dela och förvara läkemedel.....</i>	<i>11</i>
2.3	Farohändelser och läkemedelsavvikelser	12
2.4	Förebyggandet av läkemedelsavvikelser	15
2.4.1	<i>Dubbelkontroll</i>	<i>16</i>
2.4.2	<i>NINE RIGHTS</i>	<i>17</i>
2.4.3	<i>ISBAR.....</i>	<i>18</i>
2.5	Rapportering och dokumentering	19
2.6	Grunder för fungerande vårdarbete.....	20
2.6.1	<i>Tillit.....</i>	<i>20</i>
2.6.2	<i>Kollegialitet.....</i>	<i>21</i>
2.6.3	<i>Etiska principer.....</i>	<i>22</i>
2.6.4	<i>Sjukskötarens ansvarsområden inom läkemedelsvården</i>	<i>23</i>
3	Litteraturoversikt.....	24
3.1	Samarbete.....	25
3.2	Vårdfel.....	25
3.3	Sjukskötarens kunskapsnivå	27
3.4	Tillitens betydelse i organisationen	28
3.5	Kunskap inom läkemedelsvård	28
3.6	Kommunikation, ansvar och risker	29
4	Teoretisk referensram.....	31
5	Syfte och frågeställning.....	33
6	Etisk reflektion.....	33
7	Metod.....	34
7.1	Definition av dilemmat.....	35
7.2	Informationssökning	36
7.3	Utvärdering av material	40
7.4	Analys av material.....	41
7.4.1	<i>Diskussionsforum.....</i>	<i>41</i>

7.4.2	Artiklar ur vardagstidningar	43
8	Resultat	43
8.1	Tillit	45
8.2	Kommunikation.....	45
8.3	Samarbete och kollegialitet	46
8.4	Läkemedelsadministrering och avvikelser.....	46
8.5	Sammanfattning	47
9	Diskussion	48
9.1	Resultat	48
9.2	Den teoretiska referensramen.....	49
9.3	Litteraturoversikt.....	49
9.4	Metod	51
9.5	Sammanfattning	51
10	Kritisk granskning	52
11	Implikationer för fortsatt forskning	53
Källor	54

Figurer

Figur 1. Sammanfattning på resultaten.....	47
--	----

Tabeller

Tabell 1. Beskrivning på det utvalda vetenskapliga materialet.....	38
Tabell 2. Sammanfattning på de valda vetenskapliga materialet.....	44
Tabell 3. Sammanfattning på de valda diskussionstrådarna.....	44
Tabell 4. Sammanfattning på de valda artiklarna ur vardagstidningarna.....	44

1 INTRODUKTION

Detta arbete kommer att beröra säkerhetskulturen inom vården ur vårdpersonalens synvinkel. Arbetet är en del av Arcadas projekt gällande säkerhetskultur och tar upp ett känsligt men aktuellt tema gällande tilliten inom läkemedelssäkerheten i vården. Arbetet påbörjades i en större grupp med Janica Ahonen och Petra Stenbäck, men uppdelades senare i två separata delar som tangerar samma fenomen ur olika perspektiv. I detta arbete kommer flera olika aspekter att tas upp som påverkar säkerheten och tilliten vid läkemedelsadministrering. Bakgrunden behandlar säkerhet på olika nivåer, men har fokus på läkemedelssäkerhet och dess olika komponenter. Även tillit, kollegialitet och kommunikation inom vården tas upp.

Tillit gentemot kollegan inom läkemedelsadministrering är ett väldigt aktuellt och återkommande ämne som sällan diskuteras. Ämnet i sig är relevant på grund av den bristande diskussionen. För att kunna förbättra säkerheten inom vården, speciellt inom läkemedelsadministrering, bör man diskutera om ämnet och genom diskussion öka tilliten bland vårdpersonalen. Reina och Reina beskriver tilliten som en tre delad process, där den andra delen fokuserar sig enbart på kommunikation och diskussion bland människor. Enligt Reina och Reina baserar sig delen på att människor vill dela information med andra, tala sanning, vara pålitliga, basera diskussioner på en god grund samt framför allt ge konstruktiv feedback och våga medge sina egna misstag. Tillit som baserar sig på kommunikation strävar till en öppen informationsgång. (Reina & Reina, 1999)

Temat för arbetet valdes på basen av dess aktualitet och påverkan inom vården. Ämnet har även forskats väldigt lite och tillgången till material gällande ämnet är bristfällig. Bristen på forskning och material tyder på att ämnet är väldigt känsligt och behöver diskuteras, vilket fungerar som bra motiv för arbetet. Personligen anser jag som skribent att ämnet är ett väldigt mångdimensionellt och krävande, men samtidigt givande och ger en möjlighet för utveckling, speciellt inom säkerhetskulturen. Misstag inom läkemedelsadministrering är ändå alltid allvarliga och bör diskuteras öppet inom enheten, men hur kan man öka tilliten bland vårdpersonalen vid läkemedelsadministrering och varför är tilliten så viktig? Jag hoppas att detta arbete öppnar mer tillitens betydelse bland

vårdpersonal inom läkemedelsadministreringen för att kunna påverka och utveckla samt stöda säkerhetskulturen inom vården i framtiden.

2 BAKGRUND

Detta kapitel kommer att tangera säkerhet ur läkemedelvårdens synvinkel. Även tas grundstenar för fungerande vårdarbete upp som en del av bakgrunden. Till de stora teman hör läkemedelssäkerhet och dess olika nivåer, tillit som fenomen samt kollegialitetens och etikens påverkan på vårdarbetet.

”Läkemedelvården är en stor del av patientens vårdhelhet. God vård och gott bemötande inom läkemedelsvården innebär att patienten får exakt den läkemedelsvård hen behöver samt bör läkemedelsvården minska smärtan och öka välmåendet.” (Veräjänkorva et. Al., 2006)

2.1 Säkerhet

Enligt WHO (World Health Organization) handlar säkerhet om en komponent som skyddar från olika farokomponenter. Farokomponenter kan i sin tur handla om förhållanden eller verksamhet som ökar risken för en försämrad säkerhet. (World Health Organization, 2007)

Säkerhet är ett fenomen som går att definiera på flera olika sätt. Traditionellt brukar säkerhet definieras som ett fenomen där det inte sker fel, alltså en osäker systemfunktion. Då säkerhet definieras som något där det inte sker fel eller något där fel inte finns, fokuserar man ofta på de som gått fel eller kan gå fel. De leder i sin tur till att man söker efter orsakerna varför det gick fel, för att kunna förebygga möjliga liknande situationer så att samma fel inte sker om. Den traditionella definitionen på säkerhet innebär alltså att man strävar till att eliminera orsakerna till de olika oönskade händelserna för att garantera säkerheten. (Ödegård, 2013, s. 390-392)

Ett annat sätt att definiera säkerhet är att sträva till att säkerställa så att så mycket som möjligt går rätt till. Det är alltså frågan om en säker systemfunktion. Genom att förbättra verksamheten och systemet underlättar man arbetet och på så sätt ökar säkerheten. Då

man tar i hänsyn både osäkra och säkra systemfunktioner ökar säkerheten märkvärdigt. När man strävar till att minska de oönskade händelserna och förbättrar vid sidan om för-
mågan att hitta rätt resultat under varierande förhållanden, blir säkerheten mer säker.
(Ödegård, 2013, s. 390-392)

Säkerhet går även att dela i inre och yttre säkerhet. Den inre säkerheten handlar inom
vården om patientens egen upplevelse av säkerhet. Den inre säkerheten påverkas av flera
olika komponenter bland annat smärta, rädsla, vårdingrepp, självbestämmanderätt samt
funktionsförmåga. Genom att man respekterar patientens integritet ökar säkerhetskänslan
hos patienten. (Anttila et. Al., 2007)

Den yttre säkerheten handlar om miljö, planering och utrustning. Då vården planeras och
utförs väl samt då miljön är säker, ökar också den yttre säkerheten. Den yttre säkerheten
är mer synlig för patienten och kan uttrycka sig genom patientarmband, ringklocka eller
ett hjälphandtag. (Anttila et. Al., 2007)

Även en professionell vårdare har en stor inverkan på patientens säkerhetsupplevelse.
Patienten litar på vårdarens kunskap och utbildning, dock är det viktigt att patienten har
en känsla av att hen involveras in i vårdkedjan och att hen kan påverka sin egen vård
genom diskussion och olika alternativ. På så sätt respekteras patientens självbestämman-
derätt och då ökar även säkerheten. (Anttila et. Al., 2007)

2.2 Läkemedelssäkerhet

*”Med läkemedelslagen (395/1987) och – förordningen (693/1987) strävar man till att
underhålla och öka läkemedelssäkerheten och trygga läkemedelsanvändningen. Lagen
försäkrar även ändamålsenlig produktion och tillgänglighet i landet.” (Taam-Ukkonen
& Saano, 2010)*

Läkemedelsadministrering styrs strikt av olika lagar, förordningar och normer. Genom
dem strävar man till en trygg och säker samt jämlik läkemedelsvård. För en säker läke-
medelsadministrering bör vårdpersonalen känna till de olika reglerna och anvisningarna.

Läkemedelsadministrering övervakas och utvecklas av offentliga myndigheter som till exempel Social och hälsovårdsministeriet, Valvira, THL och Fimea. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Läkemedels säkerhet handlar om läkemedels farmakologiska egenskaper, att utvärdera och känna till läkemedels inverkan och egenskaper. Hög kvalitet i tillverkningsprocessen, märkning av produkter och produktinformation hör också till läkemedelssäkerheten. Enligt patientsäkerhetsförordningen är arbetsgivaren skyldig att säkerställa regelbundet att vårdarna behärskar arbetsuppgifterna. Även kräver en säker läkemedelsadministrering ständig uppdatering och utveckling i vårdarens kompetens genom bland annat tilläggs skolning. Alla som deltar i läkemedelsadministrering är skyldiga att rapportera vid riskhändelser samt främja på så sätt läkemedelssäkerheten. Att stötta och utveckla läkemedelssäkerheten överlag ökar social- och hälsovårds kvalitén och gör det lättare att kontrollera risker. Läkemedelssäkerheten är också ett ständigt utvecklingsmål tack vare WHO:s patientsäkerhetsprogram. (Finlex, 2010, A, Inkinen et. Al., 2015, Stakes & Rohto, 2007, Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Läkemedelssäkerhet och **läkemedelsadministreringssäkerhet** är centrala komponenter inom **läkemedelsvårdssäkerhet**. **Läkemedelssäkerhet** handlar om själva läkemedlet, dess farmakologiska egenskaper, igenkännbarhet, produktion och hög kvalitet. Hur säkert läkemedlet är och hur tryggt är det att använda preparatet. Läkemedlets säkerhet undersöks ständigt både före och efter bruk. Användningen av läkemedlet och läkemedelsvård är i sin tur komponenter inom **läkemedelsadministreringssäkerhet**. I läkemedelsadministreringssäkerheten ingår bland annat läkemedelsrådgivning, utdelning och förberedning av läkemedel, olika läkemedelsavvikelser och missförstånd. Läkemedelsadministreringssäkerhet handlar också om principer och verksamhet som försäkrar läkemedelssäkerheten och skyddar patienten från skada. De innebär också åtgärder vid skadehändelser inom läkemedelsadministrering. Åtgärderna bör förebygga, undvika och korrigera skadehändelserna. (Anttila et. Al., 2007, Stakes & Rohto, 2007, Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Veräjänkorva et. Al., 2006)

Uppföljning, dokumentering och rapportering av läkemedelsinverkan, biverkningar och kombinationseffekt berör hela vårdpersonalen. För att kunna garantera en säker

läkemedelsadministration bör vårdaren känna till hur man förvarar läkemedel rätt, syfte med själva preparatet och dosering samt de olika biverkningar. En centrerad läkemedelsadministrering gör det lättare att upptäcka kombinationseffekt samt hamnar färre läkemedel i spillo. (Anttila et. Al., 2007, Stakes & Rohto, 2007, Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Veräjänkorka et. Al., 2006)

Läkemedelsadministrerings ansvaret går att dela i fyra olika delar.

1. Läkaren ansvarar alltid för läkemedelsordinationen och läkemedelsadministreringen.
2. Vårdpersonalen ansvarar om att läkemedelsadministreringen sker enligt läkarens direktiv
3. Läkare och vårdpersonal ansvarar tillsammans om bedömningen av läkemedelsbehovet och läkemedlets inverkan samt rådgivningen.
4. Varje vårdare bär ansvaret av sitt handlande.

