

Runa Sandøy Monstad

## Avvikshåndtering - noe å lære av?

En kvalitativ studie av enhets- og  
avdelingslederens tanker og erfaringer

Masteroppgave i Farmasi

Veileder: Hege Therese Bell

Juni 2021



Runa Sandøy Monstad

## **Avvikshåndtering - noe å lære av?**

En kvalitativ studie av enhets- og avdelingslederens tanker og erfaringer

Masteroppgave i Farmasi  
Veileder: Hege Therese Bell  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for klinisk og molekylær medisin



# Sammendrag

## Bakgrunn

Bakgrunnen for denne masteroppgaven er å undersøke hvilke erfaringer ledere har med å håndtere legemiddelhåndteringsavvik i primærhelsetjenesten. Dagens legemiddelbrukere i primærhelsetjenesten lever lengre med flere kroniske sykdommer og bruker ofte flere legemidler samtidig. Flere studier viser ofte medvirkende årsaker til legemiddelhåndteringsavvik, og at det er behov for mer kunnskap om legemidler blant helsepersonell. Det er mindre kjent hva som skal til for å lykkes med sikker og god avvikshåndtering, forståelse av avvik, og erfaringer med å behandle avvik. Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan enhets- og avdelingsledere i kommunale enheter opplever å arbeide med avvikshåndtering, og beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer med avvikshåndtering.

## Materiale og metode

En kvalitativ metode basert på tre fokusgruppeintervju med enhets- og avdelingsledere, ulike steder i Trøndelag. Intervjuene ble tatt opp og transkribert verbatim, og videre analysert. Materialet i intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

## Resultat

Informantene hadde flere tanker og erfaringer med avvikshåndtering. Verktøy som kollegaveiledning, hjelp fra kommunefarmasøyter og ledermøter bidro til å heve kompetansen hos ledere og ansatte. Strakstiltak og caser var verktøy som økte bevisstheten til ansatte rundt hvilke tiltak som skulle gjennomføres ved oppdaget avvik. Kunnskap om legemiddelhåndteringsavvik, et optimalt fungerende avvikssystem og en god rapporteringskultur var viktig for å få ansatte til å melde legemiddelhåndteringsavvik. Et trygt og åpent arbeidsmiljø bidro til at avvik ble meldt inn, og ga muligheten for å lære av innmeldte avvik. Det var viktig for ledere å ta avvik på alvor, for å gi et signal til de ansatte om at innmeldte avvik førte til endringer. På den andre siden var ansattes holdninger og fokus i arbeidshverdagen faktorer som kunne gjøre det vanskelig å lære av innmeldte avvik. Avvikets form, hvordan avvikene var beskrevet og formulert påvirket om ledere kunne bruke avvik til læring blant personalet.

## Konklusjon

Farmasøyter i et tverrfaglig samarbeid bidro til å skape læring gjennom refleksjon og diskusjon, og reduserte forekomsten av avvik gjennom forbedringstiltak i legemiddelhåndteringen. Strakstiltak og caser kunne øke ansattes bevissthet rundt avviksrapportering, og bidra til å skape læring av innmeldte avvik. Hos noen ledere kunne det foreligge en manglende forståelse av å se viktigheten av kontinuerlig avviksrapportering, der forekomst av lite innmeldte avvik ble sett på som noe positivt. Bedre forståelse av ansattes og ledes holdninger og kunnskap om avviksrapportering og -håndtering vil være viktig for å i større grad lykkes med å lære av innmeldte avvik.

## Abstract

### Background

The background for this master's thesis is to investigate what experiences managers have with handling medication errors in the primary health care service. Today's drug users in the primary health care service live longer with several chronic diseases and often use several drugs at the same time. Several studies show contributing causes to medication errors, and that there's a need for more knowledge about drugs among healthcare professionals. It is less known what it takes to succeed with safe and good deviation management, understanding of deviation management and experiences of treating deviations. The purpose of this assignment is to explore how unit- and department heads in municipal units' experience working with deviation management and describe perceived success factors and challenges with deviation management.

### Material and method

A qualitative method based on three focus group interviews with unit- and department leaders, in different places in Trøndelag. The interviews were recorded and transcribed verbatim, and further analyzed. The material in the interviews was analyzed using systematic text condensation.

### Result

The informants had several thoughts and experiences with deviation management. Tools such as peer guidance, help from municipal pharmacists and management meetings helped to raise the competence of managers and employees. Immediate measures and cases were tools that increased employees' awareness of which measures were to be implemented in case of medication error discovered. Knowledge of medication errors, an optimally functioning medication error system and a good reporting culture was important in getting employees to report medication errors. A safe and open work environment contributed to medication errors being reported and provided the opportunity to learn from reported deviations. It was important for managers to take medication errors seriously, in order to give a signal to employees that reported deviations led to changes. On the other hand, employees' attitudes and focus were factors that could make it difficult to learn from reported medication errors. The form of the discrepancy, how the discrepancies were described and formulated affected whether managers could use discrepancies for learning among staff.

### Conclusion

Pharmacists in an interdisciplinary collaboration contributed to creating learning through reflection and discussion and reduced the incidence of errors through improvement measures in management of medication error. Immediate measures and cases could increase employees' awareness of medication error reporting and contribute to creating learning from reported deviation. Some managers may have a lack of understanding of seeing the importance of continuous deviation reporting, where the occurrence of few medication errors was seen as something positive. A better understanding of employees' and managers' attitudes and knowledge of reporting and handling medication error will be important in order to succeed to a greater extent in learning from reported medication errors.

## Forord

Denne oppgaven markerer slutten på mange fine år som student, både ved Nord Universitet og NTNU. Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, lærerikt og interessant, og det er flere jeg har lyst til å takke når jeg nå har kommet i mål.

Først og fremst en stor takk til min kunnskapsrike og engasjerte veileder Hege Therese. Tusen takk for din tålmodighet, støttende ord og positivitet når ting underveis har vært utfordrende.

Du er en stor inspirasjon, og takk for alt du har lært meg.

Jeg vil også takke alle enhets- og avdelingslederne som takket ja til å stille til intervju, og dele sine erfaringer med avvikshåndtering. Uten dere hadde det ikke blitt noe forskningsprosjekt, så tusen takk.

Tusen takk John Einar for at du er den du er, og for all støtte gjennom studietiden.

Til slutt vil jeg også takke Vibeke og Karoline for korrekturlesing og gode innspill.

Runa Sandøy Monstad

Trondheim, 15.juni 2021

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>I</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>II</b>
<b>Forord</b> .....	<b>III</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>IV</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Studiens tematikk og bakgrunn .....	1
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål .....	3
<b>2 Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 Pasientsikkerhet.....	4
2.1.1 Legemiddelhåndtering.....	4
2.1.2 Kunnskap om legemidler.....	5
2.1.3 Legemiddelhåndteringsavvik .....	6
2.1.4 Avviksrapportering.....	7
2.2 Ledelse og ansvarsrolle .....	9
2.3 Barrierer knyttet til avviksrapportering.....	11
2.3.1 Travelhet og dokumentasjon .....	11
2.3.2 Fryktkultur.....	12
2.3.3 Avvikssystem .....	13
2.3.4 Kunnskapsmangel .....	13
2.3.5 Holdninger.....	14
2.3.6 Manglende tilbakemeldinger .....	14
2.4 Tverrfaglig samarbeid .....	15
2.4.1 Farmasøytens rolle .....	15
<b>3 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1. Kvalitativ metode .....	17
3.2 Utvalg og rekruttering av informanter.....	17
3.3 Datainnsamling.....	19
3.3.1 Intervjuguide .....	19
3.3.2 Gjennomføring av intervju .....	19
3.4 Dataanalyse .....	21
3.4.1 Transkribering .....	21
3.4.2 Analysemetode .....	21
3.4.2.1 Få et helhetsinntrykk .....	22
3.4.2.2 Identifisere meningsbærende enheter .....	22
3.4.2.3 Kondensering.....	22
3.4.2.4 Sammenfatning.....	23
3.5 Forskningsetiske overveielser .....	23
<b>4 Resultat</b> .....	<b>24</b>
4.1 Skape læring .....	25
4.1.1 Årsaksavklaring og forankring.....	26
4.1.2 Kompetanseheving .....	27
4.1.3 Problembasert læring.....	29



4.2 Premisser .....	30
4.3 Fremmer læring .....	31
4.3.1 Kompetanse og forventningsavklaring .....	32
4.3.2 Trygt miljø og åpenhet .....	32
4.3.3 Ta avviket på alvor .....	33
4.4 Hemmer læring .....	34
4.4.1 Ansattes holdning/fokus og prioritering .....	34
4.4.2 Avvikets form .....	35
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>37</b>
5.1 Presentasjon av hovedfunn .....	37
5.2 Avviksrapportering som kvalitetsforbedrende arbeid .....	38
5.3 Avviksrapportering krever et trygt og bevisst arbeidsmiljø .....	40
5.4 Mangel på kunnskap er en trussel for pasientsikkerhet .....	42
5.5 Bevisstgjøring og refleksjon fremmer læring .....	45
5.6 Tverrfaglighet øker pasientsikkerheten .....	47
<b>6 Diskusjon av metode .....</b>	<b>50</b>
6.1 Metodevalg .....	50
6.2 Utvalg og rekruttering .....	51
6.3 Gjennomføring av intervju .....	52
6.4 Analyse av datamaterialet .....	53
<b>7 Konklusjon .....</b>	<b>55</b>
<b>8 Veien videre .....</b>	<b>56</b>
8.1 Implikasjoner for praksis .....	56
8.2 Implikasjoner for videre forskning .....	57
<b>Referanseliste .....</b>	<b>58</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>61</b>
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	62
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene .....	63

# 1 Innledning

I dette kapittelet presenteres studiens tematikk og bakgrunn, inkludert kort om tidligere forskning og litteratur. Videre beskrives egen forforståelse, samt oppgavens hensikt og forskningsspørsmål.

## 1.1 Studiens tematikk og bakgrunn

Legemiddelmeldingen (2014-2015) er klar på at man fremover vil møte en mer avansert pasientbehandling som i større grad vil foregå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (1). En økende levealder i den norske befolkningen gjør at antallet pasienter som krever et velfungerende helsevesen stiger. Pasienter lever lengre med flere kroniske sykdommer og bruker ofte flere legemidler samtidig (2). Økt legemiddelbruk øker omfanget av legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten, som gir et stort behov for bred kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering i helsevesenet. Det er nødvendig med et helsepersonell som innehar høy og tverrfaglig kompetanse, for å sikre god pasientsikkerhet (3). En vesentlig og viktig del av pasientsikkerheten er riktig bruk av legemidler i omsorgstjenesten, som bidrar til bedre helse og økt livskvalitet. Utenfor sykehus i Norge anslås det at legemidler er årsaken til 190 dødsfall og 160 000 utilsiktede hendelser hvert år, der 35% av disse tilfellene kan forebygges (4). Dette viser viktigheten av trygg og riktig legemiddelhåndtering, samt legemiddelbruk. Samtidig vil velfungerende systemer som fanger opp utilsiktede hendelser være viktig for å videre forebygge og lære av hendelsene som har oppstått.

Paragraf 4 i Helsepersonelloven (5) krever at helsepersonell viser forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Dette innebærer at man som helsepersonell skal utføre arbeid som samsvarer med krav til faglig forsvarlighet. Avvikshåndtering er en viktig del av forsvarligheten som helsepersonell utøver, for å videre forebygge alvorlige feil og følger ved legemiddelhåndtering (6). Flere studier (2, 7) viser at helsepersonell generelt er for dårlig til å rapportere legemiddelhåndteringsavvik, som videre gir utfordringer med å lære av feilene som har blitt gjort. Det finnes ulike årsaker til hvorfor helsepersonell ikke rapporterer legemiddelhåndteringsavvik. Grunnet tidspress kan det ofte være for travelt til å skrive avviksmeldinger, og mangel på tid og sykepleiere kan føre til at rapportering av avvik blir nedprioritert til fordel for andre arbeidsoppgaver (8). Arbeidskultur, kunnskap og holdninger påvirker i hvilken grad ansatte rapporterer avvik (9). Samtidig kan tidspress, manglende

kunnskap om legemidler og manglende opplæring bidra til at legemiddelhåndteringsavvik oppstår (10).

Som farmasistudent har jeg lært mye om legemidler og riktig legemiddelbruk, samt hvor viktig det er med optimal legemiddelbehandling, spesielt hos eldre. Interessen min for temaet legemiddelhåndteringsavvik og avviksrapportering er basert på generelt liten erfaring, men stor nysgjerrighet og engasjement. Gjennom utdanningen har det vært lite fokus på avvik og avvikshåndtering, og jeg hadde derfor minimalt med kunnskap om avvikshåndtering da jeg begynte forskningsprosjektet. Likevel finner jeg avvikshåndtering som et av de viktigste områdene for å forebygge feil knyttet til legemiddelhåndtering. Min forforståelse inn i prosjektet er preget av at jeg er farmasøyt med stor lidenskap for riktig legemiddelbruk, uavhengig av alder hos legemiddelbrukeren. Av den grunn finner jeg det veldig nyttig å kunne få belyst viktigheten av avvikshåndtering, som kan bidra til riktig legemiddelhåndtering gjennom å lære av innmeldte legemiddelhåndteringsavvik. Informasjon fra artikler i media viser at det foreligger ulike holdninger til avvikshåndtering, samt hvorvidt avviksregistrering er nyttig eller ikke. I oppstartsfasen kom jeg over mange kronikker og innlegg som omhandlet blant annet avvikssystem som ikke fungerer (11), enhetsledere som jobber med god faglighet men er marginalt bemannet (12) og mangel på forbedring når alvorlige avvik forekommer, da det hjelper lite å melde avvik når ansatte ikke får tilbakemelding (13). I lys av dette ble jeg videre interessert og nysgjerrig på hvordan ledere erfarer å jobbe med avvik i omsorgstjenesten, og videre hvordan avvik håndteres. Disse erfaringene kan om mulig bidra til å i større grad sette fokus på avvikshåndtering, viktigheten av det, og samtidig gi et større fokus på utvikling av trygge og gode tjenester knyttet til riktig legemiddelhåndtering og legemiddelbruk. Informasjon om årsaker til legemiddelhåndteringsavvik og hva som fører til underrapportering, er viktig å kartlegge for å videre søke forbedringer i pasientsikkerhet og anbefale måter å forbedre dagens kliniske praksis. Å identifisere fremmere og hemmere knyttet til legemiddelsikkerhet og avvikshåndtering vil samtidig gjøre det enklere å forstå hva som forbedrer praksisen, samt hva som ikke fungerer.

## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Generelt finnes det lite studier som omhandler avvikshåndtering i primærhelsetjenesten med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Det fokuseres ofte på hvilke avvik som rapporteres, underrapportering av avvik og hvilke faktorer som fungerer som barrierer for avviksrapportering. Forskning omhandler generelt lite om forståelse av avvik, erfaringer med å behandle avvik, samt hva som skal til for å lykkes med sikker og god avvikshåndtering. Hensikten med denne studien er å utforske hvordan enhets- og avdelingsledere i kommunale enheter opplever å arbeide med avvikshåndtering, og beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer med avvikshåndtering. Dette gjøres ved å gjennomføre intervju av ledere som ønsker å dele sine erfaringer med hvordan de har jobbet med legemiddelhåndteringsavvik.

Dette gjør at jeg har kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvordan benytter enhetsledere/avdelingsledere innmeldte legemiddelhåndteringsavvik i kommunens avvikssystem til læring blant enhetens personale?*
2. *Hvilke fremmere og hemmere beskriver enhetsledere/avdelingsledere for å bruke innmeldte avvik til læring blant personalet?*

## 2 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet presenteres tidligere forskning og litteratur om temaet.

### 2.1 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (14). Pasientskader er et stort problem globalt og nasjonalt, der omtrent halvparten av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten (15). En systematisk kunnskapsoppsummering anslår at det oppstår en uønsket hendelse i to til tre av 100 pasientmøter i primærhelsetjenesten (16). Den Nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring understreker nødvendigheten med forbedring av pasientsikkerhetskulturen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er fortsatt for mange pasienter som gjennomgår skade eller uheldige hendelser i helsetjenesten (15). Å kunne adressere og forstå pasientsikkerhetskulturen er en viktig del av forbedringen av pasientsikkerheten i primærhelsetjenesten (17). Pasientsikkerhetskultur handler om hvilke verdier, holdninger og oppfatninger som foreligger i en helseorganisasjon, som videre bestemmer forpliktelsen til, og ferdighetene hos organisasjonen som sørger for pasientsikkerhet. En god pasientsikkerhetskultur er assosiert med mindre alvorlige hendelser og mer positive pasienterfaringer (17). Håndtering av legemidler er en viktig del av helsehjelpen som ytes til mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester (6). Trygg og korrekt legemiddelhåndtering bidrar til god pasientsikkerhet, gjennom å forhindre alvorlige hendelser og pasientskade knyttet til håndtering av legemidler (15).

#### 2.1.1 Legemiddelhåndtering

Paragraf 3 i legemiddelhåndteringsforskriften (18) definerer legemiddelhåndtering som enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er rekvirert eller ordinert, til det er utdelt eller kassert. Håndtering av legemidler er en komplisert og sammensatt prosess, som blant annet inkluderer tilberedning, kontroll, administrering og observasjon. I tillegg inngår dokumentasjon av virkning, mulige bivirkninger og rapportering av eventuelle avvik (6). Formålet med legemiddelhåndteringsforskriften er å bidra til en riktig og god legemiddelhåndtering, men gir samtidig ikke utfyllende informasjon om hvordan praktiske problemer i legemiddelhåndteringen skal håndteres (18). I rundskrivet til legemiddelhåndteringsforskriften (6) kan man søke informasjon om råd og praktiske eksempler for å opprettholde gode rutiner og sikre kvaliteten på legemiddelhåndteringen.

Legemiddelhåndtering er en delprosess i pasientens helhetlige behandling, der det stilles krav til helsepersonellens faglige forsvarlighet gjennom hele legemiddelhåndteringen. Dette innebærer at helsepersonellet som håndterer legemidler har tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter som kreves for å sikre faglig forsvarlighet gjennom hele pasientbehandlingen (6).

### 2.1.2 Kunnskap om legemidler

Kunnskap om legemidler er av stor betydning for trygg legemiddelhåndtering, og manglende legemiddelkunnskaper er ofte årsaken til avvik og uønskede hendelser i legemiddelhåndteringen (19). Feil i legemiddelhåndteringen kan komme av manglende farmakologiske kunnskaper som videre gir manglende kunnskap om interaksjoner, virkningsmekanismer og kontraindikasjoner. Manglende legemiddelkunnskaper reduserer sykepleieres evne til å utføre sikker praksis i legemiddelhåndteringen og kan få alvorlige konsekvenser for pasientene (19). Det er lovpålagt (6) at helsepersonell skal ha faglig kompetanse og erfaring på ulike områder i legemiddelhåndteringsprosessen. Disse områdene inkluderer kunnskap om legemidlenes virkning og virkemåte, holdbarhet, oppbevaring, legemiddelformer, byttbare legemidler, interaksjoner, bivirkninger og kunnskap om dosering. Samtidig skal det foreligge kompetanse knyttet til legemiddelregning, dokumentasjon og avvikshåndtering (6).

Sykepleiere med gode legemiddelkunnskaper og som kontinuerlig oppdaterer sin kunnskap, gjør færre legemiddelhåndteringsfeil enn de som ikke oppdaterer kunnskapen sin (19). Institusjoner i primærhelsetjenesten må internt fokusere på faglig oppdatering og faglige problemstillinger innen legemiddelhåndtering for å videre sikre faglig forsvarlig praksis (19). Forskning viser at det er et stort behov for mer kunnskap hos helsepersonell på mange områder innen legemiddelhåndtering (3, 7, 8, 10, 19, 20). Kontinuerlig oppdatering av legemiddelkunnskaper er viktig, der kurs innen legemiddelhåndtering bør tilbys og være obligatoriske for alle ansatte som har ansvar for legemiddelhåndtering (19). For å hindre legemiddelhåndteringsavvik, samt øke pasientsikkerheten knyttet til riktig og sikker legemiddelbruk, iverksettes ofte ulike sikkerhetstiltak (8, 16). Dette innebærer tiltak som dobbeltkontroll av opplagte legemidler og opplæring i legemiddelhåndteringen (8), samt tiltak som retter seg mot å bedre kunnskapen hos helsepersonell vedrørende legemiddelhåndtering og pasientens legemiddelbruk (2). Dette kan gi effekter som økt faglig bevissthet, en bedre oversikt over legemidler og bruken av dem (2). Likevel avdekkes alvorlige mangler i legemiddelhåndteringen i ulike sykehjem (8).

### 2.1.3 Legemiddelhåndteringsavvik

I §7 i Legemiddelhåndteringsforskriften (18) står det at «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte».

Legemiddelhåndteringsavvik innebærer feil som er utført under legemiddelhåndteringsprosessen og kan være en følge av feil i oversikten over pasientens legemidler, svikt i dokumentasjon, manglende oppfølging av helsetjenesten og kommunikasjonssvikt mellom behandlere (21). Feil i legemiddelhåndteringen kan kategoriseres som brudd på en av de 7 R-ene (3). De 7 R-ene betegnes ved at riktig legemiddel og legemiddelform gis på riktig måte til riktig pasient i riktig styrke eller dose, og til riktig tid. Legemiddelhåndteringsavvik er en kritisk arena vedrørende trygg og riktig legemiddelbruk (22). Slike avvik eller utilsiktede hendelser kan, eller har potensiale til å føre til skade hos legemiddelbrukere og er videre en trussel mot pasientsikkerheten (21). Feilbruk av legemidler fører til sykehusinnleggelse, alvorlige skader, og flere dødsfall årlig. Minst én av ti sykehusinnleggelser av eldre på medisinsk avdeling er forårsaket av feilbruk av legemidler (7). Alvorlig skade eller dødsfall skyldes ofte en akkumulasjon av mindre alvorlige avvik, som viser viktigheten av å kunne fokusere på kontinuerlig systemforbedring for å forbedre pasientsikkerheten (7). Ulike typer legemiddelhåndteringsavvik kan innebære legemiddel gitt til feil tidspunkt, feil dose av legemiddel, feil legemiddel, legemiddel gitt til feil pasient eller at dose/legemiddel ikke er gitt (22). Avvik ved legemiddelhåndteringen kan også innebære at legemidlet blir administrert på feil måte (23).

Årsaker til at legemiddelhåndteringsavvik oppstår er gjerne komplekse og sammensatte, og er videre vanskelig å forebygge og lære av dersom de ikke meldes (2). Travelhet og lite ansatte på jobb er en viktig medvirkende årsak til legemiddelhåndteringsavvik (10, 17, 22, 24). Travelhet i arbeidshverdagen kan bidra til at ansatte glemmer å gjennomføre dobbeltkontroll før legemiddeladministrasjon, og videre bidra til avvik i legemiddelhåndteringen (25). Mangel på kunnskap om legemidler er også en av årsakene til legemiddelhåndteringsavvik (10, 19, 22, 25, 26), der feil innen legemiddelhåndteringen øker med mindre basiskunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering (3). I den norske studien skrevet av Kirkevold & Engedal (20) ble det utviklet et spørreskjema som inkluderte 463 sykehjem. Resultatene i studien viser at knusing/deling av legemidler ikke ble registrert som avvik, selv om legemidlet ikke skulle knuses/deles. Personalet oppfattet ikke knusing/deling som et avvik fra standard prosedyre for administrasjon av legemidler, og studien konkluderte med at det er behov for mer og bedre kunnskap om legemidler. En studie skrevet av Svitlica et al. (26) undersøkte årsaker til

legemiddelhåndteringsavvik, der like legemiddelnavn, like legemiddelpakninger og generiske legemidler oppgis å være medvirkende årsaker til avvik. En annen studie viser at ansatte kan bli usikker når de skal administrere det foreskrevne legemidlet, dersom det foreligger både originalt legemiddel og generisk legemiddel, hvor det forelå en mangel i klarhet i denne problematikken (23). Wannebo & Sagmo (19) understreker at det kreves tilrettelegging for kompetanseheving og vedlikeholdelse av kunnskapen hos ansatte, samt en individuell innsats hos sykepleiere for å holde kunnskapen oppe.