(Anttila et. Al., 2007)

Alla som deltar i läkemedelsadministrering är skyldiga att rapportera vid riskhändelser samt främja läkemedelssäkerheten. (Inkinen et. Al., 2015)

2.2.1 Läkemedelvårdsplan

Social och hälsovårdsministeriet kräver en läkemedelvårdsplan för att utveckla läkemedelsadministreringen och stöda läkemedelsvården i praktiken. En välgjord läkemedelvårdsplan innehåller alla instruktioner för läkemedelsadministreringen på en viss avdelning. Utgångspunkten för varje läkemedelvårdsplan är patienternas läkemedelsbehov. På så sätt kan man kartlägga kunskap och vårdar behovet, vilket ökar läkemedelssäkerheten. Varje avdelning bör ha en egen läkemedelvårdsplan som beskriver arbetsfördelningen och uppgifterna bland vårdpersonalen samt ansvarsområden och krav. Genom en välgjord läkemedelvårdsplan garanteras en säker läkemedelsadministrering av hög kvalitet. Läkemedelvårdsplanen är en del av kvalitet och patientsäkerhetsplanen. (Anttila et. Al., 2007, Inkinen et. Al., 2015, Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Valvira, 2018)

2.2.2 Läkemedelvårdsprocess

Läkemedelvårdsprocessen innefattar allt från läkemedelsordination till olika biverkningar och uppföljning. Varje patient har en egen läkemedelvårdsprocess på basen av deras individuella behov. Processen påbörjas alltid genom att man tar reda på patientens tidigare medicinering och vilka läkemedel patienten använder för tillfället. All information gällande medicinering dokumenteras noggrant. Efter det undersöker läkaren patienten, bedömer läkemedelsbehovet och dokumenterar sitt beslut. Om enheten inte har läkemedlet beställer man det från sjukhusapotek eller läkemedelscentrum. Då läkemedlet finns till hands förbereds det och delas ut enligt enhetens principer samt läkemedelsinstruktioner. Förän läkemedlet ges åt patienten bör vårdaren varje gång granska att rätt patient får rätt läkemedel genom namn, socialskyddssignum och patientarmband. Efter det ges läkemedlet enligt instruktionerna och samtidigt bör vårdaren handleda patienten vid behov. Läkemedlet dokumenteras och läkemedlets inverkan samt möjliga biverkningar följs upp. Då patienten hemförlovas eller om hen hör till hemvårds distrikten, bör vårdaren alltid handleda patienten med både läkemedelsanvändningen och uppföljningen av möjliga biverkningar. På så sätt garanteras en säker läkemedelsadministrering. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

2.2.3 Att dela och förvara läkemedel

”Läkemedel bör förvaras i ursprungsförpackningar och inga ändringar får göras på förpackningen. Vid behov kan man markera datumet då läkemedlet öppnats. Samt skall temperaturen vara passlig och läkemedlet skall skyddas av både ljus och fukt. Även bör in- värtets och utvärtets användbara läkemedel förvaras skilt. Före läkemedelsadministrering skall läkemedlets förfallodag alltid granskas. Då läkemedel föråldras kan des kemiska, fysikaliska samt mikrobiologiska egenskaper ändras”. (Anttila, et. Al., 2007)

En säker, ändamålsenlig och effektiv läkemedelsvård grundar sig på rätt och uppdaterad information om patientens läkemedel. Läkemedel skall delas ut i en lugn miljö. Då man delar ut läkemedel bör man kolla att rätt patient får rätt läkemedel och dos i rätt tid. Patienten bör bli identifierad varje gång innan läkemedel ges åt hen. Vårdaren skall även gå igenom med patienten vilket läkemedel hen får och varför det ges. Vårdaren ansvarar

också för att patienten tar läkemedlet rätt. (Anttila, et. Al., 2007, Inkinen, et. Al., 2015, Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

För att trygga läkemedelsdelningen har olika enheter olika system. Läkemedelsordinationen står ofta på doseringskort och delningen sker i färgkodade läkemedelsglas, dossetter eller påsar. Läkemedel delas alltid i patientmässiga portioner enligt en relevant och granskad läkemedelslista. (Anttila, et. Al., 2007, Inkinen et. Al., 2015)

Vårdpersonal som deltar i läkemedelsadministrering bör känna till läkemedelsinverkan på kroppen, kroppens fysiologi och ha en baskunskap av de sjukdomar som vårdas med läkemedlen. Vårdaren bör även vara bekant med de olika läkemedelsformerna och preparat samt deras egenskaper. Man skall även klara av att hantera, förvara och förstöra läkemedel rätt. Vårdpersonalen bör ha baskunskap av de juridiska och etiska aspekterna gällande läkemedel och läkemedelsadministrering. För att garantera en säker läkemedelsadministrering skall vårdpersonalen klara av läkemedelsräkning och upprätthålla sina kunskaper med bland annat tentamen mellan 2–5 år. Att förstå betydelsen med läkemedelsadministrering är en betydande del av vårdhelheten. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

2.3 Farohändelser och läkemedelsavvikelser

Enligt nationella utredningar råkar 1/10 patienter ut för vårdfel, var av 1-2 % är grava fel. Ungefär 1/1000 patienter dör eller skadas beständigt. Läkemedelssäkerheten kan förbättras genom olika system som gör det lättare att upptäcka brister i miljön, vårdprocesserna och vårdverksamheten samt möjliggör förebyggandet av mänskliga misstag. I Finland använder hälsovården HaiPro för att samla information om farohändelser (vaaratapahtuma). Uppföljningen av händelserna möjliggör utvecklingen av de metoder som orsakar läkemedelsavvikelser och vårdfel. Upp till hälften av farohändelser kunde stoppas genom att förutse situationer, organiserat uppfölja verksamheten samt lära sig av riskhändelser (läheltä piti-tilanne). (Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2011)

Farohändelser handlar om situationer som äventyrar patientens säkerhet och som skadar eller kan orsaka skada till patienten.

Farohändelser delas i två kategorier, riskhändelser och skadehändelser (haittapahtuma). Riskhändelser handlar om situationer där patienten inte blir skadad men skadan är nära på att ske, medan skadehändelser handlar om situationer där patienten blir skadad genom läkemedelsavvikelse eller patientskada. Då det sker en farohändelse på enheten, bör man direkt eliminera faran och minimera dess inverkan. Då olika avvikelser sker bör man alltid dokumentera de som skett. (Inkinen, et. Al., 2015, Kinnunen et. Al., 2009, Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, Veräjänkorva et. Al., 2006)

Farohändelser kan förebyggas genom att samla information om tidigare händelser och genom att utreda risksituationer och använda olika metoder som försäkrar säkerheten. Då man har tillräckligt med information om farohändelser kan man utveckla vårdmiljön och vårdprocessen för att öka både patient- och läkemedelssäkerheten. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013, Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Veräjänkorva et. Al., 2006)

Farohändelser kan förebyggas genom olika metoder. Till metoderna hör bland annat konstanta metoder, strukturerade och systematiska verbala rapporter, dubbelkontroll, checklistor, patientarmband samt samarbete. Konstanta metoder handlar om försäkringsrutiner som används vid kommunikation inom läkemedelsvården. Ett bra exempel på försäkringsrutiner är att vårdaren upprepar läkarens läkemedelsordination. Strukturerad och systematisk verbal rapport minskar brister inom vårdpersonalens kommunikation. ISBAR metoden representerar en metod som framför informationen alltid klart och tydligt på samma sätt. Gott samarbete inom vårdpersonalen handlar om att man hjälper, rättar till, stöttar och granskar varandras arbete vid läkemedelsvården och olika handlingar. På så sätt minskar risken betydligt för farohändelser. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Enligt undersökningarna upplever vårdarna farohändelserna inom läkemedelsadministrering som oroväckande och vårdarna är rädda för att orsaka avvikelser. Vårdarna hoppas också på att kunna diskutera mer öppet om komponenter som försämrar säkerheten utan att bli stämplade som okunniga. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

Då misstag eller fel sker är det ytterst viktigt att man inte söker efter skyldiga utan närma sig misstaget genom att ifrågasätta varför de skett. Öppen konversation och insamling av data gällande misstaget eller felet utvecklar verksamheten och förbygger farosituationer. Genom misstag sker samma situationer sällan på nytt. Det som är viktigt att betona inom enheten är att varje vårdare råkar ut för misstag och fel under sin karriär. Även bör personalen uppmuntras att göra förslag och ta i tu med de olika situationerna. Då vårdpersonalen är aktivt med från början och iakttar ”nära på” situationer samt utvecklar olika lösningar, minskar risken för skade- och farosituationer avsevärt. Läkemedelssäkerheten kan förbättras då fel upptäcks och man lär sig av mänskliga misstag. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Största delen av vårdfel handlar om avvikelser i medicineringen. Läkemedelsavvikelser kan ske i varje situation; då man förbereder läkemedel, delar dem eller ger dem. Läkemedelsavvikelser kan handla om de man gjort, de man inte gjort eller gardering som svikit. Med andra ord kan avvikelser ske på misstag eller på flit. Största delen av avvikelserna sker av misstag på grund av rutiner. Då läkemedelsvården blir en rutin, är vårdarna inte lika skarp och aktsam. Avvikelser i läkemedelsadministrering går att dela enligt deras orsaker och konsekvenser. Konsekvenser handlar om de som sker åt patienten efter läkemedelsavvikelsen medan orsaker berör mer miljön och kunskapsnivån. Oftast handlar orsakerna om bristfälliga resurser. (Mustajoki, 2005, Manias et. Al., 2009, Kuitunen et. Al., 2008, Härkänen, 2014, Stakes & Rohto, 2007, Veräjänkorva et. Al., 2006)

Genom att observera läkemedelsadministreringen framkom det att vid var femte läkemedel sker det en riskhändelse, samt var fjärde slumpmässigt valda patient råkar ut för en skadehändelse gällande läkemedel. Läkemedelsavvikelser orsakar mest patientskada inom vården. Enligt WHO lider 7–10% av patienterna inom akutvård av läkemedels skadehändelser, var av 28–56% av fallen skulle kunna förhindras. Endast några procent av läkemedelsavvikelser som skett i läkemedelsprocessen upptäcktes före administrering till patienten. Avvikelser i läkemedelsadministrering kan minskas genom olika metoder i kommunikation (ISBAR) eller vid administreringen (dubbelkontroll). Läkemedelsavvikelser sker sällan på grund av vårdarens okunskap eller slarvighet, utan ofta beror felen på organisationens sätt att organisera vården på olika nivåer. Då läkemedelsavvikelser sker är det ändå viktigt att berätta även för patienten vad som hänt. Patienten har rätt att

höra vad som skett och hur situationen påverkar patienten i fortsättningen. Vårdaren bör även alltid be om ursäkt av patienten då avvikelser sker. (Brennan et. Al, 2004, Bates et. Al, 1997, Kohn et. Al, 2006, Härkänen, 2014, World Health Organization, 2008, Saano & Taam-Ukkonen, 2013, Page, 2004, Taam-Ukkonen & Saano 2010)

2.4 Förebyggandet av läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelser kan minskas och elimineras genom att man bland annat granskar att patientens läkemedel är aktuella samt att all information gällande allergier stämmer. För att säkra informationsgången är det också viktigt att all patientinformation är uppdaterad och varje vårdare har tillgång till samma information. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Då man delar läkemedel bör man känna igen de man delar. Läkemedel skall kännas igen på basen av verksamma ämnet för att minska risken för misstag. Speciellt viktigt är det med LASA (Look-Alike, Sound-Alike) läkemedel som liknar varann utseendemässigt eller på basen av namnet. LASA läkemedel orsakar risksituationer vid ordinationen, dokumentering, administrering och förvarning. (Inkinen et. Al., 2015, Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Även läkemedelsordinationen spelar en stor roll vid läkemedelsmisstag. Vårdaren bör alltid granska ordinationen då något är oklart. Då läkemedel delas ut till patienten bör vårdaren ha tillräcklig kunskap om patientens medicinering, läkemedels dosering och möjliga biverkningar. Även kunskap gällande läkemedel tryggar säkerheten. Vårdaren bör vara medveten om hur man hanterar läkemedlen rätt; vilka mediciner som går att krossa och hur man förbereder rätt en infusion. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Fel kan ske också vid läkemedelsräkningen. Om läkemedelsadministreringsrutten ändras ökar risken för läkemedelsfel märkligt. Då man byter patientens ”per os” läkemedel till en ”IV” medicinering bör man ta i beaktan möjliga ändringarna i dosen.

Även kan misstag ske då man väljer redskap för ”IV” medicinering. Fel spruta eller fel slang kan orsaka stor skada för patienten. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Läkemedelsavvikelser och misstag påverkas också av uppföljningen av patienten. Om vårdaren inte klarar av att ta i beaktan alla komponenter som påverkar läkemedelsvården eller om hen inte granskar patientens tillstånd före medicineringen ökar risken för misstag. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

Gällande alla skeden inom läkemedelsadministreringen skall vårdaren alltid identifiera sin patient för att upprätthålla läkemedelssäkerheten och patientsäkerheten. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010)

2.4.1 Dubbelkontroll

Då man administrerar läkemedel skall man använda sig av dubbelkontroll. Läkemedelsavvikelser minskar avsevärt då man dubbelkontrollerar medicinerna. Dubbelkontroll innebär att två vårdare granskar administreringen genom att läsa ordinationen. Den första vårdaren doserar och delar ut läkemedel medan den andra följer med. Efter att den som delat och doserat läkemedlen blir klar, bör den andra granska delningen. Varje vårdare bör även granska medicinerna som delats och doserats innan hen administrerar dem till patienten. Dubbelkontroll betyder inte att två vårdare delar och doserar läkemedel tillsammans. (Valvira, 2018, Veräjänkorva et. Al., 2006)

Dubbelkontroll kan även ske genom att två olika personer kontrollerar läkemedlen eller alternativt granskar delaren ut läkemedlen två gånger under olika tidpunkter eller genom två olika granskningsmetoder. Dubbelkontroll spelar en stor roll speciellt då man delar ut läkemedel som kan orsaka en stor fara för patienten till exempel opioider. Dubbelkontroll kan användas vid varje fas under läkemedelsadministrering. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Valvira, 2018)

Vårdaren som delar och doserar läkemedel granskar även tre gånger att läkemedlet är rätt. Då hen tar ut läkemedelsförpackningen, då hen jämför läkemedelsförpackningen med läkemedelsordinationen och då hen placerar läkemedelsförpackningen tillbaks i skåpet. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

2.4.2 NINE RIGHTS

Nine rights är en checklista som lättar och försäkrar läkemedelsadministreringen samt patientsäkerheten. Checklistan finns som olika variationer, bland annat Five rights och Seven rights. WHO rekommenderar Five rights: rätt dos, rätt läkemedel, rätt tid, rätt rutt, rätt patient. Seven rights innefattar i sin tur rätt läkemedel, rätt dos, rätt tidpunkt, rätt administreringssätt, rätt patient, rätt handledning, rätt dokumentering. Nine rights innebär de ovannämnda komponenterna samt rätt orsak och rätt respons. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Taam-Ukkonen & Saano, 2010, Valvira, 2018)

Rätt patient: Man bör identifiera patienten och hens ordination. Identifikationen kan ske genom att patienten identifiera sig själv eller att vårdaren identifierar patienten. Identifikationen kan ske genom att man frågar patientens namn, personskyddsnummer eller granskar patientarmbanden. Vårdaren bör även se till att rätt patient säkert tar sina egna läkemedel. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt läkemedel: Vårdaren skall alltid granska läkemedelsordinationen och patientens allergier. Efter det kan vårdaren förbereda läkemedlet. Innan läkemedlet administreras skall vårdaren känna till läkemedlets möjliga inverkan, varför läkemedlet ges samt kunna handleda patienten vid läkemedelsadministreringen. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt dos: För att säkerställa rätt dos bör vårdaren granska ordinationen, räkna dosen och använda dubbelkontroll vid läkemedelsgranskning. Vid behov bör vårdaren alltid be om hjälp vid säkerställning av rätt dos. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt tid: Vårdaren bör vara medveten om läkemedelsinstruktionerna och ordinationen för att kunna säkra den optimala tidpunkten för läkemedlets administrering. Vårdaren skall också känna till läkemedlets farmakologiska egenskaper samt vara medveten om tidpunktens påverkan på läkemedlets inverkan. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt rutt: Genom att granska ordinationen säkerställs den rätta administreringsrutten för läkemedlet. Vårdaren skall känna till läkemedelsformen och administreringsrutten samt veta när och hur läkemedlet inverkar i kroppen. Vårdaren bör även kunna hantera och förbereda läkemedel rätt. Vid administreringen till patienten skall vårdaren se till att patienten får läkemedlet på rätt sätt och vid problem bör läkare konsulteras. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt orsak: Den rätta orsaken bör alltid säkerställas innan patienten får läkemedlet. Vårdaren skall var säker på varför patienten får läkemedlet och säkerställa läkemedels behovet. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015)