Forskning viser at manglende forståelse for hvordan feil oppstår, samt manglende etterlevelse av å følge prosedyrer bidrar til avvik i legemiddelhåndteringen (25). Andre årsaker til legemiddelhåndteringsavvik kan være manglende motivasjon (25), ulike holdninger (26), konsentrasjonsmangel (3), manglende ansvarsfølelse (10) og avbrytelser ved istandgjøring av legemidler til pasient (8). Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell (10, 25, 26) og mangel på nok informasjon om pasientens legemidler (23), er andre årsaker til legemiddelhåndteringsavvik. Mangel på nok informasjon kan innebære at det ikke er gitt tilstrekkelig informasjon fra lege, eller at det er manglende eller feil informasjon fra sykehuset etter at medisinsliste er oppdatert. Dersom medisinslistene ikke er oppdatert, kan det videre være en medvirkende årsak til avvik i legemiddelhåndteringen (23).

Legemiddelhåndteringsavvik oppstår ofte i situasjoner der helsepersonell mangler erfaring med håndtering av legemidler (19), når det foreligger manglende eller dårlige rutiner (3, 23), eller i situasjoner der helsepersonell eksponeres for nye situasjoner (22). Helsepersonell er viktige i jobben med å forhindre legemiddelhåndteringsavvik (22, 25, 26). En internasjonal studie (27) viste at utdanning og treningsaktiviteter knyttet til rapportering av legemiddelhåndteringsavvik er nødvendig for å oppmuntre til kontinuerlig avviksrapportering, samt trening på å forstå viktigheten av å identifisere og rapportere legemiddelhåndteringsavvik. Ved å benytte avviksrapportering som en arena for læring, kan avviksrapportering og håndtering av avvik bidra til å redusere feil i legemiddelhåndteringen (3).

#### 2.1.4 Avviksrapportering

Kommunale helse- og omsorgstjenester er underlagt krav om plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, for å videre forbedre kvaliteten og sikkerheten på helsevesenet (28). Kontinuerlig systemforbedring handler om å kunne se forbi det individuelle ansvaret, da det ofte foreligger forbedringspotensialet på systemnivå (7, 25).



Å jobbe systematisk med kvalitetsforbedrende arbeid kan oppnås gjennom ulike metoder og verktøy (29). Avviksrapportering er en viktig del av det kvalitetsforbedrende arbeidet, gjennom å lære av innmeldte avvik for å videre forbedre legemiddelhåndteringen (7, 25). Under §4 i forskriften om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (18) stilles det krav til at virksomhetene skal ha prosedyrer for evaluering og kontroll, og vurdering av risikoforhold, samt sørge for at avvik rapporteres. I rundskrivet til forskriften utgitt av helsedirektoratet (6) står det: «Avvik i legemiddelhåndtering og feil eller nesten feil gir virksomheten et godt grunnlag for forbedringsarbeid og risikovurdering».

Avvik i helsetjenesten er primært et resultat av svakheter i systemet (27). Alle legemiddelhåndteringsavvik burde meldes selv om pasienten påvirkes av det eller ikke (30). Det vil være problematisk å kun melde de avvikene man selv mener kan føre til skade hos pasienten, da det foreligger læring i alle avvikene (31). For å sørge for god nok pasientsikkerhet, er det nødvendig å identifisere og forstå hvilke avvik som meldes og årsakene til at det forekommer avvik. Dette kan oppnås gjennom avviksrapportering via et effektivt avvikssystem som er et viktig verktøy for å forbedre pasientsikkerheten (32), samt arbeide med kvalitetsforbedring i helsetjenesten (33). Et effektivt avvikssystem påvirker pasientsikkerheten gjennom identifisering av avvik som har til hensikt å skape et tryggere system (34). Å benytte et avvikssystem til å rapportere avvik gjør det mulig for ledere å få nyttig og verdifull informasjon på hva det er som ikke fungerer, og videre hva som forårsaker avvik (35). I en internasjonal studie av Holmström et al. (32) kom det frem at et godt og effektivt avvikssystem skulle være enkelt å bruke, gi en mulighet til å evaluere årsaker til avvik og samtidig gi tilbakemeldinger på resultater av avviksanalyse hos de som er involvert i rapporteringen. Den samme studien etterlyser at et avvikssystem bør gi anbefalinger og retningslinjer for å forbedre legemiddelsikkerhet, som videre ville bidra til å forstå hvorfor avviksrapportering er nødvendig. En annen studie viser at ansatte må læres opp for å kunne håndtere et avvikssystem (9). Selv om et avvikssystem er implementert tar det tid å integrere det blant ansatte, og også ledere, der god integrering krever kontinuerlig opplæring og kunnskapsutvikling (33). Informasjonen fra avviksregistrering benyttes i en kontinuerlig kvalitetsforbedring, gjennom å forbedre systemet og rutiner som allerede foreligger (7). Å melde avvik skal gi informasjon om alvorlige og mindre alvorlige avvik, for å videre forebygge at lignende hendelser oppstår gjennom å lære av de feilene som er gjort (7, 35). For å vite hva man trenger å forbedre er det viktig å avdekke hva som ikke fungerer, der innmeldte avvik kan være til hjelp for å avdekke at et system ikke fungerer optimalt. Det er

også viktig å foreta en analyse av årsaken til avviket, for å kunne vurdere om feilene bør få følger for rutinene (7).

Avviksrapportering har ført til positive forbedringer i sikkerhet gjennom systematiske gjennomganger av hendelser, forståelse og læring av avvik (36). Å lære av avvikene som meldes er den mest rapporterte egenskapen til et godt og effektivt avvikssystem (32). Avviksrapportering har gitt økt fokus på alvorlige hendelser, samt hvordan fremme rapportering og lære av avvik (36). Årsaker som forhindrer vellykket rapportering av avvik er mange og varierte. For at rapportering skal være effektivt, må det være en klar bevissthet for rapporteringens relevans og hensikt i helsetjenesten. Det er nødvendig at helsepersonell deler en kultur som fremmer pasientsikkerhet og forbedringer, for å sikre en beskrivelse av omgivelsene og årsakene som fører til at avvik oppstår (36). Et godt og åpent arbeidsmiljø, samt en god avvikskultur øker sannsynligheten for avviksrapportering. Dette viser resultater fra den internasjonale studien av Samsiah et al. (27), hvor en god avvikskultur fokuserer på hva som må forbedres med systemet, mer enn å påpeke hvem som gjorde et avvik. Den samme studien viste at en følelse av ansvar overfor pasientene fremmet rapportering av legemiddelhåndteringsavvik. Samtidig vil god nok trening på rapporteringsprosessen, tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet, hva og når man skal rapportere og anonym rapportering bidra til at ansatte i større grad rapporterer avvik (27). Et trygt og positivt miljø på arbeidsplassen forbedrer legemiddelsikkerheten, samtidig som at et støttende miljø er grunnleggende for god kommunikasjon og suksess (22). Tillit og åpen kommunikasjon om avvik er viktig, da det kan redusere risikoen for fremtidige avvik, men også forhindre eventuell skade fra avvik som allerede har skjedd (23). For at ansatte skal melde avvik er det avgjørende at ledere gir rask tilbakemelding, samt oppfølging av innmeldte avvik (33).

## 2.2 Ledelse og ansvarsrolle

Ledere har en viktig rolle i kvalitetsforbedring i pleien gjennom å sørge for kontinuerlig avviksrapportering. I følge forskrift om legemiddelhåndtering er det virksomhetsleder som skal sørge for internkontroll, deriblant prosedyrer for avvikshåndtering (18). For at avviksrapportering skal kunne bidra til økt pasientsikkerhet, vil ledernes erfaring og kompetanse i å bruke avvik til læring være avgjørende (31). Uønskede hendelser danner utgangspunkt for kvalitetsforbedring i pleien, der flere studier har vist at det er viktig at ledere motiverer ansatte til å rapportere avvik (2, 27, 34). Dette på bakgrunn av at en motivasjon av

ansatte bidrar til økt avviksrapportering på arbeidsplassen, og det er lederes ansvar å foreta endringer dersom prosedyrene ikke er tilstrekkelig (2). Ledere skal sørge for utvikling, implementering og oppfølging av prosedyrer, samt instruksjoner for legemiddelhåndtering. Det er også lederes ansvar å sørge for at rutiner videreutvikles og følges opp, som inkluderer prosedyrer for risikovurdering, evaluering og avvikshåndtering (3). Forskning viser at en ledelse med gode kunnskaper og ferdigheter innen sikkerhetsarbeid, bidrar til en mer positiv holdning hos den enkelte ansatt, samt en sterkere sikkerhetskultur i enheten (16). Lederne som benytter avvikene aktivt på møter, har en større grad av avvik som meldes inn til seg (37). Johannessen et al. (24) finner i sin studie at hos noen ledere forelå det ikke noen spesielle rutiner for behandling av innmeldte avvik, men avvikene ble diskutert på ledermøter med et formål om å lære. Det var viktig for lederne i studien å diskutere avvikene hyppig, der læringspotensialet ble sett på som størst umiddelbart etter en hendelse var rapportert. Avvikene ble tatt opp på personalmøter, men det var ikke bestandig god nok tid til å diskutere avvikene i detalj.

Ansattes kunnskap om legemidler og avvikshåndtering er viktig for kontinuerlig avviksrapportering. Det er i stor grad lederes ansvar å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter knyttet til legemiddelhåndteringen, og videre avklare hvilke forventninger lederne har til arbeidstakerne (3). Storli et al. (8) poengterer at ledelsen må øke oppmerksomheten på risiko ved legemiddelbruk, samt tilrettelegge for systematisk opplæring og utvikling av legemiddelkompetanse. Denne opplæringen må samtidig inkludere tid til refleksjon og vurderinger av bakenforliggende årsaker til avvik. Delegering av roller og ansvar til de ansatte er viktig for å skape motivasjon, engasjement og økt kompetanse i kvalitet og pasientsikkerhet (38). Ledere må inkludere og høre på ansattes meninger om hvordan ting bør gjøres, der ansvarsdelegering sørger for at ny kunnskap når alle ansatte (38). Et samarbeid mellom ledere og ansatte kan fremme læring, skape diskusjon og samtidig lære av hva som går bra på arbeidsplassen. Dette viser den tidligere nevnte studien fra Johannessen et al. (24), der samarbeid kan forbedre både læring i organisasjonen og øke arbeidsengasjementet. Samtidig foreligger det en utfordring hvor ledere mangler verktøy som kan bidra til å skape en oversikt og plan for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet. Studien konkluderer med at det er nødvendig med passende styringsverktøy med et mål om refleksjon og dialog, for å iverksette tiltak i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet (24). Ulvund et al. (39) viser at holdningsskapende opplæring i pasientsikkerhetsarbeid fører til økt oppmerksomhet på avvik, og større kompetanse til å identifisere og varsle dem.

Ansatte kan føle seg mer motivert for å rapportere legemiddelhåndteringsavvik dersom de mottar tilbakemeldinger fra ledere. Dette viser Samsiah et al. (27) hvor mangel på tilbakemeldinger demotiverte ansatte til å melde avvik senere. Dersom ansatte følte at det nyttet å melde avvik, med fortløpende endringer på arbeidsplassen, ville de i større grad rapportere avvik. Disse endringene kunne innebære forbedringer i medisinnrommene hvor pasientenes legemidler ble oppbevart (27). Det vil også være avgjørende at innmeldte avvik blir behandlet og ført videre dersom man skal kunne bruke avvikene til læring (7). Det er nødvendig at ledere som mottar og håndterer avvik gir tilbakemeldinger innen rimelig tid, etter meldt avvik (36). Tilstrekkelig tilbakemelding på rapporterte avvik viser effektiv kommunikasjon mellom ledere og ansatte, der avvik brukes som en kilde til læring (27). Effektiv lukking av avvik krever ærlighet av ledere, slik at etterlevelse av kravet til rapportering påvirkes av både administrative svar og personlige synspunkter (30).