Rätt dokumentation: Vårdaren skall alltid dokumentera administreringen av läkemedlet, läkemedelsresponsen, vitala värden och patientens handledning. Även bör dosen, tidpunkten, inverkan, möjliga biverkningar och patientens tillstånd dokumenteras. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt handledning: Handledning bör ges på basen av patientens individuella behov. Vårdaren skall kolla att patienten förstår och kan själv administrera läkemedlet samt bedöma dess effekt. Vårdaren skall förklara åt patienten vad som ges och varför, patientens roll i administrering, vad som skall tas i beaktan samt vem man kan kontakta vid behov. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Rätt respons: Vårdaren bör alltid granska läkemedlets inverkan och möjliga biverkningar samt interaktioner hos patienten för att kunna säkerställa rätt respons. (Nordic Medication Educator Collaboration MEDICO, 2015)

2.4.3 ISBAR

Ungefär 65–70% av alla skadehändelser påverkas av kommunikationsproblem. Kommunikationsproblem i vården orsakas ofta av brister på informationsgång och

missförstånd. Även kulturella skillnader, hierarki samt de olika yrkesgruppernas förhållande till varandra inverkar på kommunikationsproblemen. Verbal och ickeverbal kommunikation spelar en stor roll inom vården. (Sandlin, 2007, Suomen Sairaanhoitajaliitto, 2014, A)

ISBAR, internationellt SBAR, fungerar som ett strukturerat kommunikationsmedel inom olika branscher. På 1990 talet likriktade USA:s marinkraft kommunikationen med hjälp av SBAR metoden. SBAR metoden spred sig på 2000 talet till hälsovården och idag använder vårdpersonalen i Finland ISBAR. Grund tanken med ISBAR var att förbättra kommunikationen mellan vårdare och läkare. Med hjälp av ISBAR metoden är kommunikationen bland vårdpersonalen tydlig, relevant och entydig. Metoden ökar också kritiskt tänkande och uppmuntrar personalen att göra olika förslag gällande vården. ISBAR är en förkortning på orden *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*. Ordet *Identify* står för identifikation, vem ringer och varifrån. *Situation* berättar om själv situationen, vad är det som sker medan *Background* tar upp bakgrunden på situationen och patienten. *Assessment* handlar i sin tur om vårdarens uppskattning om situationen och *Recommendation* uppmuntrar till handlingsförslag. Inom vården har kommunikationsmetoden undersökts mycket. Enligt undersökningen var man använt GTT- verktyget (Global Trigger Tool) visar det säg att skadehändelserna minskat från 89,9/1000 vårddagar till 39,96/1000 vårddagar då man använt ISBAR, medan läkemedelsavvikelserna minskade från 29,97/1000 vårddagar till 17,64/1000 vårddagar. (Suomen Sairaanhoitajaliitto, 2014, A, Tamminen & Metsävainio, 2015)

2.5 Rapportering och dokumentering

I enheten bör det finnas ett system för rapportering av läkemedelsavvikelser och deras hantering. Farohändelser skall rapporteras så att man kan lära sig av dem och utveckla nödvändiga skyddsmekanismer så att misstaget inte sker en gång till. Både risk och skadehändelser kan avslöja grunden för faromekanismen. Genom att studera riskhändelser kan man även finna de komponenter som hindrade skadehändelsen. Allvarliga farohändelser skall granskas och analyseras på en djupare plan för att hitta grundorsakerna för händelsen. Meningen är inte att skylla eller finna skyldiga, utan finna medel som skulle förebygga att liknande situationer inte sker i fortsättningen. Genom en djupare analys kan

man känna igen de risker och brister som finns inom organisationen. (Finlex, 2010, B, Inkinen et Al., 2015, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Då läkemedelsavvikelse sker bör man först försäkra patientens tillstånd och rapportera avvikelsen till läkaren för att återställa patientens välmående. Avvikelsen bör också dokumenteras detaljerat genast efter att misstaget skett. Dokumenteringen bör innehålla en beskrivning av misstaget, vem varit med då felet skett samt en tanke om varför misstaget skett. Förutom dokumentering bör man även göra en HaiPro. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013, Valvira, 2018)

Administrerings-, och läkemedelsavvikelse rapporteras dock väldigt sällan. Mängden läkemedelsavvikelse är tio gånger större i verkligheten än vad som rapporteras och dokumenteras. Vilket bevisar att tröskeln är ännu väldigt hög då de kommer till rapportering av farohändelser inom läkemedelsadministrering. (Veräjänkorva et. Al., 2006, World Health Organization, 2008)

2.6 Grunder för fungerande vårdarbete

Vårdarbetet grundar sig på flera olika komponenter. Detta kapitel kommer att koncentrera sig speciellt på tillit, kollegialitet bland vårdarna, olika etiska principer och vårdarnas ansvarsområden.

2.6.1 Tillit

Tillit handlar om ett fenomen som härstammar från ärlighet i olika upplevelser eller känslor. Tillit spelar en stor roll i fungerande människoförhållanden. Tillit som fenomen är svårt att greppa, de handlar om ett väldigt mångsidigt fenomen som formas genom kommunikation. Tillit tolererar osäkerhet.

Tillit går inte att definieras på ett specifikt sätt på grund av dess egenskaper och intensitetsnivå. Tillit kan heller inte tvingas. Som individ är det viktigt att kunna lita på någon eller något samt att skapa tillit gentemot sig själv. Tillit handlar inte enbart om känslor, utan om tron på något gott. I helheten handlar tillit om att tro på det goda och rättvisa beteendet. Då individen litar på något eller någon bedömer hen inte riskerna utan litar

blint på att motparten inte sviker tilliten. Tillit innebär dock ändå att individen är medveten om att hen kan bli besviken.

Tillit byggs upp genom öppet samspel och kommunikation. Tillit förekommer då man känner till handlingsätten och deras konsekvenser hos den man litar på. Då man har tillit för någon förväntar man sig veta den andras val. Tillit påverkas av miljön och erfarenheter. Genom att man delar kunskap, är ärlig, ger och tar emot byggande feedback, vågar medge sina fel, är uppriktig och behåller tilliten, förebyggs misstankar och konflikter och på så sätt stärker man tilliten. Tilliten grundar sig även på öppenhet, ärlighet och tron på dessa två komponenter. I vissa fall kan ändå över öppenhet minska på tilliten. (Dasguptan, 1988, Gambetta, 1988, Gustafsson, 1997, Hart, 1988, Lagerspetz, 1998, Luhmann, 1988, Mishra, 1995, Reina & Reina, 1999)

2.6.2 Kollegialitet

Inom vårddyrket handlar kollegialitet om jämlikhet och ömsesidigt förhållande. Inom vårdverksamheten ansvarar alla för kollegialiteten. Som vårdare skall man respektera och uppskatta varandra. Bemötandet skall vara rättvist och man skall kunna lita på den andra samt handla själv pålitligt. Kommunikation i sig handlar i viss mån om kollegialitet. Kommunikationen bland vårdpersonalen skall vara öppet, ärligt och konfidentiellt. Vårdpersonalen skall klara av att ta emot och ge respons samt stötta och försvara den andra vid svåra situationer. Kommunikationen bland och om vårdpersonalen skall vara respektfullt och artigt samt bör arbetsomgivningen formas till en plats där olika fel och konflikter kan diskuteras. Som vårdpersonal skall man även känna till sina egna styrkor och klara av att bekänna den andras styrkor. Vårdpersonalen skall stötta varandra vid olika arbetsuppgifter och kunna konsultera varann vid mer eller mindre krävande situationer. Ansvar och arbetsuppgifter bör delas jämnt bland vårdpersonalen och varje vårdare måste ingripa då kollegans handlingar påverkar patientsäkerheten negativt. (Suomen Sairaanhoidajaliitto, 2014, B)

2.6.3 Etiska principer

Etiska principerna inom läkemedelsadministreringen fokuserar sig på lagar och etiska lärdomar. Som sjukskötare bör man känna till sina egna kunskaper inom läkemedelsvården samt upprätthålla och utveckla dem. Enligt etiska principer kan sjukskötaren delta i läkemedelsvården och dess specifika uppgifter där hans kunskap räcker till. Sjukskötaren ansvarar alltid för sina handlingar. Sjukskötaren bör även be om hjälp vid behov samt är hen skyldig att rapportera om fel, misstag och risksituationer. Som vårdare bör man aldrig orsaka skada eller smärta åt patienten. Även bör man respektera patientens självbestämmanderätt. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Vårdarna har ett etiskt ansvar för patientsäkerheten inom läkemedelsvård. Ansvaret innebär att man vågar medge sina fel och misstag. Då man tar upp farokomponenter kan man analysera och tolka orsakerna och genom det eliminera komponenten. Vårdaren bör också ständigt sträva till att upprätthålla och öka sin kunskap för att garantera en säker vård för patienten, speciellt inom läkemedelsvården. (Veräjänkorva et Al., 2006)

Etiska principerna berör även bemötandet av kollegor och arbetsmiljön. Vårdarnas förhållande till varandra borde grunda sig på kollegialitet och tillit. Inom vården skall man stötta och hjälpa kollegan. Oetisk kollegialitet handlar om att man inte påpekar då man ser att den andra handlar oetiskt inom vården. Då man som vårdare inte inblandar sig i det oetiska handlandet handlar man själv oetiskt, vilket försämrar säkerheten inom vården. Som vårdare bör man ingripa då man ser någon handla oetiskt inom vårdkontexten. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013, Veräjänkorva et. Al., 2006)

Som vårdare skall man alltid göra beslut som främjar patientens goda vård och hälsa med tyngden på vad som är rätt och fel. Man skall även alltid ta i beaktan människovärdet, undvika onda, sträva till de goda och rättvisa samt ha en tydlig motivering till sina handlingar. Varje etiska beslut är unikt och kan inte jämföras med tidigare beslut. Etiska problem inom läkemedelsvården kan lösas genom olika synvinklar, både etiska och professionella. Varje beslut kräver professionalitet. Etiska problem inom läkemedelsvården kan grunda sig på följande aspekter. Etiska principer, systematisk samling av information,

plikt, konsekvenser eller yrkesprofessionalitet. (Veräjänkorva et. Al., 2006, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

Systematisk samling av information handlar om att man samlar information om patientens hälsa och sjukdom, bedömer dem och grundar sitt beslut på informationen. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

Lösningar som grundar sig på **etiska principer** handlar om de som är rätt och fel. Lösningar som baserar sig på etiska principer kan dock strida emot patientens rätt att få god vård. I lösningen bör man respektera människovärdet, göra de goda och undvika de onda, sträva till rättvisa och motivera vårdhandlingen. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

Lösningar som baserar sig på **plikt** handlar om att man gör de man skall göra även om det inte skulle ge den förväntade slutsatsen, vilket kan i värsta fall försämra vården. I varje lösning bör man främja de goda och sträva till att minska de onda. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

Konsekvensetiska lösningar innebär att handlingarna sker på basen av möjliga konsekvenserna. Handlingarna görs för att öka de goda hos patienten eller inom vården. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

Lösningar som grundar sig på **vårdarens yrkesprofessionella kunskaper** handlar om att vårdaren är kompetent och klara av att ge den bästa möjliga läkemedelsvården åt patienten. Vårdaren skall tolka patientens symptom och behov för läkemedelsvård för att öka patientens välmående. (Veräjänkorva et. Al., 2006)

2.6.4 Sjukskötarens ansvarsområden inom läkemedelsvården

En färdigt utbildad sjukskötare har en bred och mångsidig kompetens gällande läkemedelsadministrering och bär därför ett stort ansvar för en säker läkemedelsadministrering. Inom läkemedelsadministrering bör sjukskötaren ha teoretisk- och klinisk kunskap, kunna fatta beslut gällande läkemedelsvården samt känna till de juridiska och etiska principerna. (Valvira 2018, Saano & Taam- Ukkonen, 2013)

Sjukskötaren ansvarar för läkemedelsadministreringen i sin helhet, handleder och informerar patienten, följer upp läkemedelsverkningar och biverkningar samt dokumenterar läkemedelsvården och ser till att patienten får sina läkemedel enligt ordinationen. Sjukskötaren följer även upp patientens läkemedelsvård i helheten och rapporterar om det till vårdteamet. Sjukskötaren ger patienten och anhöriga information om läkemedelsvård och dess verkställande. Sjukskötaren strävar till att se helheten av läkemedelsvården ur patientens synvinkel samt försäkrar att informationen gällande läkemedelsvården är aktuell, felfri och relevant. (Saano & Taam- Ukkonen, 2013, Valvira 2018)

Uppdelning av uppgifter, läkemedelsvårds kunskap och funktionalitet samt uppföljning av läkemedelsvården är en stor del av läkemedelsadministreringen. Sjukskötare behöver ett skriftligt lov för en mer krävande läkemedelsadministrering som till exempel intravenös läkemedelsbehandling och vätskebehandling, användning av läkemedelspumpar, blodtransfusioner och vaccinering. Sjukskötaren kan även få ordinera vissa läkemedel efter en tilläggsutbildning. (Valvira, 2018)

3 LITTERATURÖVERSIKT

Under denna rubrik tas upp olika tidigare forskningar gällande ämnet, för att kunna bredda kunskapen om själva studien. Efter flera olika sökningar gällande exakt det valda ämnet, blev antalet av tidigare forskningar noll. Dock gav sökningen en del orelevant material som inte handlade om det valda ämnet. Sökord som använts gällande sökning var tillit inom läkemedelsvård, tillit gentemot kollegan, tillit bland vårdpersonal, tillit och läkemedel, kollegialitet läkemedelsvård, vårdare och kollegialitet. Även söktes material på finska med enklare sökord som yhteistyö, hoitoala, hoitaja luottamus lääkehoito och lääkehoito luottamus.