### 2.3 Barrierer knyttet til avviksrapportering

En viktig forutsetning for å kunne lære av avvik, er at avvikene faktisk meldes inn. En oppsummeringsstudie om legemiddelbruk og pasientsikkerhet (2) viser at helsepersonell generelt er for dårlig til å melde avvik, som videre gir utfordringer med å lære av feilene som har blitt gjort. Å skrive avviksmeldinger er ikke noe man velger å gjøre, da dette er lovpålagt (6). Flere studier viser samtidig at underrapportering av legemiddelhåndteringsavvik er et vanlig problem i primærhelsetjenesten (30, 35, 39). Underrapportering gir svekket pasientsikkerheten og er alvorlig, samtidig som det er vanskelig å identifisere (33). Yung et al. sin studie (30) kommer frem til at underrapportering har ført til en begrensning i hvilken grad rapportering kan benyttes som et gyldig og pålitelig verktøy til å måle forekomst av avvik, og til å evaluere om intervensjoner kan være effektiv i å forbedre pasientsikkerhet. Flere studier viser at underrapportering kan forårsakes av at ansatte ikke har optimal trening eller opplæring i avvikshåndtering (8, 32, 34). Det er viktig å identifisere de faktorene som gir utfordringer med rapportering av avvik, samt faktorer som fremmer rapportering.

#### 2.3.1 Travelhet og dokumentasjon

Flere studier oppgir at travelhet er en medvirkende årsak til underrapportering (2, 32, 38). En norsk kvalitativ studie (8) inkluderte fokusgruppeintervju av sykepleiere i sykehjem. Studien beskrev at mangel på tid til rapportering var en årsak til at helsepersonell ikke skriver avvik, der ansatte prioriterte sykepleieroppgaver som krevde øyeblikkelig bistand, fremfor å

rapportere avvik. I tillegg viser Ree et al. (38) og Johannessen et al. (24) at travelhet førte til at ansatte ikke prioriterte å skrive fullstendig dokumentasjon på avvikene etter en travel arbeidsdag. Dette kunne samtidig bidra til utilstrekkelig dokumentasjon av innmeldte avvik. Lederne i den sistnevnte studien beskriver at det er viktig med tilbakemeldinger fra ansatte vedrørende nok dokumentasjon om avviket, for å videre ha nok informasjon til å håndtere avviket og hindre at det gjentas (24). Nok dokumentasjon av legemiddelhåndteringsavvik er viktig for å lære av hendelser som har skjedd (30). Det kan være utfordrende for ledere å håndtere innmeldte avvik dersom det foreligger unøyaktig dokumentasjon av avvikene (8).

### 2.3.2 Frykttkultur

Frykt for å melde avvik er en barriere som ofte nevnes i studier som omhandler avviksrapportering. En frykttkultur kan forekomme på arbeidsplasser der arbeidsmiljøet er dårlig (9, 30, 34). Flere studier har vist at ansatte ikke melder avvik på bakgrunn av at de er redd for hvilke konsekvenser som foreligger etter rapportert avvik (10, 24, 32, 34). Ansatte var redd for at deres prestasjoner i arbeidshverdagen kunne bli negativt evaluert dersom de rapporterte avvik, og samtidig redd for at innmeldte avvik ville bli brukt mot dem (30, 34). Selv om helsepersonell opplever at innmeldte avvik mulig kan ødelegge deres muligheter på arbeidsplassen, finner studien av Samsiah et al. (27) at ansatte ikke lot frykten stoppe dem fra å melde avvik. Dette med bakgrunn i at pasientsikkerhet var viktigere for de ansatte, og de følte seg mer nervøse dersom et skadelig avvik ikke ble rapportert, enn av frykten for konsekvensene av et avvik.

En norsk kvantitativ studie (39) som inkluderte en spørreundersøkelse oppga at ansatte fant det vanskelig å varsle avvik gjort av en kollega, og at de før varsling vurderte forhold som berørte relasjonen til arbeidskollegaen. Ansatte i den samme studien prioriterte å følge anerkjente prosedyrer som å snakke med den det gjaldt for å forsikre seg at det ikke ble inntatt en klandrende innstilling til de involverte (39). Forholdet til andre kollegaer virker å være viktig for helsepersonell, der flere studier oppgir at ansatte ofte ikke melder avvik da de er redd for at det vil påvirke forholdet til andre kollegaer (30, 34). Samtidig viser studien skrevet av Johannessen et al. (24) at frykt for å rapportere andre kollegaer kan føre til utilstrekkelig dokumentasjon av et avvik. Det er også sett at ansatte kan ha en frykt for at det innmeldte avviket ikke vil fremstå anonymt dersom avvik ble tatt opp i plenum, og dessuten en frykt for å bli beskyldt av andre kollegaer (30).

### 2.3.3 Avvikssystem

Et optimalt fungerende avvikssystem er viktig for at avvik skal kunne registreres. Mange avvikssystem kan gjøre det vanskelig å rapportere avvik (20). Yung et al. (30) og Khalil & Lee (10) fant i sin studie at rapporteringsprosessen heller ble sett på som en barriere opp mot legemiddelsikkerhet, enn en fremmer. Den sistnevnte studien omfattet et intervju av ti sykepleiere, hvor det kom frem at avvikssystemet som ble benyttet til å rapportere avvik ikke var brukervennlig. I tillegg brukte ansatte lang tid på å rapportere avvik, og flere unngikk å rapportere avvik for å slippe å bruke systemet (10). I studien av Yung et al. (30) viste avvikssystemet mangler i hvordan man skulle håndtere det, samt hvordan komme med tilbakemeldinger.

### 2.3.4 Kunnskapsmangel

Mangel på kunnskap er som nevnt en årsak til legemiddelhåndteringsavvik, men er også en medvirkende årsak til manglende avvikrapportering. I en studie gjennomført i norske sykehjem (33) mente 29 av 30 respondenter at underrapportering forekom. Studien oppgir at den vanligste årsaken til underrapportering er manglende kunnskap om hva som skal meldes som avvik, samt kunnskap om betydning av avviksmeldingene. Det var et misforhold mellom hva ansatte og ledere mente skulle registreres som avvik, og hva som faktisk ble innmeldt. Studien konkluderte med at dette misforholdet sannsynligvis skyldtes mangel på kunnskap (33). Flere studier (9, 20, 26, 30) nevner at manglende kunnskap om hva et avvik er, fører til underrapportering. I andre studier kan manglende kunnskap om rutiner og prosedyrer (27), og manglende kunnskap om prosessen med avvikrapportering (34), føre til at legemiddelhåndteringsavvik ikke rapporteres.

I studien av Johannessen et al. (24) kom det frem at ledere og ansatte ikke bestandig visste hva og hvor de skulle rapportere avvikene. Hagesæther et al. (7) viser at det er problematisk dersom det foreligger manglende kompetanse og ressurser hos ledelsen. Dette på bakgrunn av at det vil kunne være vanskelig å vite hva som skal gjøres ved innmeldte avvik, samt gjennomføre tiltak knyttet til forbedringsprosessen (7). Samtidig oppgis det i studien av Johannessen et al. (24) at det var vanskelig å opprettholde kompetanse blant ansatte. Ansatte som følte et ansvar i legemiddelhåndtering ønsket i større grad å oppdatere sin kunnskap. Videre vil manglende forståelse for viktigheten av å melde avvik bidra til underrapportering (27, 31, 34, 35). I Andersson et al. sin studie (40) hadde feil knyttet til at man ikke fulgte prosedyrene sammenheng med mangel på kompetanse. Flere studier (30, 34, 41) kom frem til

at mangel på kunnskap vil være en barriere for å gjenkjenne og rapportere avvik. Malmedal et al. (41) understreker at det kreves i større grad utdanning og støtte på dette området. Dette fordi trening i å reflektere over oppståtte hendelser i større grad kan bidra til positive holdninger til avviksrapportering.

### 2.3.5 Holdninger

Det er viktig å ha kunnskap om holdninger og erfaringer til helsepersonell som melder avvik for å forstå årsaker til underrapportering (39). Lederes og ansattes holdninger knyttet til avviksrapportering påvirker i hvilken grad helsepersonell rapporterer legemiddelhåndteringsavvik. Dette viser studien av Hung et al. (9), hvor holdningene hos ledere og kollegaer påvirket sykepleiernes intensjon om å rapportere legemiddelhåndteringsavvik. Yung et al. (30) viser at rapportering av avvik kommer an på hvilke holdninger som foreligger hos ansatte, samt valgene som tas i arbeidshverdagen, uavhengig om man selv er årsaken til avviket eller ikke. Informantene i den internasjonale studien av Samsiah et al. (27) oppga at alvorlighetsgraden av legemiddelhåndteringsavviket var en avgjørende faktor om avviket ble rapportert eller ikke. Manglende bevissthet rundt rutiner og prosedyrer oppgis samtidig av Stewart et al. å være en barriere for å melde avvik (34).

### 2.3.6 Manglende tilbakemeldinger

Manglende tilbakemeldinger etter meldt avvik er en medvirkende årsak til at avvik ikke meldes. Dette viser studien av Khalil & Lee (10), hvor mangel på tilbakemeldinger etter meldt avvik fra ledelsen bidro til at ansatte ikke følte det var noen grunn å melde avvik. Innmeldte avvik førte ikke til endringer, samtidig som at ansatte ikke ble informert om omfanget av innmeldte avvik på avdelingen. Ansatte i den samme studien følte seg mer motivert for å melde avvik dersom de fikk kjappe og ærlige tilbakemeldinger (10). En viktig forutsetning for et fungerende helsevesen er tillit. Lav tillit til ledere er en årsak til manglende avviksrapportering, og kommer av at innmeldte avvik ikke fører til forbedringer eller endringer i praksisen (27, 37). Andre studier viser også at dårlige tilbakemeldinger (20) og mangel på positive tilbakemeldinger, der ledelsen ikke bidro til å forbedre prosedyrer og strategier (30), var årsaker til underrapportering. Å skrive avvik ble i en studie nedprioritert, da ansatte følte det nytteløst å melde avvik (8). Ansatte som ble intervjuet i den norske studien av Johannessen et al. (10) påpekte at de var lei av å høre om

legemiddelhåndteringsavvik. De ville heller ha tilbakemeldinger på hva de gjorde som var bra, og trengte positive tilbakemeldinger og diskusjoner om hva som var bra i praksisen.

## 2.4 Tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid øker pasientsikkerheten, da man sammen som en gruppe jobber for å avdekke legemiddelrelaterte problemer, samt optimalisere pasienters legemiddelbehandling. Samtidig kan farmasøyter i et tverrfaglig samarbeid bidra til å redusere uhensiktsmessig legemiddelbruk (2).

### 2.4.1 Farmasøytens rolle

I en fokusgruppestudie fra Norge (42), hvor ni farmasøyter ble intervjuet, ble det funnet at det vil være en fordel å ansette flere farmasøyter i kommunen. Det foreligger mange legemiddelrelaterte oppgaver i kommunehelsetjenesten som farmasøyter kan styrke gjennom sine legemiddelkunnskaper. Studien undersøkte hvilke oppgaver farmasøyter kunne bidra med i kommunen, og hva de mente det var behov for av farmasøytiske tjenester i kommunehelsetjenesten. Oppgavene farmasøytene hadde innebar blant annet å utvikle rutiner for å forebygge svinn av A- og B-preparater, samt delta i ulike kvalitetsutvalg som behandler avvik, klager og tilsynssaker i kommunen. Farmasøytene var også sentrale i utviklings- og forbedringsarbeid med medisinrom, elektroniske medisinskap, medisintraller i sykehjem og i tillegg igangsette bruk av multidoser i sykehjem. Andre oppgaver omhandlet legemiddelberedskap i kommunene, innføring av rutiner for å gjennomføre legemiddelgjennomganger og oppgaver knyttet til undervisning og opplæring av sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Denne undervisningen kunne innebære opplæringsplaner og e-læringskurs, samt å gjøre sykepleiere bedre til å gjennomføre legemiddelgjennomganger. Farmasøytene gjorde sykepleiere bedre til å identifisere legemiddelrelaterte problemer hos pasienter med mindre komplekse legemiddelregimer. Gjennomføring av legemiddelgjennomganger ble i hovedsak utført av sykepleiere og leger etter god opplæring. Respondentene var enig i at farmasøytens kunnskap var av betydning, og at de kunne ha bidratt i større grad på dette området med flere tilgjengelige ressurser.