Följande artiklar och forskningar som presenteras bevisar behovet för forskningar inom ämnet. Artiklarna och forskningarna snuddar till ett visst mån ämnet, men handlar inte direkt om studien. Sökningen överfördes fort till Google scholar. Följande sökord användes för att hitta mer relevanta träffar; lääkehoito (13 200 träffar), luottamus (49 400 träffar), lääkevirhe (53 träffar), kollegialisuus (11 träffar), hoitajien välinen yhteistyö (19 200

träffar), hoitovirheet (397 träffar), hoitaja (25 000 träffar), hoitajien välinen luottamus (16 300 träffar). Eftersom flera sökord hade enorma mängder träffar valdes enbart artiklar eller examensarbeten från 10 första sidorna. Från examensarbeten söktes sedan olika källor. En av artiklarna fick jag även av mina handledare.

Språket ändrades senare till finska för att kunna garantera en god analys gällande möjliga materialet samt en mer anpassad studie gällande Finlands situation. Av alla träffar valdes enbart 5 artiklar + 1 artikel av handledarna. Valet av artiklarna gjordes genom att skumma igenom rubrikerna. Sedan lästes texterna som blev valda på basen av rubriken och där efter valdes de mest relevanta artiklarna. En mer ingående förklaring gällande materialvalet samt inklusions och exklusionskriterier kommer under metodkapitlet.

3.1 Samarbete

I Ylitörmänens (2011) studie om samarbete bland sjukskötarna tangeras samarbete ur olika synpunkter; kommunikation, koordination, professionalitet, kontroll över konflikter och delad process. Enligt undersökningen anser 95% av 113 sjukskötare att det är enkelt att kommunicera med sin kollega. Även anser största delen att kommunikationen är öppen och behaglig samt att kollegan sällan ger fel information. Sjukskötarna tycker att det är lätt att be om hjälp och fråga råd av kollegan gällande vården. Sjukskötarna anser också att informationsgången är god och 79% förstår den information de fått. Enligt undersökningen vet 94% av sjukskötarna tillräckligt om patientens läkemedel och sjukdomsförlopp. Även anser 95% att de har tillräckliga tekniska kunskaper för en säker vård. (Ylitörmännen, 2011)

3.2 Vårdfel

Pasternack (2006) har skrivit en sammanfattad artikel om vårdfel och brister som orsakats av vården. I vården görs det många fel och avvikelser. Största delen av dem skulle kunna avvikas genom en grundlig undersökning av avvikelser, risksituationer och skadehändelser. Även borde varje fel och avvikelse rapporteras i ett system utan skuld känsla. Avvikelserna bör även diskuteras öppet med patienten. Avvikelserna är sällan enbart bara vårdarens eller läkarens fel, utan inom vården finns det flera fallgropar som ofta identifieras

men påverkar ändå skadehändelserna. Genom att omforma arbetsmiljön kan man minska betydligt olika läkemedelsavvikelser. (Pasternack, 2006)

Enligt Pasternacks (2006) artikel var var femte läkemedelsadministrering felaktig. Av läkemedelsavvikelserna skedde 43% på grund av fel tidpunkt, 30% på grund av att ordinerade läkemedlet inte gavs åt patienten, 17% handlade om fel dos, 4% av avvikelserna bestod av läkemedel som inte ordinerats men gavs åt patienten. En möjlig skadehändelse kunde ha skett i 7% av fallen. (Pasternack, 2006)

Miljöns och omgivningens påverkan är stor inom läkemedelsavvikelser. Av 16 olika systemfel orsakar 7 vanligaste 78% av läkemedelsavvikelserna. Till dessa 7 systemfel hör följande:

1. Bristande information om läkemedel
2. Fel information om läkemedlet eller dosen
3. Bristande patientinformation
4. Avvikelser vid förflyttning av ordinationer
5. Bristande information om läkemedelsallergier
6. Störningar i logistiska kedjan
7. Störningar bland avdelningarnas informationsgång.

(Pasternack, 2006)

Olika komponenter som påverkar avvikelsernas och skadehändelsernas uppkomst ur vårddar och vårdteamets synvinkel är bland annat problem i kommunikationen och dokumenteringen. Bristar på ledarskap och svårigheter att be om hjälp samt få hjälp har en stor inverkan på avvikelserna. Även påverkar vårdarens bristande kunskaper och problem gällande den professionella utvecklingen avvikelserna. Trötthet, överbelastning, hälsoproblem, arbetsmotivation och attityd spelar också en stor roll vid den säkra vården. (Pasternack, 2006)

3.3 Sjukskötarens kunskapsnivå

Luokkamäki (2015) har gjort en studie om sjukskötarens kunskaper inom läkemedelsvården. Hon berör läkemedelsvårdens kunskaper ur teoretiskt och praktiskt kunnande och skolningsbehov. Det teoretiska kunnandet innebär allmänt kunnande av läkemedelsvård, farmakologi och fysiologi. Det praktiska kunnandet handlar om iv-medicinering och vätskeintag, läkemedelsvård i praktiken, verkställandet, samarbete mellan patienter och det mångprofessionella teamet.

Undersökningen baserar sig på 157 svar av sjukskötare på olika sjukhus.

Sjukskötarna uppskattar sitt teoretiska kunnande inom läkemedelsvården som 4,2 på Likerters skala (1-5, helt av annan åsikt – helt av samma åsikt), medan de praktiska kunnandet uppskattas som 4,0. (Luokkamäki, 2015)

Enligt undersökningen anser 93% av sjukskötarna sina kunskaper som tillräckliga för att trygga en säker läkemedelsvård. Största delen ansåg även att arbetsplatsen hade tydliga instruktioner för läkemedelsvården. Nästan alla som deltagit i undersökningen anser att förordningar tvingar att granska att det är rätt läkemedel och dos i frågan. (Luokkamäki, 2015)

Över hälften (58%) anser att de orsakat patienten farohändelser inom läkemedelsvården och 34,4% anser att läkemedelsavvikelse sker ofta på arbetet.

Nästan alla som besvarat erkänner om de inte kan eller vet något inom läkemedelsvården och 87,3% gör HaiPro vid behov. (Luokkamäki, 2015)

Läkemedelsvården anses som ett mångprofessionellt arbete inom arbetsplatsen enligt 90% av besvararna. Även känner 96,8 % att de fått stöd vid olika frågor gällande läkemedelsvården av vårdteamet (läkare, farmaceut, vårdare). Nästan alla anser även att konversation gällande olika problem inom läkemedelsvården är viktig. (Luokkamäki, 2015)

Luokkamäki (2015) tar även upp olika bakgrundskomponenter som möjligtvis påverkar sjukskötarens kunskaper inom läkemedelsvården. Till dessa komponenter hör bland annat ålder, kön, utbildning, tid av utexaminering, arbetsförhållande, arbetstid, arbetsplats och deltagandet i olika läkemedelsvårdens skolningar. Största skillnaderna syntes vid åldern och

utexaminering. Största delen av vårdarna som fyllt 50 år ansåg sig vara bättre än de vårdarna som var yngre än 50 år. (Luokkamäki, 2015)

Även besvarade 86 sjukskötare på frågan gällande problem vid verkställandet av läkemedelsvården. Enligt svaren ansågs läkarens otydliga och enbart verbala läkemedelsordningar som ett stort problem. Patienternas glömska och dåliga kännedom gällande egna läkemedel försvårade betydligt läkemedelsvården. Även spelar rastlösa läkemedelsrummet, brådska och ouppdaterade läkemedelslistor en stor roll vid läkemedelsvården. Sjukskötarna påpekade också att bristfälliga instruktioner, nya läkemedelsburkar och handelsnamn har en negativ inverkan på läkemedelsvården. Allt som allt ansåg ändå största delen att deras läkemedelvårdskunskaper är goda. (Luokkamäki, 2015)

3.4 Tillitens betydelse i organisationen

I Kollmans (2004) undersökning om personalens tillit inom den förändrande sjukhusorganisationen (Henkilöstön luottamus muuttuvassa sairaalaorganisaatioissa) anser vårdarna tilliten som en viktig komponent inom patientvården och dess smidighet. Vårdarna anser även att tilliten ökar arbetsnöje, känslan av säkerhet och ivrigheten. Vårdarna beskrev att ärlig information i rätt tid, möjlighet att anpassa sig till ändringar, goda personalresurser, jämlikhet, motiverat arbetssätt och planer, lugn arbetsmiljö och respekt för sig själv ökar tilliten. Även tidigare upplevelser av tillit i liknande situationer spelar en stor roll. Enligt Kollmans undersökning upplever vårdarna hög tillit gentemot sina egna arbetskamrater. (Kollmann, 2004)

3.5 Kunskap inom läkemedelsvård

Sneck (2016) tangerar i sin undersökning sjukskötarens kunskap inom läkemedelsvård (Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen). I undersökningen kommer det tydligt fram att sjukskötarens anser deras kunskaper inom läkemedelsvården som goda. Sjukskötarens tycker också att försäkring av läkemedelsvårds kompetensen ökar läkemedelsvårds kunskaper och säkerhet. Vårdarna anser även att deras kompetens inom professionella samarbetet och konsultation är väldigt goda medan kompetenserna inom läkemedelsvårdens rapportering anses enbart som goda. Sneck (2016) tar

även upp dokumentering i sin undersökning. Vårdarna anser sig kunna dokumentera rätt läkemedelsvården samt anser vårdarna även att de behärskar säkerheten och etiken inom läkemedelsvården. (Sneck, 2016)

Enligt Kuusikkos (2018) undersökning om farohändelser gällande läkemedelvården inom specialsjukvård baserade på personalens samarbete (Henkilöstön yhteistyöhön liittyvät lääkehoidon vaaratapahtumat erikoissairaanhoidossa), rapporterar 70% av sjukskötare om olika farohändelser inom läkemedelsvården som orsakats av personalens samarbete. Resultaten visar att 32,7% av farohändelserna handlade om att patienten fått fel läkemedel medan 23,3% var dokumenteringsfel, 8,0% var fel delade läkemedel och 5,0% ordinationsfel. Farohändelser baserade på både verbal och ickeverbal kommunikation, leveransfel, fel i läkemedelsproduktion eller förberedning var enbart 1,3% av alla rapporterade farohändelser. (Kuusikko, 2018)

3.6 Kommunikation, ansvar och risker

Enligt vårdpersonalen handlar gemensamma samarbete inom läkemedelvården om ansvar och arbetsfördelning inom patienternas läkemedelvård. Även spelar olika komponenter inom organisationen, informationsgång och kommunikation samt granskning inom läkemedelvård, gemensamma arbetssätt, stöd och hjälp bland vårdteamet stor roll. (Kuusikko, 2018)

Vårdarna hoppas på att ansvaret och arbetsfördelningen inom läkemedelsvården sker i samarbete samt att överenskommelserna sker på ett tydligt sätt muntligt. Varje vårdare bör även ansvara för att hen förstått rätt sina uppgifter. Inga speciella avvikelser av enhetens överenskomna regler skall göras och delegering av uppgifterna skall ske punktligt. Vårdaren ansvarar för de delegerade uppgifterna och ser till att de sköts ordentligt. (Kuusikko, 2018)

Vårdarna tog även upp praktiska problem som stör läkemedelvården bland annat avbrytningar i läkemedelsdelningen, vårdar byte mitt i läkemedelsdelningen samt fortsättande av den andras uppgifter inom läkemedelvården. Även hoppas vårdarna att den som

ansvarat för kvällsturens läkemedel skall inte föra läkemedel åt patienterna nästa morgon. (Kuusikko, 2018)

Alla dessa aspekter sågs som risker för läkemedelssäkerheten och patientsäkerheten samt i flera olika fall hade avvikelser skett på grund av olika brister i ovannämnda exempel. (Kuusikko, 2018)

Undersökningen tar även fasta på att vårdarna anser stöd och hjälp inom arbetsteamet som en viktig förebyggande komponent av farohändelser inom läkemedelvården. I vissa rapporteringar kom det ändå fram att vårdarnas hjälp inom läkemedelvården kunde orsaka mer risker för farohändelser. (Kuusikko, 2018)

Tydlig och punktligt informationsgång samt kommunikation baserad på överenskomna regler och instruktioner ansågs som ett förebyggande element för läkemedelsvårds farohändelser. Kommunikation och otydlig informationsgång försämrade i sin tur säkerheten inom läkemedelsvården. Ärlig och öppen kommunikation och punktligt dokumentation spelade också en stor roll vid förebyggandet av farohändelserna. (Kuusikko, 2018)

En viktig förebyggande aspekt var även granskning av verksamheten vid läkemedelsvården. Speciellt säkerhetsökande ansågs dubbelkontroll av läkemedel och övervakande av den oerfarna vårdarens läkemedelsadministrering. Vårdarna ansåg också oaktksamhet som en avgörande aspekt inom läkemedelsvårdens farohändelser. (Kuusikko, 2018)

Enligt resultaten bör man alltså ta i beaktan ansvarsområden och arbetsfördelningen inom arbetet. Man bör även lägga märke på både icke verbal och verbal kommunikation. Kollegialitet och ständigt lärande samt handledande påverkar läkemedelssäkerheten. Även spelar granskning av läkemedelsvården en stor roll, i sista hand ansvarar varje vårdare ändå för sin läkemedelsadministration. (Kuusikko, 2018)

4 TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel kommer grunden för arbetet, den teoretiska referensramen, att presenteras. Den teoretiska referensramen fungerar som grunden för det valda ämnet och framför mer tydligt vad det valda ämnet berör och i hur stor skala. Som teoretisk referensram för detta arbete valdes patientsäkerhet. Valet baserade sig på tanken om, vilken grundsten inom vården påverkas mest av tilliten bland vårdpersonal vid läkemedelsadministrering. Då det sker misstag och avvikelser inom läkemedelsvården ökar risken för farohändelser betydligt samt faras patientsäkerheten direkt.