I Helsedirektoratets veileder for legemiddelgjennomganger defineres legemiddelgjennomgang som «en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, for å ivareta effekt og sikkerhet» (43). Målet med en legemiddelgjennomgang er å bedre



kvaliteten i behandlingen gjennom å sikre at pasienter oppnår god effekt, samt unngå uhensiktsmessig virkninger av legemidler. Gjennom å foreta en systematisk gjennomgang av legemiddelbruken hos en pasient, kan legemiddelbehandlingen optimaliseres og forbedres ved at legemidler seponeres, dosen justeres eller at nye legemidler forskrives. En legemiddelgjennomgang er en kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk, og skal ta utgangspunkt i en samstemt legemiddelliste, samt kliniske opplysninger. Legemiddelhåndteringsavvik kan være et resultat av at legemiddellister ikke samsvarer, og samstemming av legemiddellister er viktig for å bidra til forebygging av avvik (2).

Farmasøytene i den tidligere nevnte studien mente det var store behov for kvalitetsforbedring i legemiddelhåndteringen og kompetanseheving på legemiddelområdet i kommunehelsetjenesten (42). En metaanalyse som inkluderte 52 studier (44), viser at farmasøytens kompetanse i sykehjem er med å bidra til redusert antall fallulykker hos sykehjemsbeboere, gjennom å forbedre kvalitetsbruken av legemidler på sykehjem. Det kommer frem at farmasøyter spiller en viktig rolle når det gjelder å informere om riktig bruk av legemidler, og at det kan være gunstig å inkludere farmasøyter som en del av et profesjonelt tverrfaglig team på sykehjem. Dette fordi farmasøyter har vist å forbedre kunnskapen til helsepersonell (44). I studien av Kirkevold & Engedal (20) kommer det frem at det er et behov for bedre og mer kunnskap om legemidler i sykehjem. Tilsynsfarmasøyter hadde tidligere som oppgave å drive opplæring, veiledning og tilsyn med legemiddelhåndteringen, og studien antyder videre at det kan være gunstig med farmasøyter for å øke kunnskapen på legemiddelområdet i sykehjem (20).

## 3 Metode

I dette kapittelet presenteres metoden som er valgt i studien. Jeg vil innlede med valg av forskningsmetode og beskrivelse av utvalget, samt rekrutteringsprosessen. Videre vil datainnsamling beskrives, som inkluderer en beskrivelse av studiens gjennomføring, fra utarbeidelse av intervjuguide, innsamling av data og gjennomføring av intervjuene. Valg av analysemetode og forskningsetiske overveielser presenteres til slutt.

### 3.1. Kvalitativ metode

En kvalitativ forskningsmetode benyttes når man ønsker å beskrive menneskers erfaringer, meninger og opplevelser, samt for å analysere og fortolke karaktertrekk og kvaliteter ved det som studeres (45, 46). I denne studien er det benyttet et kvalitativt design med fokusgruppeintervju som hovedmetode for datainnsamling. Et kvalitativt design egnet seg godt i denne oppgaven, da hensikten med studien er å utforske hvordan enhets- og avdelingsledere i kommunale enheter opplever å arbeide med avvikshåndtering, og beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer med avvikshåndtering. Det var ønskelig å kunne ha direkte kontakt med de som ble intervjuet, for å videre gå i dybden av deres historier og høre om deres erfaringer, opplevelser og vurderinger i arbeidet med avvikshåndtering. For å best mulig kunne undersøke dette baserer oppgaven seg på fokusgruppeintervju, som innebærer en rask og praktisk innhenting av kvalitative data fra gruppesamtaler, der kommunikasjon mellom deltakerne utnyttes. Gjennom å bruke semistrukturerte fokusgruppeintervju utnyttes merverdien av samspill mellom flere deltakere, som gjør at man kan få en rikere innsikt av en annen karakter i det som diskuteres, enn dersom det hadde vært foretatt individuelle intervju (45-47). Samtidig er en gunstig gruppeinteraksjon en del av metoden, der deltakerne oppfordres til å snakke med hverandre og om mulig kommentere hverandres erfaringer og synspunkter, i stedet for å be hver person om å svare på individuelle spørsmål (47). På bakgrunn av dette er fokusgruppeintervju en rasjonell metode for innhenting av de kvalitative dataene i denne oppgaven, da det er ønskelig med en felles refleksjon og diskusjon blant informantene. Denne metoden kan forhåpentligvis gi en økt innsikt i ledernes kunnskap og erfaringer, og samtidig finne ut hvordan folk tenker og hvorfor de tenker slik.

### 3.2 Utvalg og rekruttering av informanter

I denne studien er det ønskelig med et strategisk utvalg, hvor informantene er sammensatt på en slik måte at innsamlet data kan belyse forskningsspørsmålene på best mulig måte (46). Når

det kommer til valg av informanter, er det ønskelig å snakke med de som er ansvarlige for å håndtere og lukke avvikene etter innmelding. På bakgrunn av dette er det planlagt at fokusgruppene skal bestå av enhetsledere og/eller avdelingsledere, avhengig av hvem som har ansvaret for avvikshåndteringen ved de ulike enhetene/avdelingene. Disse må være godt kjent med prosedyrene knyttet til legemiddelhåndteringsavvik, og villig til å formidle videre hvordan de jobber kvalitetsforbedrende med avvik i arbeidshverdagen. Det er ønskelig å snakke med disse personene da de innehar en kunnskap som kan bidra til en større forståelse rundt prosessene med legemiddelhåndteringsavvik, og samtidig belyse oppgavens forskningsspørsmål. Studien skal inkludere ledere som jobber på sykehjem eller i hjemmetjenesten, men det er også aktuelt å snakke med ledere i bo- og oppfølgingstjenesten. Informanter som oppfyller inklusjonskriteriene rekrutteres av både masterstudent og veileder. Malterud opplyser at det er stor variasjon i antallet informanter som er hensiktsmessig å ha med i en fokusgruppe (45, 46). I planleggingsfasen ble det gjennomgått litteratur som kunne si noe om betydningen sammensetningen i fokusgruppene vil ha for kvaliteten av en fokusgruppestudie. I metodelitteraturen er det beskrevet at en fokusgruppestudie kan bestå av alt fra seks til over femti informanter. Likevel anbefaler Malterud at man tilstreber grupper med fem til åtte deltakere i hvert intervju (46).

Tidlig i prosjektet ble det luftet interessen for oppgaven ved ulike institusjoner som videre ga positive tilbakemeldinger, da det virket å være et tema som interesserte flere. En rekrutteringsstrategi som ble lagt var å forsøke å samle informanter i en allerede eksisterende anledning, hvor det ble planlagt å gjennomføre intervjuene før eller etter møter de allerede hadde planlagt. Tanken var at dette kunne gjøre det enklere å få med informanter, da det var ønskelig å kunne tilpasse tid og sted i så stor grad som mulig. I utgangspunktet vil rammene for en masteroppgave begrense omfanget av hvor mange deltakere som inkluderes, både med tanke på tid og antall informanter i hvert intervju. Innenfor rammene av dette prosjektet var det ønskelig å gjennomføre minst to intervju, med fire til syv personer i hvert intervju. Dette for å kunne samle inn et tilstrekkelig materiale til å kunne gi valide svar på forskningsspørsmålene i oppgaven (45, 46). Jeg tok selv kontakt med informantene som utgjorde det første intervjuet. Veileder kontaktet videre en gruppe ledere som tidligere hadde vist interesse da oppgaven ble presentert ved et sykehjem. Den siste gruppen ble også rekruttert av veileder, hvor veileder hadde samarbeidet med disse lederne, som også jobbet mye med avvik.

### 3.3 Datainnsamling

#### 3.3.1 Intervjuguide

En intervjuguide kan benyttes som en huskeliste når man skal gjennomføre et intervju der formålet er å få frem noe man ikke visste fra før (45, 46). Intervjuguiden skal derfor i hovedsak benyttes som et hjelpemiddel, der det er viktig at guiden ikke blir for detaljert med fastsatte spørsmål som man er bundet til gjennom intervjuet. Likevel skal det være en nøye sammenheng mellom intervjuguiden og studiens forskningsspørsmål (46). Sammen med veileder ble det tidlig i prosjektet utarbeidet en midlertidig intervjuguide som skulle legges ved prosjektbeskrivelsen. Intervjuguiden ble videre nøye gjennomgått og planlagt i flere omganger samtidig som ny kunnskap ble tilegnet, med fokus på studiens hensikt og forskningsspørsmål. Utarbeidelsen av intervjuguiden ble brukt som et virkemiddel for å få økt fokus på tidligere forskning, da det var ønskelig å formulere spørsmål som kunne bidra til ny forskning.

Det ble brukt mye tid på å ferdigstille en kortfattet intervjuguide (vedlegg 1) med et fokus på gode spørsmål, som videre kunne bidra til økt kvalitet på kommunikasjonen i intervjuene. Det var viktig å bruke åpne og konkrete spørsmål, samt et begrenset antall. Dette med bakgrunn i at datakvaliteten vil svekkes dersom det stilles for mange spørsmål i løpet av et intervju (46). Intervjuguiden bestod av seks hovedspørsmål, med noen oppfølgingsspørsmål som kunne benyttes dersom hovedspørsmålet ikke førte frem. Intervjuguiden innledet med to spørsmål som tok for seg bakgrunn til hver enkelt informant, samt hvordan lederne jobbet med avvik, der tanken var å etablere en tidlig kontakt med informantene. Gjennom innledningsspørsmålene var det ønskelig å få et innblikk i hvor godt det jobbes med avvik, samt hvordan prosessen med avvikshåndtering foregikk på ulike arbeidsplasser. Disse spørsmålene hadde ikke oppfølgingsspørsmål, da hensikten var å få et overblikk over hvem de var og hvordan det jobbes med avvik. De andre spørsmålene hadde oppfølgingsspørsmål som kunne benyttes dersom hovedspørsmålene ikke var forståelig nok, eller det var ønskelig å komme inn på et ønsket tema.

#### 3.3.2 Gjennomføring av intervju

Da det var ønskelig å intervju enhets- og/eller avdelingsledere som håndterer avvik, ble det rekruttert ledere for sykehjem, hjemmetjeneste og bo- og oppfølgingstjenesten.

I løpet av januar og februar 2021 ble det gjennomført tre intervju i Midt-Norge, på ulike steder i Trøndelag, med ulikt antall informanter i hvert intervju. Det var i utgangspunktet tiltenkt at intervjuene skulle gjennomføres personlig med informantene, masterstudent og veileder til stede. På grunn av coronapandemien ble ikke fysisk oppmøte mulig, og alle intervjuene måtte derfor gjennomføres via Google Meet. Masterstudenten fungerte som moderator, mens veileder hadde en rolle som sekretær (46). Intervjuene ble tatt opp ved bruk av en digital båndopptaker. I forkant av intervjuene ble det forespurt hvilke tidspunkt informantene hadde mulighet til å møte, slik at dette var avtalt på forhånd.

Alle som ble kontaktet var positive ved henvendelse, og det ble samtidig sendt ut et informasjonsskriv og foretatt en kort samtale hos noen av deltakerne i forkant av intervjuene. Dette for å kunne informere om forskningsprosjektet og høre om de eventuelt hadde noen spørsmål i forkant av intervjuene. I tillegg ble både masterstudent og veileder sin epostadresse oppgitt slik at informantene kunne kontakte oss både i forkant, og i etterkant av intervjuet. I forkant av det første intervjuet ble intervjuguiden gjennomgått og testet på et familiemedlem med erfaring med avvikshåndtering. Dette var nyttig i form av å teste ut om spørsmålene var forståelig, samt øve på å stille spørsmålene høyt. Jeg hadde aldri gjennomført denne formen for intervju før, så «prøveintervjuet» ga noen tanker for hvordan de videre intervjuene kunne gjennomføres.