”Varje patient har rätt till ändamålsenlig vård med hög kvalitet. Även bör vården och bemötandet respektera patientens rättigheter och basera sig på patientens individuella hälsotillstånd och behov.” (Taam-Ukkonen & Saano 2010)

Patientsäkerhet handlar om olika komponenter som berör patienten under vårdperioden, allt från läkemedel till apparatur och vårdmetoder. Ur patientens synvinkel handlar patientsäkerhet om att patienten får det hen behöver samt rätt vård som inte skadar patienten. Patientsäkerhet handlar också om funktioner, principer och verksamhet som tryggar vårdssäkerheten och skyddar patienten från skada. Patientsäkerhet innebär kontroll över misstag och prevention av möjliga skadehändelser. Då patientsäkerheten äventyrar kan det leda till farohändelser. (Anttila et. Al., 2007, Saano & Taam-Ukkonen 2013, Stakes & Rohto, 2007, Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, Terveysden ja hyvinvoinninlaitos, 2011)

Allt som påverkar patientsäkerheten skall öka tryggheten hos patienten och de olika processerna inom vårdkedjan. Patientsäkerheten påverkas inte av enstaka personer utan bygger på flera olika komponenter. Patientsäkerheten är grunden för vårdkvalitén. Kontroll över arbetsmetoder, säkra instrument och material, riskbedömning av vården och omgivningen, bekämpning och gardering av olika faror samt kontroll över lagstiftning, olika stadgan och verksamhetsprinciper ökar säkerheten inom vården. Även en vårdkultur där farohändelser och riskhändelser följs upp och diskuteras öppet ökar patientsäkerheten. Då man tar upp händelserna öppet och använder sig av den information som farosituationen

fört med sig kan man utveckla hela verksamheten. (Anttila et. Al., 2007, Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, Stakes & Rohto, 2007)

Patientsäkerhet delas i tre delar; **maskinellsäkerhet**, **vårdsäkerhet** och **läkemedelssäkerhet**. **Maskinellsäkerhet** innebär att maskinerna fungerar som dem bör och användningen av dem sker korrekt. **Vårdsäkerheten** handlar om att vårdmetoderna är säkra och olika biverkningar undviks samt att vårdandet är säkert och vårdprocessen går som den skall. Då vårdsäkerheten uppföljs får patienten rätt verkställd vård i rätt tid samt utnyttjas resurserna på bästa möjliga sätt. **Läkemedelssäkerheten** delas i sin tur i två delar, läkemedelssäkerhet och läkemedelsadministreringssäkerhet. Läkemedelssäkerhet handlar om läkemedelsbiverkningar och läkemedelsadministreringssäkerheten berör mer själva fel i administreringen. (Stakes & Rohto, 2007, Social- och hälsovårdsministeriet, 2009)

Patientsäkerhet innebär också diagnostik, hälsofrämjande samt säkerhet gällande rehabilitering. Enligt hälsovårdslagen bör vården ha hög kvalitet, vara säker och genomföras enligt kraven. Hälsovården bör även bygga upp en plan gällande kvalitet och patientsäkerhet. Patientsäkerhetsplanen används som ett verktyg för att minska skador orsakade av vården och vårdavvikelser. Social- och hälsovårdsministeriets mål gällande patientsäkerhetsplanen för åren 2009-2013 var följande.

1. Patienten är med och förbättrar patientsäkerheten
2. Patientsäkerheten kontrolleras genom inläring och genom att förutse situationer
3. Farohändelser bör rapporteras och läras av
4. Patientsäkerheten skall befrämjas planmässigt och med tillräckliga resurser
5. Patientsäkerheten tas i beaktan vid hälsovårdsundersökningar och skolning

(Finlex, 2010, A, Terveysden ja hyvinvoinnin laitos, 2011)

Till den finska patientsäkerhetsplanens målsättningar hör alltså bland annat att patienten skall ha en möjlighet att själv påverka patientsäkerheten. Patientsäkerheten skall förbättras genom att man lär sig av misstag och klarar av att förutse situationer. Även planmässighet och tillräckliga resurser skall gynna patientsäkerheten. Farohändelser bör rapporteras och diskuteras samt skall man ta i beaktan patientsäkerheten vid olika undersökningar och vid inläring. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, Saano & Taam-Ukkonen, 2013)

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syfte med detta arbete är att utreda tillitens betydelse bland vårdpersonal då det kommer till läkemedelsadministrering.

Som frågeställning för arbetet används:

- Hur påverkar tilliten bland kollegorna läkemedelsadministreringen?

Ahonen och Stenbäck tangerar samma fenomen ur ett annat perspektiv, där metodiken grundar sig på en empirisk studie. Även frågeställningarna formuleras på olika sätt i arbetena, vilket öppnar nya synpunkter inom ämnet. (Ahonen & Stenbäck, 2019)

6 ETISK REFLEKTION

Studien grundar sig på Finlands forskningsetiska delegationens goda vetenskapliga praxis för forskning samt på Arcadas egna goda vetenskapliga praxis för forskning. De goda vetenskapliga praxis innebär bland annat att både dokumentering och presentation av de resultat man fått sker noggrant, omsorgsfullt med iaktan för hederlighet. Dataansknings-, undersöknings- och bedömningsmetoderna som används bör följa kriterierna för vetenskaplig forskning och vara etiskt hållbara. Resultaten publiceras öppet med ansvarsfull kommunikation samt bör studien ta hänsyn till andra forskares arbete och deras resultat. Hänvisningen till andras arbete bör ske korrekt för att behålla den respekt och värde som resultatet samt arbetet har. Planeringen, forskningen, rapporteringen och lagrandet av insamlade data skall ske enligt kraven. Även skall forskningstillståndet vara i kraft och de etiska förhandsbedömningarna gjorda. (Forskningsetiska delegationen i Finland, 2012, Arcada, 2020)

Arbetet är planerat, producerats och rapporterats enligt yrkeshögskola Arcadas praxis. Även har varje steg godkänts samt diskuterats med handledarna. Innan temat för arbetet fastställdes, tangerades ämnet ur olika etiska perspektiv. Strävan var att producera ett arbete som behandlar ett aktuellt och samhällsligt ämne, som går att utnyttjas för att möjligtvis öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten.

I arbetet hänvisas källorna noggrant och källorna är nerskrivna enligt Harvard modellen. Källorna tas upp noggrant för att respektera och iaktta det originella arbetet. Strävan var även att beskriva detaljerat metoderna som använts i arbetet, för att möjliggöra en upprepning av arbetet vid behov. I detta arbete har det inte funnits behov för des vidare etisk granskning eller etiska lov. Arbetet har även gått igenom plagiatkontroll Urkund innan publicering. (Arcada, 2020)

7 METOD

Litteraturöversikt är en metod som undersöker redan gjorda studier och bildar nya resultat på basen av dem. Målet är att utveckla den teori som redan finns, skapa ny teori samt bilda tydliga helheter om ämnet. Även används litteraturöversikt som ett alternativ att utveckla praktiken med teori. Som metod är litteraturöversikt väldigt punktlig, systematisk och lätt att upprepa. Litteraturöversikt går att dela i flera olika kategorier; systematisk, narrativ och integrativ litteraturöversikt. Valet på kategorin baserar sig på de man gör arbetet om, den centrala forskningsfrågan och användbara materialet. (Coughlan et. Al., 2013, Johansson, 2007, Salminen, 2011)

Som metod för studien valdes integrativ litteraturöversikt. Den integrativa litteraturöversikten hör till den bredaste typen av litteraturöversikt. Metoden tillåter sammanställandet och användningen av både empiriskt och teoretiskt material för att tillkomma en bredare och mer täckande helhet gällande ämnet. Målet är att bygga upp en heltäckande bild genom att använda både empiriska och teoretiska källor. En välgjord integrativ litteraturöversikt uppvisar vetenskapens tillfälliga situation, går att anpassa i praktiken samt för framåt utvecklingen av teorin. (Coughlan et. Al., 2013, Salminen, 2011, Whitemore & Knafl, 2005, Jamk.fi, 2019)

Cooper (1989) framställer integrativ litteraturöversikt som en metod där man sammanställer tidigare forskning genom att dra slutsatser från flera olika studier. Även anser Cooper (1989) att genom den integrativa litteraturöversikten kan man ta upp olika problem som tidigare forskning inte fått svar på. (Cooper, 1989)

Enligt Souza (2010) bör informationssökningen inom den integrativa litteraturöversikten sträva till att vara bred och mångsidig. Informationssökningen kan innebära elektroniska källor, genomgång av vald undersökningars källor samt användning av opublicerat material. (Souza et. Al., 2010)

Den integrativa litteraturstudien delas i fem olika delar:

1. Definition av problemet
 - Arbetet börjas med att definiera problemet/dilemmat, fastställa centrala frågeställningarna och centrala begrepp
2. Informationssökning
 - I informationssökningen används flera olika metoder och källor för att få en bred helhet och flera potentiella material.
3. Utvärdering av material
 - Under utvärderingsfasen kan man använda olika metoder för att få tydligt värde för slutsatsen.
4. Analysering av material
 - I analyseringsfasen strävar man till att få en helhetlig syntes av framkomna resultaten
5. Presentation av resultat
 - Under presentationsfasen bör man framföra resultaten tydligt och förklara hur man kommit fram till resultaten.

(Flinkman & Salanterä, 2007, Whittmore & Knafl, 2005)

7.1 Definition av dilemmat

Definition av dilemma bygger upp grunden för hela arbetet och styr framåt processen. På basen av dilemmat grundas den centrala frågeställningen för arbetet. Under hösten 2018 påbörjades definitionen av dilemmat för arbetet. För att kunna fastställa dilemmat gjordes provsökningar för att skapa en yttlig grund av tidigare forskning och material. Med hjälp av det fastställda dilemmat och provsökningarna, kunde man specialisera sig mer på sökord för att hitta det relevanta materialet inför arbetet. På basen av provsökningarna kunde man konstatera att man inte gjort forskning inom det valda ämnet, vilket i sin tur försvårade betydligt arbetet.

Eftersträvan med den centrala frågeställningen var att fördjupa och klargöra förståendet av det valda ämnet. Frågeställningen omformades flera gånger för att bli klar, tydlig och relevant med ett tydligt syfte till det valda ämnet. Även tog man hänsyn till den användbara tiden för arbetet. Under hela processen strävade man även till att förhålla sig neutralt mot ämnet för att minska risken att blanda in olika fördomar.

Sökorden valdes på basen av frågeställningen. På grund av den snäva mängden information, användes flera olika kombinationer av sökord för att hitta motsvarande artiklar om ämnet. Genom flera olika sökningar i flera olika databaser omformades vissa sökord som sist och slutligen enbart användes vid sökningen. Följande sökord och deras kombinationer användes vid informationsinsamlingen:

- Lääkehoito (13 200 träffar)
- Luottamus (49 400 träffar)
- Lääkevirhe (53 träffar)
- Hoitovirheet (397 träffar)
- Kollegialisuus (11 träffar)
- Hoitaja (25 000 träffar)
- Hoitajien välinen luottamus (16 300 träffar)
- Hoitajien välinen yhteistyö (19 200 träffar)

7.2 Informationssökning

Informationssökningen gick ut på att samla in all den material som på något sätt berör själv ämnet. Främst användes elektroniska källor på grund av lätt tillkomst. Bristen av artiklar och undersökningar gällande ämnet tvingade att bekanta sig med bland annat andras examensarbeten och artiklar samt dyka djupare in i deras källor för att hitta passande material för arbetet. Efter att man funnit några relaterande artiklar och texter, undersöktes olika diskussionsforum och tidningar för att få en bredare bild om tematiken. Sist och slutligen valdes 6 vetenskapliga texter och artiklar samt 4 diskussionstrådar från diskussionsforum och 4 artiklar ur vardagstidningar för studien. De vetenskapliga texterna valdes på basen av ett innehåll som tydligt vidrör ämnet eller går lätt att knippa ihop med ämnet.

Tanken med vetenskapliga texterna var även att samla ihop material som i viss mån avviker från varandra, för att kunna forma en mer heltäckande bild om tematiken. Valet av det andra materialet gjordes för att garantera ett bredare resultat ur olika synpunkter samt för att kunna analysera och jämföra materialet ur både en vetenskaplig och ickevetenskaplig synvinkel.

Själv informationssökningen påbörjades på hösten 2018 genom att söka på Cinahl (EBSCO), Pubmed och Sage. Efter fler sökningar med varierande sökord var resultatet väldigt snävt och dåligt. Sökningen förflyttades över till Google Scholar och enbart Google. Genom Google Scholar och Google blev material mängden större. Även användes diskussionsforumet på Hoitajat.net och olika dagstidningar som källor. Alla artiklar och diskussioner som valdes till arbetet har bearbetats genom olika inklusion och exklusions kriterier. Första gallrades materialet på basen av rubriken. Där efter lästes abstraktet. Artiklarna som blivit valda på basen av abstraktet lästes igenom för att säkra innehållet. I varje skede användes inklusions och exklusions kriterierna för att garantera ett mer specifikt och koncentrerat arbete.

Som inklusionskriterier för arbetet var följande:

- Materialet tangerar tydligt frågeställningen
- Materialet handlar om sjukskötare, hälsovårdare, barnmorskor
- Materialet kan var på finska, svenska eller engelska

Som exklusionskriterier användes följande:

- Materialet tangerar inte frågeställningen
- Materialet handlar mer om läkare eller närvårdare
- Materialet kunde inte öppnas
- Materialet kunde inte förstås på grund av krävande språk ex. Krävande engelska

Materialet presenteras i tabellen nedan.

Tabell 1. Sammanfattning på det utvalda vetenskapliga materialet

Vetenskaplig text	Författare, årtal	Tidskrift	Centralt resultat
Henkilöstön luottamus muuttuvassa sairaalaorganisaatioissa	Kollman M., 2004		Tilliten är viktigt inom vården och bland personalen. Vårdarna har god tillit gentemot varandra.
Henkilöstön yhteistyöhön liittyvät lääkehoidon vaaratapahtumat erikoissairaanhoidossa	Kuusikko L., 2018		Farohändelser inom läkemedelsvården baserar sig på personalens samarbete. Vårdarna önskar tydligt överenskomna regler och tydlig kommunikation.
Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen	Luokkamäki S., 2015		Största delen av vårdarna anser sina kunskaper som tillräckliga för en trygg läkemedelsvård. Läkemedelsvården anses vara mångprofessionell och påverkas av omgivningen, instruktioner och vårdarnas bakgrund.
Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat.	Pasternack A., 2006	Duodecim, 2006, s. 2459-2470	Avvikelser och skadehändelser inom läkemedelsvården

			sker på grund av bristande kommunikation och dokumentering.
Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen	Sneck S., 2016		Största delen av vårdarna anser sina kunskaper inom läkemedelsvården, samarbete och rapportering som goda.
Sairaanhoitajien välinen yhteistyökyselytutkimus sairaanhoitajille sairaalassa.	Ylitörmänen T., 2011		Största delen av vårdarna anser att kommunikationen bland kollegorna är god samt att kollegan sällan ger fel information.

På grund av dålig tillkomst till material på Pubmed, Chinal och Sage skrevs ingen desto mer statistik upp på sökningarna. Google Scholar och Google gav flera sidor av material med sökorden. På grund av den massiva mängden och ständigt uppdaterade sidorna skrevs ingen exakt statistik upp av sökningarna, enbart antalet träffar. Vid behov söktes samma material upp genom tidigare anteckningar av materialet. Ett undantag var vardags-tidningarnas artiklar. Artiklarna söktes upp på Google med sökord som ”hoitaja lääkevirhe”, ”virhe hoitaja” och ”lääkevirhe”. Artiklarna valdes från första sidan för att garantera en relevant träff med sökorden. Artiklarna som valdes var följande:

- Demokraatti.fi, 2019, *Karmea virhe johti potilaan kuolemaan – hoitaja tuomittiin sakkoihin*
- Elonheimo, P., 2019, *Mies sai 20-kertaisen annoksen morfiinia ja kuoli- hoitajalta olivat menneet millilitrat ja milligrammat sekaisin, Iltalehti*

- Kaleva.fi, 2011, *Nimisekaannus johti potilaan kuolemaan*
- Tamminen, J., 2012, *Hoitajien yleinen virhe- ”Erittäin vaikea tilanne”*, Uusi-suomi

Vid mindre databaserna som Hoitajat.net gjordes tvärtom en grundlig utredning av sökningen. På Hoitaja.net valdes “keskustelufoorumi” och rubriken “hoitotyöstä yleisesti”. Diskussionerna som blev valda gällades med att snudda igenom alla 113 sidor med olika diskussioner från åren 2003-2019. Materialet valdes på basen av rubrik och diskussionerna lästes noggrant igenom. Från diskussionerna nappades relevanta kommentarer och frågor som tydligt stöder arbetet. Diskussionerna som valdes var följande:

- Lisää tyhmiä kysymyksiä joihin ei saa vastausta s. 2, 2019
- Vastavalmistuneen nolot kysymykset... s. 2, 2012
- Moka s. 2, 2019
- Lääkevirheen tekeminen s. 3, 2014

7.3 Utvärdering av material

För att kunna veta hur pålitligt materialet är bör man utvärdera kvaliteten på material. Att värdera kvaliteten på materialet i en integrativ litteraturöversikt är mer krävande på grund av möjligheten att använda flera olika källor och material. Då man utvärderar kvaliteten på materialet bör man ta det i beaktan. (Whittemore & Knafl, 2005)

På grund av att tyngden på arbetet ligger mest på diskussionsforumet och dess konversationer har ingen utvärdering med hjälp av olika tabeller gjorts. Diskussionsforumet gav de mest relevanta materialet och svarade närmast på den centrala frågeställningen.

På diskussionsforumet kan dock vem som helst skriva vad som helst, vilket gör det omöjligt att lita på materialet. Utgångspunkten var ändå att personerna som kommenterat och diskuterat på diskussionsforumet är vårdare till yrket, även om det inte finns någon garanti om saken. Artiklarna och forskningarna som i sin tur använts i arbetet handlar inte heller direkt om ämnet, vilket gör det svårare att utvärdera relevansen för detta arbete.

7.4 Analys av material

I en integrativ litteraturöversikt handlar analyseringen av de insamlade materialet om att man organiserar, iordningställer, kodar och sammanställer de man hittat. (Whittemore & Knafl, 2005)

Analyseringen av materialet för arbetet påbörjades genast hösten 2018, för att veta vad man i fortsättningen behöver söka efter. Varje artikel och material bearbetades en i taget för att hålla koll på de man söker efter. Analyseringen börjades genom att först skumma igenom materialet för att få en ytlig helhetsbild. Där efter lästes materialet noggrannare igenom för att hitta svar på den centrala frågeställningen. Från materialet underströks enbart de relevanta inför arbetet. De relevanta som valdes med i arbetet samlades på en egen datafil för att göra tillgången mer enkel och överlag underlätta omformningen. Där efter tydliggjordes de meningar och stycken som togs med i arbetet. En speciellare gruppering eller tydlig indelning gjordes inte för materialet. Enbart separerades vetenskapliga texten från den mer skönlitterära texten för att få en mer vetenskaplig bas för arbetet. För att underlätta textbildningen delades en del av materialet i olika kategorier bland annat tillit och rädsla, för att ge en mer tydlig struktur för arbetet. Kategorierna kommer dock inte tydligt fram i själva arbetet utan fungerade mer som ett hjälpmedel under skrivprocessen. Till sist och slutligen skrevs de analyserade materialet och dess resultat till en löpande text som strävar till att svara på den centrala frågeställningen.

7.4.1 Diskussionsforum

Avvikelse inom läkemedelsadministrationen diskuteras, utreds och förklaras på Hoitajat.net diskussionsforum. Under rubrikerna ”Moka” och ”Lääkevirheen tekeminen” hittar man flera olika kommentarer och diskussioner om avvikelser och deras uppkomst.

Bland annat förklaras avvikelsernas uppkomst genom orolig miljö, trötthet, brådska, dålig koncentration. Nästan varje case saknar en djupare förklaring på varför läkemedelsavvikelsen skett. Ofta tar man själv skulden av det som skett utan att desto mer diskutera situationen. (Hoitajat.net, 2019, Hoitajat.net, 2014)

Diskussionerna berör även kort tillit gentemot kollegan inom läkemedelsadministreringen. I case 1. hade nattskötarna delat ut läkemedel i färdiga läkemedelsglas med namn på. Morgonskötaren hade granskat att rätt patient fått rätt läkemedel. Felet uppkom först då morgonskötaren skulle dokumentera ner läkemedlet. De läkemedlet hon gett åt patienten fanns inte överhuvudtaget på patientens läkemedelslista. Felet hade skett under läkemedelsdelningen. Felet kunde ha undvikits genom att morgonskötaren själv ännu granskat läkemedlet med läkemedelslistan och inte blint litat på sin kollega.

I en annan konversation (case 2.) diskuterades missade kommatecken vid läkemedelsdosen. Läkemedlet hade gått flera dagar på fel dos på grund av ett missat kommatecken. I diskussionen ställdes frågan om hur ingen vårdare lagt märke på den avvikande dosen utan desto vidare tankar om situationen. I case 3. tog man tydligare fasta på hur vårdarna och handledarna litar på nya kollegor och studeranden inom läkemedelsadministrering. I flera fall hade det skett ett fel då handledaren inte själv kontrollerat eller varit fullt medveten om läkemedelsadministreringen. Överlag var grund tanken i diskussionerna ändå att man bör lita på kollegan då hen delat ut läkemedel samt att man bör kunna lita på den gjorda dubbelkontrollen. (Hoitajat.net, 2019, Hoitajat.net, 2014)

Största delen av kommentarerna och diskussionerna tog upp erkännandet av avvikelserna. Många ansåg att tröskeln för att erkänna sina misstag var låg. Man har kunnat ta upp avvikelserna genom en öppen konversation, be om hjälp i situationen och konsultera kollegan vid behov. Även har man vänt avvikelserna till en inläring och delat med sig den till studerande och nya kollegor. Case 4. tog dock upp den stora tröskeln att erkänna avvikelser och misstag. I case 4. gavs läkemedlet i fel tid och vårdaren vågade inte ta upp misstaget inom arbetsteamet. Vårdaren uppföljde patienten i flera dagar och erkände misstaget åt patienten, men inte åt sina kollegor. Efteråt ansåg hen ändå att hen definitivt borde ha tagit upp misstaget med sina kollegor. (Hoitajat.net, 2019, Hoitajat.net, 2014)

Inom diskussionsforumet ställdes även flera olika frågor gällande läkemedelsvården. Frågorna ställdes på grund av att man inte vågade fråga dem på arbetsplatsen eller fick helt enkelt inte svar på dem. Frågorna fick flera olika svar och i varje konversation togs även upp att avdelningen eller vårdenheten bör ha instruktioner och en grundlig fördjupning i läkemedelsvården. Även uppmuntras man att fråga kollegor om något är oklart. (Hoitajat.net, 2019, Hoitajat.net, 2012)

7.4.2 Artiklar ur vardagstidningar

För att göra en lite djupare dykning i ämnet lästes några artiklar ur vardagstidningar gällande samma tema.

Läkemedelssäkerheten brister ofta inom patientsäkerheten. Skuldbeläggande miljö förvärrar situationen. En del av avvikelserna blir lätt orapporterade på grund av arbetsmiljön. Läkemedelsavvikelserna orsakas sällan av enbart en vårdare och för att trygga arbetsmiljön bör man sträva till gemensamma instruktioner. (Tamminen, 2012)

Iltalehti och Demokraatti har publicerat en artikel om en patient som fått en helt för hög dos av morfin och dött på grund av det. Avvikelsen skedde på grund av enhetsfel. Morfinet gick genom en smärtpump och smärtpumpens användning hade tidigare redan diskuterats tillsammans med flera vårdare. Enhetsfelet hade ändå skett på grund av bristande kunskap gällande smärtpumpen. (Elonheimo 2019, Demokraatti 2019)

Kaleva.fi publicerade i sin tur en artikel om en patient som dött på grund av att vårdaren gett fel läkemedel åt fel patient med samma namn. Enligt artikeln orsakades misstaget på grund av brådska och mänskliga fel, där vårdaren inte varit tillräckligt alert. (Kaleva.fi 2011)

8 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultaten på studien. Resultaten grundar sig på en kvalitativ analys av materialet för att få en så bred uppfattning som möjligt gällande tematiken. Det valda materialet består av 6 vetenskapliga texter och artiklar samt av 4 diskussionstrådar från diskussionsforum och 4 artiklar ur vardagstidningar. Valda materialet presenteras nedan.

Tabell 2. Sammanfattning på de valda vetenskapliga materialet

Författare, årtal	Vetenskaplig text/artikel
Kollmann M., 2004	Henkilöstön luottamus muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa
Kuusikko L., 2018	Henkilöstön yhteistyöhön liittyvät lääkeshoidon vaaratapahtumat erikoissairanhoidossa
Luokkamäki S., 2015	Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen
Pasternack A., 2006	Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat.
Sneck S., 2016	Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen
Ylitörmänen T., 2011	Sairaanhoitajien välinen yhteistyö-kyseilytutkimus sairaanhoitajille sairaalassa.

Tabell 3. Sammanfattning på de valda diskussionstrådarna

Diskussionsforum	Diskussionstråd, årtal
Hoitajat.net	Lisää tyhmiä kysymyksiä joihin ei saa vastausta, 2019
Hoitajat.net	Vastavalmistuneen nolot kysymykset..., 2012
Hoitajat.net	Moka, 2019
Hoitajat.net	Lääkevirheen tekeminen, 2014

Tabell 4. Sammanfattning på de valda artiklarna ur vardagstidningarna

Författare, årtal	Artikel, vardagstidning
Demokraatti.fi, 2019	Karkea virhe johti potilaan kuolemaan – hoitaja tuomittiin sakkoihin, Demokraatti
Elonheimo, P., 2019	Mies sai 20-kertaisen annoksen morfiinia ja kuoli – hoitajalta olivat menneet millilitrat ja milligrammat sekaisin, Iltalehti

Kaleva.fi, 2011	Nimisekaannus johti potilaan kuolemaan, Kaleva
Tamminen, J., 2012	Hoitajien yleinen virhe – ”Erittäin vaikea tilanne”, Uusisuomi

Som centrala grupperingar för resultaten används tillit, kommunikation, samarbete och kollegialitet samt läkemedelsadministrering och avvikelser.

8.1 Tillit

Tillit inom vården och läkemedelsadministrering anses som en väldigt viktig komponent. Tillit anses som en grund sten för arbetet och påverkar genom det hela arbetsmiljön på ett positivt sätt. Tilliten ökar genom flera olika individuella och miljörelaterade komponenter som tillsammans bidrar till en god arbetsmiljö. Även påverkas tillit av individuella tidigare erfarenheter som bildar grunden för den personliga tilliten.

Vårdarna upplever hög tillit gentemot varandra och sina kollegor. De anser att samarbetet mellan kollegorna, rapportering och konsulteringen är smidigt. Även om tilliten bland kollegorna är på en god nivå, så diskuteras tillitens negativa sidor. Bland annat flera avvikelser inom läkemedelsadministreringen har skett på grund av den goda tilliten gentemot kollegan. Vårdare litar på varandras kunskaper och förväntar sig att varje vårdare kan och vet, vilket orsakat flera avvikelser inom läkemedelsvården. Även påpekas det som man borde ha gjort på ett annat sätt för att ha kunnat undvika avvikelserna.

8.2 Kommunikation

Kommunikation anses som en viktig komponent inom läkemedelsadministreringen. Vårdarna önskar att all kommunikation, både icke verbal och verbal sker tydligt och punktligt. Kommunikationen bör även följa överenskomna regler, vara ärlig och öppen för att trygga läkemedelsadministreringen, samarbetet och tilliten. Även önskar vårdare att muntliga överenskommelser är tydliga.

8.3 Samarbete och kollegialitet

Vårdare definierar samarbete som ett delat ansvar och en tydlig arbetsfördelning inom läkemedelsvården. Även om vårdare anser att de lätt får hjälp av sina kollegor, önskar många att läkemedelsvården bör följa strikta överenskomna regler för att trygga läkemedelsvården. Vårdarna önskar att varje kollega på arbetsplatsen följer samma regler.

I flera fall har läkemedelsavvikelser skett fastän man tillsammans med kollegan säkrat sig om saken. Största delen av avvikelserna sker på grund av samarbete. Då är det ofta frågan om något som gått fel i ett tidigare skede t.ex. brist på kunskap eller lucka i arbetsmiljön. Även om samarbetet är en av de största orsakerna till läkemedelsavvikelser, anses samarbetet ändå som en grundsten inom en säker läkemedelsadministrering.