Selv om denne intervjuformen kan minne om en fortrolig samtale mellom flere parter, er hensikten likevel å innhente data som kan benyttes til å besvare problemstillingen (45, 46). Gjennom intervjuene ble egen forforståelse utfordret gjennom å møte andre mennesker og snakke om deres erfaringer. Det ble forsøkt å interferere så lite som mulig gjennom intervjuene, men det var ønskelig å oppklare uklare utsagn eller setninger. Det første intervjuet ga en god forståelse av om intervjuguiden burde endres eller tilpasses til de neste intervjuene (45). Sammen med veileder ble det diskutert og vurdert om endringer skulle foretas. I løpet av intervjuperioden ble det ikke foretatt noen endringer av intervjuguiden, men det ble imidlertid diskutert hvorvidt vi skulle interferere i de neste intervjuene. Etter hvert intervju ble tanker og erfaringer notert fra gjennomgåtte intervju. Dette gjorde det enklere å gå tilbake i etterkant for å se hva som hadde gått bra og hva som ikke gikk så bra. Disse tankene og erfaringene tok jeg med meg til de neste intervjuene som gjorde det lettere å reflektere etter hvert intervju.

## 3.4 Dataanalyse

### 3.4.1 Transkribering

Alle intervjuene ble transkribert verbatim på bokmål innen en uke etter gjennomført intervju. Jeg hørte på alle tre intervjuene i nedsatt hastighet og spolte tilbake mange ganger for å høre setning for setning, slik at alt som ble sagt ble notert ned så nøyaktig som mulig. Da intervjuene måtte gjennomføres via Google Meet, kunne det i noen tilfeller være en utfordring å høre hva som ble sagt. Det ble av den grunn brukt mye tid på å høre gjennom opptakene flere ganger, for å være sikker på at viktig informasjon ikke ble oversett. Lyder som latter og humring, samt tilfeller der informantene ga uttrykk for noe eller observasjoner som ble gjort (håndbevegelser, kroppsspråk eller lignende) ble notert gjennom intervjuene. Samtidig ble også lengre pauser i intervjuene markert i klammer, slik at dette ble illustrert til videre lesing av transkriptene. Etter at transkriberingen var ferdig, ble alle opptakene slettet fra båndopptakeren.

Gjennom intervjuene ble alt av persondata og arbeidssted anonymisert, slik at det ikke skulle være mulig å gjenkjenne noen informanter ut fra transkriptene. Informantene ble navngitt som person 1, person 2 osv, ut fra hvilken rekkefølge de begynte å snakke etter intervjuets start. Dersom det ble nevnt navn gjennom intervjuene ble dette erstattet med [Navn], eller [Person x] dersom noen i selve intervjuet ble nevnt. Dette for å bedre kunne illustrere dynamikken i kommunikasjonen når transkriptene skulle leses gjennom i videre analyse. Data innsamlet gjennom transkriptene ble videre analysert med passende analysemetode.

### 3.4.2 Analysemetode

Uten en analyse av tekstmaterialet man har innsamlet, kan man risikere at forskerens egen forforståelse står i veien for resultatene som kommer frem (46). I denne oppgaven er det benyttet systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud som analysemetode, som innebærer en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (45). Denne analysemetoden kan gi en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig og systematisk måte, og kan samtidig benyttes til å analysere empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring. I en tverrgående analyse sammenfattes og tolkes forskjeller, variasjoner og likhetstrekk, samt følelser eller holdninger fra flere informanter (45). Det er viktig å kunne sette sin egen kunnskap og forforståelse til side når man skal gjennomføre en slik metode, der man skal imøtekomme leserens

forventninger om at resultatene stammer fra det empiriske materialet (45). Selv om dette er vanskelig for den som skal forske, poengterer Malterud (45) at det er viktig å kunne reflektere over hvilken innflytelse en selv har på materialet. Innledningsvis konsentrerer man oppmerksomheten omkring relativt få temaer og kodegrupper. Analysen gjennomføres i fire ulike trinn som inkluderer: Få helhetsinntrykk, identifisere meningsdannende enheter, kondensering og sammenfatning.

#### 3.4.2.1 Få et helhetsinntrykk

Det første trinnet i den valgte analysemetoden er å få et helhetsinntrykk, der man får en oversikt og blir kjent med materialet som er samlet inn. Transkriptene leses gjennom i flere runder for å forsøke å skape tema som representerer hvordan informantene jobber med avvik for læring, og hvilke verktøy som benyttes i læringen. Hva som nevnes om fremmere og hemmere, og hvilke tema vil være underlagt disse punktene. Ved dette stadiet er det viktig å kunne sette forforståelsen til side, der forskningsspørsmålene skal være i fokus. De tre intervjuene som ble transkribert, ble lest gjennom av både masterstudent og veileder, for å senere gå gjennom det sammen. På denne måten ble inntrykkene oppsummert, og noen foreløpige tema diskutert. Malterud presiserer at det er en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker, slik at man kan få øye på detaljer en ikke ville fått dersom en var alene.

#### 3.4.2.2 Identifisere meningsbærende enheter

I trinn to av analysen ble setning for setning gjennomgått, for å videre identifisere de meningsbærende enhetene. En meningsbærende enhet er den minste enheten i teksten som inneholder relevante opplysninger (45). Etter at de tre intervjuene var ferdig transkribert og analysert i første runde, ble de meningsbærende enhetene forsøkt sortert i foreløpige tema. Disse temaene skulle videre belyse forskningsspørsmålene som var satt. Navnene på temaene ble reformulert i flere omganger, for å få de mest mulig informativ. Samtidig ble enkelte kategorier slått sammen, da det viste seg at de egentlig omhandlet et felles tema.

#### 3.4.2.3 Kondensering

I trinn tre av analysen ble det laget «kunstige sitater» fra de meningsbærende enhetene. I dette trinnet ble det laget et tankekart for å tenke gjennom hva hver enkelt kategori, samt underkategori handlet om. På denne måten ble det sett bort fra innhold som ikke var relevant

for resultatene, der hver undergruppe ble omformulert til et kondensat som skulle sammenfatte og gjenfortelle den aktuelle undergruppen. Samtidig ble det formulert et eller flere reelle sitat fra hver kategori, «gullsitat», som oppsummerte og illustrerte kondensatet.

#### 3.4.2.4 Sammenfatning

I det siste trinnet ble den kondenserte teksten omgjort til en sammenfattet tekst, formulert i tredje person for å gjenfortelle det informantene sa i intervjuene. Ved dette trinnet var det ønskelig å danne en fortelling om informantene som snakket om avvikshåndtering. Her ble det også vurdert hvilke gullsitat som i størst mulig grad illustrerte den analytiske teksten av undergruppen, der det ble valgt ut de best passende for ulike kondensat. Denne teksten dannet videre grunnlaget for resultatdelen av masteroppgaven. Samtidig var det viktig under denne prosessen å kunne gå tilbake til intervjuene for å validere de analytiske tekstene opp mot råmaterialet (intervjutranskriptene), slik at det opprinnelige innholdet i intervjuene ble bevart.

### 3.5 Forskningsetiske overveielser

I forkant av studien ble det undersøkt om det var nødvendig å sende søknad til Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Oppgaven ble vurdert som ikke framleggingspliktig for REK. Siden studien skulle gjennomføres med båndopptak og lagring av personopplysninger, ble det sendt inn søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester) med referansenummer 960668. NSD vurderte prosjektet og godkjente søknaden, som videre ga tillatelse til å begynne forskningsprosjektet for fullt.

Gjennom et slikt forskningsprosjekt kan man møte på mange etiske utfordringer (45, 46), der etiske overveielser skal være med i alle ledd av forskningsprosessen. Det var viktig å kunne sikre anonymitet, hvor informantene skulle føle seg trygge på at de ikke kan bli gjenkjent på noen måte. Før dataene fra intervjuene kunne benyttes, signerte alle informantene et samtykkeskjema (vedlegg 2), dersom de ønsket å delta. I samtykkeskjemaet ble det informert om at informantene kunne trekke seg fra studien når som helst, og at de ikke vil kunne gjenkjennes i det skriftlige materialet i forskningsprosjektet. Samtidig ble det før hvert intervju informert om at det ble tatt opptak for å kunne transkribere intervjuet i etterkant, og at disse ble slettet etter transkriberingen. Opptakeren ble oppbevart hos masterstudent, innelåst på et trygt sted under transkriberingen.



## 4 Resultat

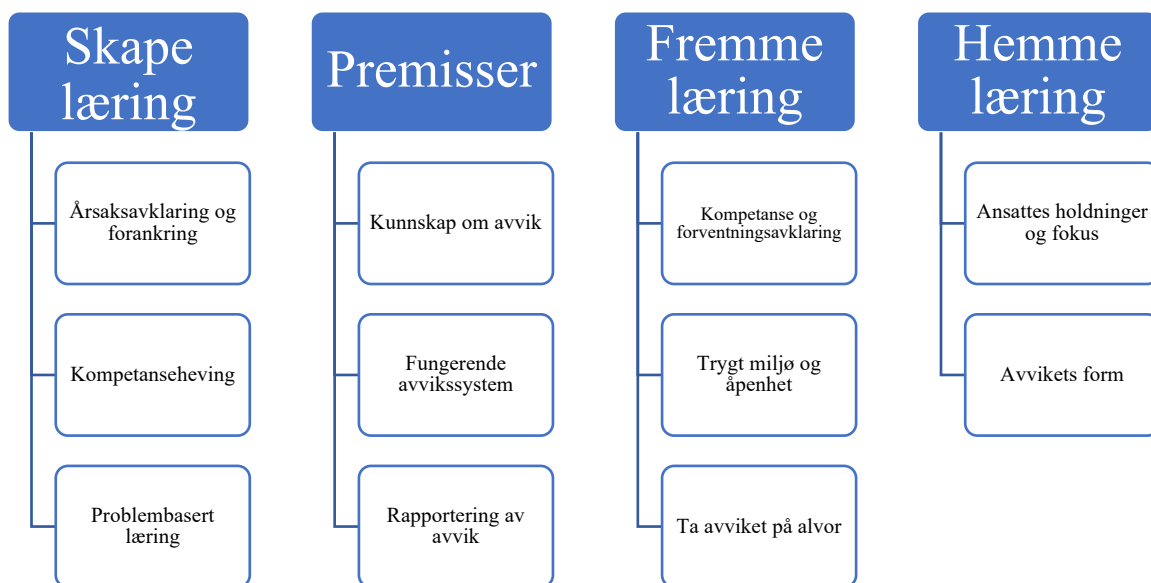
I dette kapittelet vil de sentrale funnene som ble gjort under datainnsamlingen presenteres. 16 informanter fra ulike deler av primærhelsetjenesten, med ulik utdanning og bakgrunn, ble intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt via Google Meet. Disse 16 informantene hadde stilling som enhetsleder eller avdelingsleder, og hadde bakgrunn fra fire yrker. Syv sykepleiere, seks vernepleiere, to sosionomer og en barnevernspedagog. Informantene inkluderte 14 kvinner og 2 menn. Videre informasjon om informantene kommer frem i Tabell 1.

**Tabell 1: Bakgrunnsinformasjon på informantene i intervjuene**

	Antall informanter	Utdanning	Arbeidsplass	År som leder*
<b>Intervju 1</b>	4 informanter (4 enhetsledere)	Sykepleier, Vernepleier	Sykehjem, omsorgsboliger, hjemmetjeneste og bo- og oppfølgingstjeneste	15,5 (4-25)
<b>Intervju 2</b>	5 informanter (2 enhetsledere og 3 avdelingsledere)	Sykepleier, Vernepleier, utdanning innen ledelse	Sykehjem og omsorgsboliger.	6,0 (1-21)
<b>Intervju 3</b>	7 informanter (1 enhetsleder og 6 avdelingsledere)	Vernepleier, sosionom, barnevernspedagog og utdanning innen ledelse.	Bo- og oppfølgingstjeneste.	3,6 (3-4)

\*Gjennomsnittlig år som leder (variasjon i antall år som leder).

Gjennom analysen ble fire hovedkategorier identifisert: **Skape læring, premisser, fremme læring og hemme læring**. Hver kategori består videre av underkategorier som presenteres i Figur 1. Videre i resultatdelen fremlegges hver av kategoriene med tilhørende underkategorier.