Tröskeln att ta upp avvikelser och erkänna sina misstag har blivit betydligt lägre än tidigare. Även om det finns ännu en viss skuldbeläggande atmosfär gällande erkännande av avvikelser, vågar många vårdare säga åt sina kollegor om avvikelser och misstag som skett. Den skuldbeläggande atmosfären tär ändå ännu på läkemedelssäkerheten, tilliten, kollegialiteten och där igenom försämrar stämningen på arbetsmiljön.

Även om största delen av vårdare anser att de kan fråga hjälp av kollegan, finns det ändå flera som inte vågar göra det. På vissa arbetsplatser vågar inte vårdare fråga eller be om hjälp av sina kollegor vid behov, utan vänder sig till olika diskussionsforum för att få svar på sina frågor. Detta motiveras genom att frågorna är ”dumma”, kollegorna på jobbet ids inte svara och det känns jobbigt att fråga ”självklara” frågor.

8.4 Läkemedelsadministrering och avvikelser

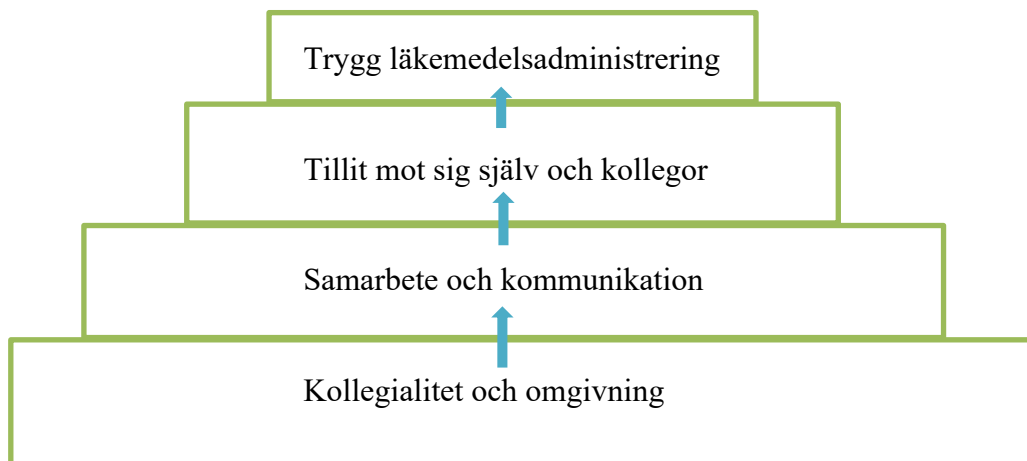
Enligt undersökningarna anser vårdare att de har goda kunskaper inom läkemedelsadministrering. Läkemedelsadministrering påverkas kraftigt av flera olika komponenter och är inte entydig. Vårdarna anser olika praktiska problem som påverkar säkerheten gällande läkemedelsadministreringen. Till praktiska problem hör bland annat avbrytning av läkemedelsutdelning, skiftesbyte och samarbete. Avvikelsena bortförklaras genom bland

annat orolig miljö, trötthet, brådska och dålig koncentration. Då avvikelser sker skyller man sällan på kollegan.

Som goda förebyggande komponenter inom läkemedelsadministrering ansågs dubbelkontroll och övervakning av den mindre erfarnas läkemedelsadministrering. Även tangerades kommunikation som ett viktigt delmoment inom läkemedelsadministreringen. Som grundsten poängteras ändå varje vårdares individuella ansvar inom läkemedelsvården.

8.5 Sammanfattning

En säker läkemedelsadministrering spelar en stor roll vid läkemedelsvården. Den säkra läkemedelsadministreringen bildas av olika ovannämnda komponenter. Den viktigaste komponenten inom läkemedelsadministreringen är tilliten, både bland kollegor och mot sig själv. Tilliten i sig byggs upp av samarbete och god kommunikation. Även spelar kollegialiteten och omgivningen en stor roll då man bygger upp tilliten, för att kunna sedan trygga en säker läkemedelsadministrering. Alla dessa komponenter påverkar ständigt vårdarens individuella upplevelser och erfarenheter samt formar bilden gällande tilliten, samarbete och kollegialitet.



Figur 1. Sammafattning på resultaten

Som figuren ännu visar, spelar kollegialitet och omgivning samt samarbete och kommunikation en betydande roll för en god tillit. För att kunna ha bra samarbete och kommunikation, krävs god kollegialitet samt gemensamma spelregler. Även behövs en

omgivning som stöder samt uppmuntrar vårdaren att våga kommunicera öppet både om positiva och negativa händelser. Då dessa komponenter fylls kan man börja bygga en god tillit både för sitt eget arbete samt mot sina kollegor. När dessa krav uppfylls har man en god och stadig grund för en trygg läkemedelsadministrering.

9 DISKUSSION

I detta kapitel kommer arbetet och resultaten att diskuteras och jämföras i relation till den tidigare forskningen, teoretiska referensramen samt den valda metoden. Syftet med detta arbete var att kartlägga vårdpersonalens tillit och samarbete inom läkemedelsadministreringen för att kunna öka patientsäkerheten och hitta olika fallgropar som minskar säkerheten inom läkemedelsvården.

9.1 Resultat

Enligt resultaten anses tillit gentemot kollegan som en viktig grundkomponent inom vården. Tilliten grundar sig på flera olika delmoment och speciellt egna personliga erfarenheter. I resultaten kommer det tydligt fram tillitens båda sidor, då tilliten är till nytta inom läkemedelsvården och då tilliten skadar läkemedelsvården. Kommunikationen togs även upp som en grundsten inom läkemedelsvården. Genom tydliga och gemensamma regler inom kommunikationen ökar tryggheten. Även ansågs överenskomna regler öka samarbetet bland personalen. Samarbetet i sig sågs som en grundkomponent inom läkemedelsvården. Samarbetet var även dock den största orsaken till läkemedelsavvikelser. Resultaten tog också fram själva läkemedelsadministreringen och avvikelser. Enligt resultaten vågar allt fler vårdare ta upp sina läkemedelsavvikelser och misstag som skett med sina kollegor, även om tröskeln för att fråga hjälp tycks ännu vara hög.

Resultaten i sig var väldigt intressanta, speciellt den negativa sidan som togs upp gällande tillit och samarbete. Ofta diskuteras tillit och samarbete som enbart goda och viktiga komponenter inom läkemedelsvården. Resultaten påpekade dock ändå att man bör kunna dra en gräns och förstå då tilliten eller samarbetet inte längre främjar patientsäkerheten. Alla handlingar inom vården och speciellt inom läkemedelsvården bör främja patientsäkerheten för att trygga vården samt patienten. Patientsäkerheten grundar sig på flera olika

komponenter, likasom en trygg läkemedelsvård. För att kunna framföra en säker läkemedelsvård och minska mängden avvikelser, bör tanken om patientsäkerheten alltid finnas med. Utan patientsäkerhet finns inte en trygg läkemedelsvård. I resultaten påpekades även att vårdarna vågar ta upp sina läkemedelsavvikelser och misstag med sina kollegor vilket motsvarar Social- och hälsovårdsministeriets mål gällande patientsäkerhetsplanen år 2009-2013. I patientsäkerhetsplanen togs farohändelserna upp som en komponent som bör rapporteras och läras av, vilket enligt resultaten uppfylls enbart till en viss grad.

9.2 Den teoretiska referensramen

Överlag anser jag att den teoretiska referensramen stöder resultatet och vice versa. Som tidigare redan nämnts, är patientsäkerheten grunden för handlingarna inom vården. Även nämns läkemedelsvården som en grundkomponent inom patientsäkerheten, vilket stöder detta arbete. Resultaten påpekar även att vårdarna strävar till att handla på ett visst sätt genom att kritiskt granska de olika aspekterna gällande tematiken och där med trygga patientsäkerheten.

9.3 Litteraturoversikt

Då man jämför resultaten med litteraturoversikten finns det en hel del konflikter. Först presenteras forskningarna ur litteraturoversikten kort och sedan diskuteras de i jämförelse med resultaten.

Enligt Ylitörmänens (2011) forskning anses samarbete som ett paraplybegrepp som innefattar bland annat kommunikation, koordination och professionalitet. Största delen av vårdarna anser att kommunikationen bland kollegorna är lätt, öppen och behaglig. Även anses det att kollegorna sällan ger fel information samt att det är lätt att be och fråga om hjälp. Informationsgången anses även som god och tydlig.

Enligt Pasternack (2006) rapporteras avvikelser utan skuld känsla. Avvikelseerna ses mer ofta som systemets fel och att arbetsmiljön borde formas om. Pasternack (2006) tar även upp att avvikelserna handlar om bristande eller fel information gällande läkemedel samt

att det är svårt att fråga och få hjälp inom vårdteamet. Även nuddas kommunikation som en stor orsak för avvikelser.

Luokkamäki (2015) tangerar tematiken mer ur praktiska synpunkter. Största delen av vårdarna anser att det finns tydliga instruktioner gällande läkemedelsvården samt att nästan alla erkänner om de inte vet eller kan. Som största problem anses läkarens otydliga ordinationer, rastlösa läkemedelsrum, brådska och ouppdaterade läkemedelslistor.

Enligt Kollmans (2004) artikel anser vårdarna tilliten som en viktig komponent inom vården överlag. Vårdarna poängterar även att speciellt omgivningen och tidigare erfarenheter spelar en stor roll då det kommer till tilliten inom vården.

Sneck (2016) tar upp ämnet ur vårdarnas egna erfarenheter och upplevelser gällande sina kunskaper inom läkemedelsvård. Enligt Sneck (2016) anser vårdarna att de har goda kunskaper då de kommer till läkemedelsvård. Speciellt inom samarbete, kommunikation och etiskt handlande.

Kuusikko (2018) berör fenomenet ur en mer praktisk synvinkel, likasom Luokkamäki (2015). Enligt Kuusikko (2018) anses organisationen, omgivningen och kommunikationen som största komponenterna för en säker läkemedelsvård. Vårdarna önskar att ha tydliga gemensamma regler och en öppen kommunikation för att säkra läkemedelsvården. Även anses praktiska problem som t.ex. avbrytning av läkemedelsadministrering som en försämrande komponent. Intressant nog anser vårdarna även att kollegans hjälp orsakar ibland mer fara vid läkemedelsadministreringen.

Redan Pasternacks (2006), Ylitörmänens (2011) och Kuusikkos (2018) material har konflikter sinsemellan. I Ylitörmänens (2011) material anses kommunikationen som en god och välfungerande komponent inom läkemedelsvården och att tilliten gentemot kollegan är god, samt att man får hjälp vid behov av kollegan. Medan Pasternack (2006) i sin tur tar fasta på tyngden av fel information och bristande kollegialitet då man behöver hjälp. Även anses kommunikation som den största komponenten vid avvikelser. Lika så tar Kuusikko (2018) ändå upp hur kommunikationen spelar en stor roll vid läkemedelsadministrering och hur kollegans hjälp orsakar i vissa fall mer farosituationer.

Speciellt då man jämför arbetets resultat med litteraturoversikten, så kan man se tydliga likheter och särdrag. I resultaten anses kommunikationen som en viktig del av läkemedelsvården, vilket motsvarar Ylitörmänens (2011) och Kuusikkos (2018) material. Tilliten tangeras även mer ur den positiva synvinkeln, vilket stämmer bra överens med Kollmans material. Enligt resultaten vågar man ta upp sina fel med kollegor vilket korrelerar med Pasternacks (2006) material. Sneck (2016) tar upp goda kunskaperna inom läkemedelsvården, vilket stämmer överens med arbetets resultat. Även motsvara resultaten varandra gällande att hjälpa kollegan och våga fråga då man inte vet. Luokkamäki (2015) och Kuusikko (2018) tog upp olika komponenter som orsakar problem vid läkemedelsadministreringen, vilket också motsvara resultaten ur arbetet. I arbetet kommer det tydligt fram att orolig miljö, trötthet, dålig koncentration och brådska anses som största problemen vid läkemedelsadministreringen. Ylitörmänen (2011) berör även informationsgången ur en mer positiv synvinkel, medan resultatet visar att vårdarna saknar en mer tydlig och överenskommen informationsgång samt mer smidigt samarbete.

9.4 Metod

Som metod valdes integrativ litteraturstudie. Nu efteråt anser jag att valet av metoden var väldigt lyckat. Metoden gav en bredare möjlighet att undersöka och granska fenomenet ur olika synpunkter samt använda en hel del olika källor för att få de olika synpunkterna fram. Speciellt då relevant litteratur gällande valda temat var svårt att få tag på, gav denna metod en möjlighet att göra en djupare studie gällande ämnet. Metoden var även lätt att anpassa enligt behov samt helt enkelt lätt att arbeta med. Det gick lätt att forma om materialet och ändå följa metoden, vilket gav en möjlighet att arbeta med materialet enligt det man ville sträva efter.

9.5 Sammanfattning

Överlag anser jag att den teoretiska referensramen, tidigare forskningen, resultatet och metoden för arbetet kompenserar varandra och stöder slutsatsen. På grund av bristande tillgång till relevant material, stora träffmängder och snäva inklusionskriterier, har bakgrunden och teoretiska referensramen en stor roll för att bilda en mer grundlig bild

gällande tematiken. Metoden möjliggjorde ett bredare spektrum med materialsökningen och gav en mer tydlig helhet gällande det valda ämnet.

10 KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel bearbetas arbetet ur en mer kritisk synvinkel. I kapitlet diskuteras bland annat arbetsprocessen, vad som gått väl samt går studien att göra om med samma resultat. Även tangeras trovärdighet och generaliserbarhet gällande arbetet.

Enligt Jacobsen bör ett gott arbete vara bekräftbart (intern validitet), överförbart (extern validitet) och trovärdigt (reliabilitet). Bekräftbarheten innebär att resultaten går att uppfattas som verkliga och riktiga samt att själva frågeställningen blir besvarad. Överförbarhet handlar i sin tur om hur generaliserbara resultaten är. En god studie bör alltså besvara de frågor man frågar efter samt bör själva innehållet vara trovärdigt. (Jacobsen, 2012)

Det slutliga arbetet innebär flera olika infallsvinklar som strävar till att öppna problematiken kring ämnet och besvara på själva forskningsfrågan. Materialet och själva resultaten blev dock en aning snäva. Materialet för arbetet valdes på basen av språk för att öka förståelsen av själva innehållet och genom detta garantera relevant information för arbetet. Tillgången till övrigt material var även bristfälligt vilket även resulterar som en snäv slutsats. Eventuellt genom en mer specifik och öppen sökmetod kunde resultaten ha blivit mer heltäckande och givande för fortsatta studier. Efter som metoden för arbetet var integrativ litteraturstudie, så användes nätsidan Hoitajat.net för att öka förståelsen av problematiken. Efter som det är frågan om ett öppet diskussionsforum bör man inställa sig skeptiskt mot den information som sidan erbjuder. Diskussionsforumet uppdateras även ständigt, diskussioner försvinner och kommer till vilket försvårar bland annat upprepan- det av arbetet.

Tanken var ändå att dokumentera noggrant hur och var man hittat diskussionerna som använts för att göra det möjligt att kontrollera eller upprepa arbetet.

Överlag är materialet noggrant bearbetat för att garantera så täckande resultat som möjligt, även om mängden av materialet varit knapp. För att öka tydligheten av arbetet har

man strävat till att koppla samman materialet och reflektera dem sinsemellan. Bakgrunden för arbetet tar fram flera komponenter för att öka förståelsen av ämnets mångsidighet. Även om arbetet bearbetats i flera månader kunde man ha fokuserat ännu mer på den tidigare forskningen, materialet och själva resultaten för att öka trovärdigheten och generaliserbarheten. Genom att följa metoden kommer man troligtvis nära resultaten då man gör om arbetet, även om materialet är knappt. Arbetet ger ändå ett ytskrap gällande ämnet och problematiken. Även öppnar det tanken gällande hur mångfaldigt fenomen det handlar om och hur patientsäkerheten är grunden för den säkra läkemedelsadministreringen.

11 IMPLIKATIONER FÖR FORTSATT FORSKNING

Efter att slutfört arbetet anser jag tydligare hur viktigt och aktuellt ämne det egentligen handlar om. Tilliten gentemot kollegan då det kommer till läkemedelsadministrering är en väldigt viktig sak, men har även en hel del nackdelar som sällan kommer fram. Eftersom ämnet är väldigt känsligt och det finns knappt om material gällande tematiken, hoppas jag att detta arbete öppnar intresset för ämnet eller dess olika dimensioner. Den möjliga fortsatta forskning kunde fokusera närmare på de specifika komponenterna vid vårdarnas samarbete då det kommer till läkemedelsadministreringen, till exempel hur kollegialiteten eller kommunikationen påverkar läkemedelsadministreringen och vice versa. Speciellt kunde den fortsatta forskningen ta fram de olika nackdelarna som sällan tas fram, för att främja patientsäkerheten och minska skulden då avvikelser sker, samt öka mängden av vårdare som vågar erkänna sina misstag.

Inom vården bör man alltid arbeta för patientsäkerheten. Med läkemedel sker det lätt allvarliga avvikelser, vilket ökar behovet för noggrannhet och ett fungerade samarbete bland vårdare, utan att fara säkerheten. Vårdarbetet görs alltid tillsammans med kollegorna och för att kunna maximera lyckandet, skall varje komponent i kedjan fungera så bra som möjligt. Genom ett fungerande system ökar både patientsäkerheten och läkemedelssäkerheten samt ökar arbetshälsan hos vårdarna.

KÄLLOR

- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.L. & Vihunen, R., 2007. Hoitamalla hyvää oloa. *Helsinki: Wsoy*.
- Arcada, 2020, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/201906/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf Hämtad: 18.5.2020
- Bates, D.W., Spell, N., Cullen, D.J., Burdick, E., Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Sweitzer, B.J. & Leape, L.L., 1997. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *Jama*, 277(4), pp.307–311.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., Newhouse, J.P., Weiler, P.C. & Hiatt, H.H., 2004. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *BMJ Quality & Safety*, 13(2), pp.145–151. Tillgänglig: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/13/2/145.full.pdf> Hämtad 13.11.2018
- Cooper, H.M., 1989. *Integrating research: A guide for literature reviews*. Sage Publications, Inc.
- Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F., 2013. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care: SAGE Publications*. Sage.
- Dasgupta, P., 1988. Trust as a commodity. I verket D. Gambetta , *Trust. Making and breaking cooperative relations*, 49-72. New York: Blackwell.
- Demokraatti.fi, 2019. Karnea virhe johti potilaan kuolemaan – hoitaja tuomittiin sakkoihin. Tillgänglig: <https://demokraatti.fi/karnea-virhe-johti-potilaan-kuolemaan-hoitaja-tuomittiin-sakkoihin/> Hämtad: 6.8.2019
- Elonheimo, P., 2019. Mies sai 20-kertaisen annoksen morfiinia ja kuoli- hoitajalta olivat menneet millilitrat ja milligrammat sekaisin, *Iltalehti*. Tillgänglig: <https://www.iltalehti.fi/kotimaa/a/695a7b6c-6b02-46cd-b551-4a8dd95a4bf9> Hämtad: 6.8.2019
- Finlex, 2010. *Hälso- och sjukvårdslag*, A. Tillgänglig: <https://finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101326> Hämtad: 15.1.2019
- Finlex, 2010. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetukset lääkkeen määrämisestä*, B Tillgänglig: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088> Hämtad: 15.1.2019
- Flinkman, M. & Salanterä, S., 2007. Integroitu katsaus—eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. I verket *Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.(toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yl*

iopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A, 51, p.2007.

- Forskningssetiska delegationen i Finland, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Tillgänglig: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad: 23.11.2019
- Gambetta, D., 1988. Can we trust trust? I verket D., Gambetta, *Trust. Making and breaking cooperative relations*, 213-237. New York: Blackwell.
- Gustafsson, C., 1997. *What kind of morality is trust?* Åbo Akademi. Företagsekonomiska institutionen, Preliminära forskningsrapporter 190.
- Hart, K., 1988. Kinship, contract and trust: the economic organization of migrants in an African city slum. I verket D. Gambetta, *Trust, Making and breaking cooperative relations*, 176-193. New York: Blackwell.
- Hoitajat.net, 2019. *Hoitotyöstä yleisesti*. Tillgänglig: <https://hoitajat.net/forums/forum/8-hoitotyöstä-yleisesti/> Hämtad: 15.7.2019
- Hoitajat.net, 2012. *Vastavalmistuneen nolot kysymykset*. Tillgänglig: <https://hoitajat.net/forums/topic/14969-vastavalmistuneen-nolot-kysymykset/> Hämtad: 15.7.2019
- Hoitajat.net, 2014. *Lääkevirheen tekeminen*. Tillgänglig: <https://hoitajat.net/forums/topic/16615-lääkevirheen-tekeminen/?tab=comments#comment-287976> Hämtad: 15.7.2019
- Hoitajat.net, 2019. *Lisää tyhmiä kysymyksiä joihin ei saa vastausta*. Tillgänglig: <https://hoitajat.net/forums/topic/65091-lisää-tyhmiä-kysymyksiä-joihin-ei-saa-vastausta/?tab=comments#comment-308233> Hämtad: 15.7.2019
- Härkänen, M., 2014. Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients: an analysis using hospitals incident reports, the global trigger tool method, and observations with record reviews (Doctoral dissertation, Itä-Suomenyliopisto). Tillgänglig: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14609/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf?sequence=1 Hämtad: 13.11.2018
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S., 2015. Turvallinen lääkehoito-Opas lääkehoito osuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Ohjaus: 2015_014*. Tillgänglig: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/12996_9/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y Hämtad: 13.11.2018
- Jacobsen, D., 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring*, 2. Tryck, Studentlitteratur
- Jamk.fi, 2019. *Kirjallisuuskatsaukset*. Tillgänglig: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/> Hämtad: 23.11.2019

- Johansson, K., 2007. Kirjallisuuskatsaukset–huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. *I verket Johansson, K*, pp.3-9.
- Kaleva.fi, 2011. *Nimisekaannus johti potilaan kuolemaan*. Tillgänglig: <https://www.kaleva.fi/uutiset/oulu/nimisekaannus-johti-potilaan-kuolemaan/425024/> Hämtad: 6.8.2019
- Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K., & Ojanen, J., 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas 4, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085493> Hämtad: 13.2.2019
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M., 2006. *To err is human. Building a safer health system*, National academy press
- Kollmann, M., 2004. *Henkilöstön luottamus muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa* Tillgänglig:https://jyx.jyu.fi/bits/stream/handle/123456789/11297/1/URN_NBN_fi_jyu-2005118.pdf Hämtad: 23.4.2019
- Kuitunen, T., Kuisma, P. & Hoppu, K., 2008. Medication errors made by health care professionals. Analysis of the Finnish Poison Information Centre data between 2000 and 2007. *European journal of clinical pharmacology*, 64(8), pp.769–774. Tillgänglig: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00228-008-0496-4.pdf> Hämtad: 13.11.2018
- Kuusikko, L., 2018. *Henkilöstön yhteistyöhön liittyvät lääkehoidon vaaratapahtumat erikoissairaanhoidossa*.Tillgänglig:http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180872/urn_nbn_fi_uef-20180872.pdf Hämtad: 16.4.2019
- Lagerspetz, O., 1998. Luottamus, yksilöllisyys ja yhteisö. I verket J. Kotkavirta & A. Laitinen, *Filosofian näkökulmia yhteisöllisyyteen*, 225-236. Jyväskylä: SoPhi.
- Luhmann, N., 1988. Familiarity, confidence, trust: problems and alternatives. I verket D. Gambetta, *Trust. Making and breaking cooperative relations*, 94-107. New York: Blackwell.
- Luokkamäki, S., 2015. *Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen*. Tillgänglig:http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150131/urn_nbn_fi_uef-20150131.pdf Hämtad: 29.7.2019
- Manias, E., Gerdtz, M.F., Weiland, T.J. & Collins, M., 2009. Medication use across transition points from the emergency department: identifying factors associated with medication discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy*, 43(11), pp.1755–1764.

- Mishra, A., K., 1995. Organizational responses to crisis. The centrality of trust. I verkett R., M., Kramer & T., R., Tyler (toim.), *Trust in organizations. Frontiers of theory and research*. 261-287. Thousand Oaks: SAGE.
- Mustajoki, P., 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy: Peijaksen sairaalan projekti. *Suomen lääkärilehti*, 60(23), pp.2623-2625.
- Nordic Medication Educators collaboration MEDICO, 2015. *The Nine Rights of Medication Administration*. Tillgänglig: https://www.hig.se/download/18.648d82761510575c326669fa/1448289966523/A5-kort_Nine%20Rights....pdf Hämtad: 14.2.2019
- Page, A. ed., 2004. *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. National Academies Press.
- Pasternack, A., 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*, 122(20), p.2459. Tillgänglig: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96057.pdf> Hämtad: 22.10.2018
- Reina, D., & Reina, M., 1999. *Trust and betrayal in the workplace*. San Fransisco: Berret-Koehler Publishers.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M., 2013. Lääkehoidon käsikirja. *Helsinki, Sanoma Pro Oy*.
- Salminen, A., 2011. *Mikä kirjallisuuskatsaus?: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Tillgänglig: https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1 Hämtad: 6.8.2019
- Sandlin, D., 2007. Improving patient safety by implementing a standardized and consistent approach to hand-off communication. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 22(4), pp.289–292.
- Sneck, S., 2016. *Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen* Tillgänglig: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210667.pdf> Hämtad: 13.4.2019
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2009. *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia*, vol. 3 Tillgänglig: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1 Hämtad: 9.2.2019
- Souza, M.T.D., Silva, M.D.D. & Carvalho, R.D., 2010. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), pp.102-106.

- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, 2007.
Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Tillgänglig:
https://thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf Hämtad: 13.11.2018
- Stenbäck, P. & Ahonen, J., 2019. Sjukskötares upplevda tillit gentemot sina kollegor vid läkemedelsadministrering.
Tillgänglig: <https://www.theseus.fi/handle/10024/173133>
Hämtad: 5.3.2021
- Suomen Sairaanhoidajaliitto, 2014. *Potilasturvallisuus*, A
Tillgänglig: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>
Hämtad: 14.11.2018
- Suomen Sairaanhoidajaliitto, 2014. *Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet*, B
Tillgänglig: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuusohjeet.pdf>
Hämtad: 7.11.2018
- Taam-Ukkonen, M. & Saano, S., 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet.
Helsinki: WSOYpro.
- Tamminen, J., 2012. Hoitajien yleinen virhe- ”Erittäin vaikea tilanne”,
Uusisuomi. Tillgänglig: <https://www.uusisuomi.fi/kotimaa/121448-hoitajien-yleinen-virhe---erittain-vaikea-tilanne> Hämtad: 6.8.2019
- Tamminen, J., & Metsävainio, K-M., 2015. *Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta* Tillgänglig:
http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf Hämtad: 14.11.2018
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011. *Potilasturvallisuusopas*
Tillgänglig: <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
Hämtad: 9.2.2019
- Valvira, 2018, *Läkehoidon toteuttaminen*
Tillgänglig: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen#eri-ammattiryhmien-tehtavat-laakehoidon-toteuttamisessa
Hämtad: 25.1.2019
- Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H.S. & Torniainen, K., 2006. Lääkehoito hoitotyössä. *Helsinki: wsoy, 1(2)*.
- Whittemore, R. & Knafl, K., 2005. The integrative review: updated methodology.
Journal of advanced nursing, 52(5), pp.546-553.
- World Health Organization, Drafting Group of the ICPS, 2007,
Report on the results of the web-based modified Delphi survey of the intern

ational classification for patient safety overview.
Tillgänglig: http://www.who.int/patientsafety/events/media/report_drafting_group_8_06_2007.pdf. Hämtad: 23.4.2019

World Health Organization, 2008. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research.* Tillgänglig: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Hämtad: 2.11.2018

Ylitörmänen, T., 2011. *Sairaanhoitajien välinen yhteistyö-kyselytutkimus sairaanhoitajille sairaalassa.* Tillgänglig: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150065/urn_nbn_fi_uef-20150065.pdf
Hämtad: 29.7.2019

Ödegård, S. ed., 2013. *Patientsäkerhet: teori och praktik.* Liber.