**Figur 1: Oversikt over hovedkategorier med tilhørende underkategorier**

#### 4.1 Skape læring

Det å kunne benytte innmeldte legemiddelhåndteringsavvik til læring blant de ansatte er viktig for å unngå at de samme avvikene gjentar seg. Informantene nevner flere verktøy som benyttes til læring, som plasseres under ulike underkategorier i hovedkategorien «skape læring». Informantene mente at et verktøy kan benyttes til å strukturere og fremstille avvikene på en bedre måte, og ved å benytte tilgjengelige verktøy i arbeidshverdagen vil man samtidig kunne oppnå læring blant de ansatte. Under temaet «skape læring» inngår tre undertema: Årsaksavklaring og forankring, kompetanseheving og problembasert læring. Årsaksavklaring handler om å legge ned et grundig forarbeid der man innhenter nok informasjon om hendelsen til å håndtere innmeldte avvik, og videre lærer av det som er meldt. For å oppnå forankring benyttet lederne seg av personalmøter, fagdager, drøfting i samarbeidsgrupper og utveksling av informasjon med de ansatte. Kontinuerlig forankring er en viktig del av læreprosessen rundt avvikshåndtering, der ansatte må ha kunnskap, interesse og motivasjon for arbeidsoppgavene som gjennomføres. Ved at lederne engasjerte de ansatte gjennom inkludering og planlegging ville det kunne bidra til at ansatte fikk en økt tilhørighet, og samtidig engasjerte seg i større grad i læreprosessen. Kompetanseheving viste seg også å være et nyttig verktøy slik som kollegaveiledning, samarbeid med kommunefarmasøyter og møter mellom ledere på tvers av ulike enheter/avdelinger. For å kunne forstå hvilke feil man gjør i legemiddelhåndteringen, er det veldig viktig med god nok kunnskap om legemidler, for å

videre forstå konsekvensene av gjennomgåtte feil. Gjennom problembasert læring kunne lederne skape læring gjennom å bruke tidligere avvik som eksempel, der verktøy som strakstiltak og caser gjorde det enklere å benytte avvik til læring blant personalet på enheten.

#### 4.1.1 Årsaksavklaring og forankring

Årsaksavklaring og forankring handler om å skaffe seg informasjon om avviket, få ut informasjon og opplyse de ansatte om avvik, for å videre jobbe sammen for å hindre at avvik gjentar seg. Årsaksavklaring var et tema som ofte ble nevnt i intervjuene, hvor lederne snakket med vedkommende som hadde meldt eller utført et avvik, for å videre skaffe seg nok informasjon om hendelsen. Analyseringen av et avvik var essensielt for å videre kunne ta lærdom av det som hadde skjedd, der flere nevnte at det var viktig å kartlegge og samtidig få en forklaring på hendelsesforløpet av avviket.

*«Vi samler avvik for å se om det er noe som går igjen (...) Vi prøver å kartlegge på en måte hva er det som har skjedd, hvorfor har det skjedd, og hva kan vi gjøre for å unngå det igjen da.» (Enhetsleder)*

Når man som leder har funnet ut hva avviket gjelder, uttrykkes det at det videre steget er å velge hvilken taktikk lederne skal benytte for å finne løsninger som bidrar til å lære av det innmeldte avviket. For flere av informantene var det viktig å få ut informasjon til de ansatte om innmeldte avvik. Dette kunne de oppnå gjennom personalmøter, forankre lengre ned i organisasjonen gjennom drøfting i samarbeidsgrupper, utsendelser av eposter eller arrangere fagdager. Dette gjorde at lederne nådde ut med informasjon om avvik til de ansatte, og samtidig startet analysen gjennom å innhente nok informasjon om avviket.

Personal møter ble ofte nevnt som et viktig verktøy for å hindre at avvik gjentar seg, til å oppnå læring, reflektere og samtidig prøve å finne løsninger på innmeldte avvik. Gjennom å fokusere på avvik på personalmøter kunne lederne få ansatte til å føle en forankring til arbeidet med avvik, at de bidrar og samtidig få et felles eierskap gjennom å komme med innspill til hvordan lære av innmeldte avvik. Videre kunne lederne få ansatte til å føle på en trygghet gjennom å løfte frem eksempler på at andre ansatte melder avvik på seg selv, vise at dette er viktig og ufarlig, og samtidig komme med eksempler på at innmelding av avvik fører til en forbedring.

*«Og da løfter vi det frem som et godt eksempel på et personalmøte og sier at vi har, vi sier ikke hvem, men vi sier at vi har et avvik der en ansatt har skrevet avvik på seg selv, og det synes vi er kjempebra for det gjør oss trygge.» (Enhetsleder)*

Fagdager/fagmøter med avvikshåndtering som tema, er et annet punkt under temaet forankring. Dette verktøyet kunne blant annet benyttes ved gjentagende innmelding av samme type avvik, der man ønsket å ta det opp i større skala for å få ut viktig informasjon. På slike møter var det fokus på hvordan man skulle løse problemer med gjentagende innmeldte legemiddelhåndteringsavvik. samtidig som man ga det større oppmerksomhet slik at de ansatte ble mer bevisste på avviksrapportering. Å sende ut felles mailer var et annet verktøy under forankring som ble nevnt. Felles mailer ble benyttet for å sikre at alle ansatte fikk den samme informasjonen omkring legemiddelhåndteringsavvik og innmeldte avvik. Dette bidro til å få de ansatte bevisste på rutiner, hvilke avvik som ofte meldes og hva som er viktig å tenke på når man håndterer legemidler. Flere av informantene uttrykte at jobben med legemiddelhåndteringsavvik var et stadig forbedringspotensial, men at det var viktig å få de ansatte delaktige for å føle et eierskap og generere en «vi-følelse», for å videre skape læring.

#### 4.1.2 Kompetanseheving

Høy kompetanse blant ansatte uttryktes å være viktig for å skape læring på arbeidsplassen. Samtidig virket det å være nyttig å tilegne seg økt kompetanse gjennom kommunikasjon med ulike sparringspartnere. Under temaet kompetanseheving inngår verktøy som kollegaveiledning, samarbeid med kommunefarmasøyter og ledermøter. Dette temaet handler om at ledere og ansatte får hjelp til kompetanseheving fra personer som ikke tilhører den samme organisasjonen, fra personer på andre avdelinger eller fra andre kollegaer. Slik får man dratt nytte av kunnskapen til den samme eller andre yrkesgrupper, som samtidig kan komme med innspill utenfra, og kan se problemene fra en annen vinkel enn de som står i det. Flere av informantene nevnte viktigheten av å benytte kommunefarmasøyter som sparringspartnere i deres arbeidshverdag.

*«Sånn at vi opplever at vi har fått veldig god hjelp av, ved å være åpen og ærlig om utfordringer og ting vi er gode på, så får vi veldig god hjelp av kommunefarmasøytene, som vi opplever er våre støttespillere» (Enhetsleder)*

I intervjuene ble det nevnt at kommunefarmasøytene bidro til oppfølging omkring avvikshåndtering, system for A- og B-preparat kontroll og legemiddelhåndteringskurs. Farmasøytene kom også med andre forslag til håndtering av oppståtte problemer omkring legemiddelhåndtering. En informant beskrev hvordan de hadde hatt utfordringer knyttet til legemiddelbruken, samt legemiddelhåndteringen hos en pasient. Dette hadde ført til at det ble meldt mange avvik på den samme pasienten. I dette tilfellet kom kommunefarmasøytene med forslag om å gå tilbake til dosett, og ga de ansatte en helt annen kontroll i håndteringen av pasientens legemidler. Dette resulterte i at det ikke hadde blitt meldt noen avvik på pasienten i ettertid. Videre beskrev en av informantene egenkontrollen<sup>1</sup> som var utviklet av kommunefarmasøyten, som var til stor hjelp i arbeidshverdagen. Informantene nevnte også at flere av lederne hadde god nytte av videoer som kommunefarmasøytene i kommunen hadde spilt inn for dem, både i tilknytning til fagdager og i ettertid. Videoene ble gjort permanent tilgjengelig for alle ansatte, slik at de kunne se på dem når de ønsket. Disse videoene omhandlet kunnskap om legemiddelhåndtering og informasjon om avvik, inkludert beskrivelse av hva et avvik er. På denne måten dro ledere og ansatte fordel av kunnskapen som farmasøytene innehar og brukte det aktivt inn i deres arbeidshverdag, som videre bidro til kompetanseheving på flere områder. Videre ble det også nevnt at farmasøytenes kompetanse bidro til økt fokus på orden i medisinerrom og medisinkort, og samtidig læring gjennom refleksjon og diskusjon blant ledere og ansatte.

Kompetanseheving blant ledere og ansatte krever ikke nødvendigvis innspill fra andre utenfor organisasjonen. Flere ledere nevnte hvordan de benyttet lederteam til å snakke om avvik som meldes, der de diskuterte sammen for å finne den beste løsningen. Informantene anså det generelt som viktig å jobbe regelmessig med avvik, der en gruppe ledere hadde avvikshåndtering ukentlig som tema på hvert lederteam. Samtidig benyttet lederne hverandres kunnskap gjennom disse møtene, der det blant annet ble diskutert og vurdert hvilken alvorlighetsgrad innmeldte avvik skulle ha. Videre kunne verktøy som kollegaveiledning benyttes til å skape læring. Gjennom kollegaveiledning kunne ansatte utveksle kompetanse og jobbe sammen med å styrke hverandre, og samtidig heve hverandres kompetanse på ulike områder.

---

<sup>1</sup> Egenkontroll: Internkontroll initiert av kommunefarmasøytene og innebærer at avdelingsleder og enhetsleder besvarer spørsmål og reflekterer rundt utvalgte deler av legemiddelhåndteringen ved enheten.

#### 4.1.3 Problembasert læring

Flere nevnte verktøy kan plasseres under temaet problembasert læring. Problembasert læring handler om å gjøre de ansatte bevisste på hva som skjedde under et legemiddelhåndteringsavvik, og samtidig øke bevisstheten rundt hvilke tiltak som umiddelbart skal gjennomføres når det forekommer et avvik. Strakstiltak var et av verktøyene som flere ledere benyttet for å gjøre de ansatte bevisste på hva som skjedde før, og etter meldt legemiddelhåndteringsavvik. Strakstiltak handler om skadebegrensende tiltak og hva som gjennomføres umiddelbart ved oppstått avvik. Lederne oppfordret og ønsket at ansatte skulle bli mer løsningsorienterte, og så derfor på strakstiltak som et nyttig verktøy til å lære av avvik som oppstod. Eksempler på dette kunne være i hvilket omfang ansatte tok kontakt med andre ansatte for å konferere hva man skulle gjøre ved oppstått avvik, skulle man gi ny dose dersom en dose var glemt, eller registrerte man bare avviket. Videre var strakstiltak et verktøy der målet var å få de ansatte til å tenke og reflektere over hva som skjedde ved et oppdaget avvik, og tenke over hvilke rutiner som forelå i ulike situasjoner. Lederne ønsket at de ansatte skulle øve seg mer på å forstå hva det var som måtte gjøres akkurat i det øyeblikket man oppdaget et avvik. Samtidig kunne strakstiltak bidra til å gi et større fokus på forebyggende tiltak, der ansatte fikk komme med forslag til forbedring, samt forslag til hva som kunne ha blitt gjort annerledes i ulike situasjoner.

Et annet nyttig verktøy som ble nevnt var bruken av caser i opplæringsøyemed. Dette verktøyet handler også om problembasert læring, der bruken av caser samtidig kunne bidra til å øke bevisstheten rundt ulike situasjoner som kunne oppstå ved ulike arbeidsoppgaver. En av lederne sa:

*«Vi har trua på at ved å ha gode historier og ved å ha gode praksiseksempler så lærer vi bedre.» (Enhetsleder).*

Det ble uttalt at hensikten med verktøyet var å kunne benytte caser lik hendelser i virkeligheten, der casene kunne benyttes til læring. Det kunne også være nyttig å komme med forslag til tiltak for å forberede de ansatte gjennom ulike praksiseksempler. En av lederne kom med et innspill på at historiene i casene med fordel kunne være lettere å kjenne igjen. På denne måten kunne de ansatte kjenne seg igjen i ulike situasjoner dersom de skulle komme i de samme situasjonene ved en senere anledning. I ett tilfelle var kommunefarmasøytene med og laget caser for en gruppe av informantene basert på farmasøytene kjennskap til ulike typer avvik.

## 4.2 Premisser

For at legemiddelavvik skal kunne meldes inn og brukes til læring, er det en del faktorer som må ligge til rette. Disse faktorene omtales som premisser da dette anses som nødvendige faktorer som må være på plass for å kunne melde inn et avvik, og videre bruke de innmeldte avvikene til læring. Premissene kan videre være en fremmer eller en hemmer avhengig av om de fungerer, eller er til stede. Premissene innebærer god nok kunnskap om hva et avvik er, et fungerende avvikssystem og innrapportering av oppståtte avvik. For at man skal kunne bruke avvik til læring, er det viktig at både ledere og ansatte vet hva et legemiddelhåndteringsavvik er. Dersom man ikke vet hva et avvik er, vet man heller ikke når man skal melde et legemiddelavvik dersom dette oppstår. Noen ansatte kunne ha problemer med å skille på hva som var et avvik og ikke, og flere ledere uttrykte at det ble meldt inn avvik som mulig ikke var avvik.

God nok kunnskap om hva et avvik er og hvordan arbeide med innmeldte avvik er egenskaper hos en leder som er essensielt i arbeidet med å benytte innmeldte avvik til læring. En av informantene beskrev at det kunne være utfordrende å vite hvordan man skulle løse ut avvikene, og samtidig unngå at det ble en gjentakende beskrivelse av de utløste avvikene. Det var ikke et problem å snakke med den enkelte ansatt, men mer en utfordring knyttet til hvordan man skulle dokumentere og håndtere avvikene som var meldt inn. Gjennom intervjuene kom det samtidig frem at flere av lederne kunne finne det vanskelig å skille hva som er et avvik og ikke, og fant det utfordrende å vite forskjellen på et systemavvik og personavvik ved legemiddelhåndteringen.

*«Jeg synes at det kanskje er avvik først når det er gjentakende da, altså det er lov til å glemme av noe innimellom.» (Enhetsleder)*

Videre kom det frem i et av intervjuene at de per dags dato ikke hadde et optimalt fungerende avvikssystem, og at avvikene derfor kun ble meldt inn i pasientjournalen. Det kom samtidig frem at de mente de var litt utsatt i og med at deres avviksprogram enda ikke var på plass. På grunn av dette kunne de ikke vite om de fikk inn alle avvikene som ble meldt, eller om alle meldte avvik ble fanget opp av lederne. Det ble uttrykt at et optimalt fungerende avvikssystem er nødvendig, der lederne anså det som viktig at man har et system som fanger opp mangel på kunnskap og feil som gjøres.

*«At man har et system som ikke bare fanger opp når det gjøres noe feil, men et system som fanger opp og prøver å tette alle disse hullene.» (Enhetsleder)*

Videre premisser for at avvik skal kunne meldes inn er forankret i arbeidskultur. Informantene uttrykte at en fryktkultur i arbeidsmiljøet kunne bidra til at de ansatte ikke melder avvik og dermed føre til underrapportering. Flere ledere påpekte at de var klar over at det kunne forekomme underrapportering. Dette ville føre til at avvik ikke meldes og at oppståtte avvik ikke vil kunne benyttes til læring. Dette var noe flere av lederne oppga at de jobbet regelmessig med, der de hadde et fokus på å jobbe godt med allerede innmeldte avvik, for å prøve å få flere til å melde avvik senere. Samtidig poengterte en av lederne at det kunne være vanskelig å vite hvilke avvik, og hvor mange avvik som ikke ble meldt på bakgrunn av frykt for å rapportere.

*«Men vi vet jo ikke hva som eventuelt ikke er meldt inn. For vi kan bare gjøre noe med det som faktisk er meldt inn. (...) jeg hører innimellom litt sånne kommentarer om «har du skrevet avvik på meg?».» (Avdelingsleder)*

### 4.3 Fremmer læring

Gjennom intervjuene beskriver lederne flere fremmere og hemmere for å bruke innmeldte avvik til læring blant personalet. Selv om man har verktøy tilgjengelig, vil det være flere faktorer som avgjør om man kan benytte de nevnte verktøyene til læring i forbindelse med innmeldte avvik. Fravær av en hemmer, eller fravær av en fremmer vil henge nøye sammen. Med utgangspunkt i hva informantene sa, er det valgt å presentere ulike fremmere og hemmere avhengig av hva som kom frem i intervjuene, og hva informantene valgte å fokusere på. Blant fremmere foreligger temaene kompetanse og forventningsavklaring, trygt miljø og åpenhet, og ta avviket på alvor. Kompetanse og forventningsavklaring handler om hvilke krav som stilles til den ansatte for å sikre at den ansatte forstår viktigheten med legemiddelhåndteringsavvik. Videre forutsettes det at det foreligger et trygt miljø og åpenhet på arbeidsplassen for å sikre at de ansatte melder inn avvik. Da er det også avgjørende at ledere tar avviket på alvor, for å videre gi de ansatte et signal om at dette er viktig. Dette er fremmere som mulig vil kunne øke forutsetningene for å kunne benytte de nevnte verktøyene i læringsprosessen. Samtidig nevnes det også noen hemmere som gjør det utfordrende å benytte verktøy til læring. Dette inkluderer holdninger og egenskaper hos ansatte, personvern



og avvikets form. Hemmere vil omtales i større grad senere i kapittelet.

#### 4.3.1 Kompetanse og forventningsavklaring

Kompetanse hos og forventninger til de ansatte er to viktige faktorer som kommer frem gjennom intervjuene. Informantene mente det var viktig å ha kompetente ansatte, da de oftere vet hva som forventes av dem, de kjenner prosedyrene, de er trygge på arbeidet med legemidler og jobber godt med avvik. Det ble uttrykt at god nok fagutdanning av de ansatte var en forutsetning for å kunne øke kunnskapen rundt avvikshåndtering og legemiddelhåndtering. Dette ville videre bidra til en økt trygghet i arbeidet med legemidler og avvikshåndtering, og gi de ansatte en trygghet med hverandres kompetanse. Samtidig var det viktig for lederne å kunne informere og lære opp de ansatte i hva som var forventet av dem, for å videre formidle hvilke krav som ble stilt til den ansatte i arbeidshverdagen. Forventningsavklaring til de ansatte vil kunne legge til rette for kompetanseheving og læring i jobben med avvikshåndtering. Videre ga informantene uttrykk for at det var viktig å opprettholde den kompetansen de ansatte innehar. De ansatte fikk jevnlig oppfølging ved nye legemiddelhåndteringskurs, og samtidig virket det å være viktig å ha gode system som fanget opp hvem som oftere trengte repetisjon. For lederne var det også viktig at det stiltes krav til de ansatte, og at opplæringsplanene var av høy kvalitet slik at de ansatte fikk mest mulig ut av opplæringen. Enkelte ledere hadde en klar forventning til den ansatte, og ved ansettelse innledet denne forventningsavklaringen med et introduksjonsprogram.

*«Og det å informere og ha opplæring med ansatte i forhold til hva som forventes, hva er det som er et medisinalavvik, hva er det arbeidsgiver forventer og hvilke krav er det som stilles til oss i forhold til lovverk. Det blir jo kjempeviktig.»  
(Enhetsleder)*

For lederne var det også viktig å få avklart hvilke forventninger som lå hos den ansatte på et tidlig tidspunkt, for å videre unngå misforståelser.

#### 4.3.2 Trygt miljø og åpenhet

En viktig forutsetning for at ledere og ansatte skal kunne bruke avvik til læring er at det foreligger et trygt miljø og åpenhet på arbeidsplassen. Trygghet og god kommunikasjon må ligge til grunn for at man skal kunne bruke avvik til læring, men er også nødvendig for at

avvik i det hele tatt meldes. Nøkkelordene trygghet og god kommunikasjon var tema som gikk igjen i alle intervjuene, og det virket å være en grunnstein for å kunne ha et godt samarbeid mellom ledere og ansatte. Det kom gjentagende frem at det var viktig å snakke åpent om avvik, ha en nøytral holdning og samtidig få frem at legemiddelhåndtering og melding av avvik var et felles ansvar. Når lederne skulle nærme seg ansatte som hadde meldt et avvik, var det viktig å kunne ta det opp på en adekvat måte. Informantene ønsket å sende et signal på at å melde avvik ikke var farlig, for å videre hindre at det ble dannet en kultur med frykt for å melde avvik, både på seg selv og andre.

Gjennom intervjuene uttrykte lederne at det er viktig å få frem at det ikke handlet om å ta hverandre, og at det nødvendigvis ikke var den enkelte ansatt som hadde gjort en feil, men at det var systemet og rutinene som burde gjennomgås og forbedres. For lederne handlet det om å etablere et forhold til den ansatte, slik at alle kunne føle seg trygge på hverandre og skape holdninger rundt at det ikke skulle være skummelt å melde avvik. Videre nevnte noen av lederne at det var en fordel å jobbe i mindre grupper, da lederne følte en nærhet til de ansatte, samtidig som at avstanden mellom ansatte og lederne på enheten ble mindre. Et samhold mellom ansatte og ledere kunne bidra til at ansatte oftere kom med tilbakemeldinger og tiltak. Lederne ønsket å ta de ansatte på alvor, la dem være delaktige og være med å bidra til å finne løsninger på problemer organisasjonen står overfor.

#### 4.3.3 Ta avviket på alvor

Å jobbe godt med avvik for å videre prøve å finne løsninger sammen med de ansatte, var viktig for lederne i intervjuene. Et viktig poeng som ble trukket frem var at de ansatte måtte føle at det nyttet å melde avvik, som videre handlet om responsen ledere ga de ansatte etter meldt avvik. Et gjennomgående funn i intervjuene var at det var viktig å gi tilbakemeldinger til de ansatte på meldt avvik. Dersom det ikke skjer noe med innmeldte avvik, uansett alvorlighetsgrad, vil dette gi et signal videre til de ansatte om at det ikke er noe vits å melde videre avvik, da det ikke gjøres noe med de uansett.

*«Og det tror jeg og er kjempeviktig, for hvis det ikke skjer noe med avvikene, så blir det ikke meldt avvik til slutt, ikke noe vits, det blir ikke gjort noe med det uansett.» (Enhetsleder)*

En av informantene uttrykte at det var viktig å behandle innmeldte avvik så raskt som mulig, der innmeldte avvik ikke ble liggende lengre enn et døgn før det ble behandlet. Å behandle avvik raskt og samtidig ta det opp videre med de ansatte, gir et signal om at en leder lytter og tar de ansatte på alvor. For å vise at informantene tok de ansatte på alvor, kunne det bli innført ulike tiltak og forbedringsforslag. Dette ga et signal til ansatte at det fungerte å melde avvik, og ga videre en motivasjon hos de ansatte dersom innmeldte avvik førte til positive endringer. En av informantene forklarte hvordan noen ledere tidligere kunne se på innmeldte avvik som kun en registrering, der det ofte ikke ble gjort noe mer ut av det.

*«Det var veldig fokus på at folk skulle skrive avvik, men jeg synes ikke vi var så veldig flinke til å få noe positivt ut av dem da, eller ha nå voldsomt til læring, det var mer en registrering. Og så skjedde det ikke så mye etterpå. Men etter hvert så har vi jo begynt å jobbe, og vi var nok veldig redde i starten for at de skulle føle det som en slags straff.» (Enhetsleder)*

Informantene poengterte at det var nødvendig å jobbe holdningskapende som leder for å kunne ta avviket på alvor, jobbe aktivt med innmeldte avvik, for å videre gi et signal om at man som leder ønsket å forbedre systemet.

#### 4.4 Hemmer læring

Som det kommer frem i de foregående avsnittene foreligger det flere fremmere som informantene trekker frem som gjør det enklere å bruke innmeldte avvik til læring. Fravær av disse vil kunne være en hemmer, og gjør det vanskeligere å benytte innmeldte avvik til læring. Faktorer som ansattes holdninger og egenskaper, personvern og avvikets form kan videre gjøre det vanskelig å benytte innmeldte avvik til læring.

##### 4.4.1 Ansattes holdning/fokus og prioritering

Samtidig som ledere spiller en viktig rolle i jobben med avvikshåndtering, er også ansattes holdninger og egenskaper essensielt i dette arbeidet. Ledere kan ikke jobbe alene i arbeidet med avvikshåndtering, og er avhengig av å ha med de ansatte på laget. Det ble nevnt at utfordringer knyttet opp mot den ansatte i arbeidet med avvikshåndtering kunne skyldes ansattes holdninger eller mangel på bevissthet rundt rutinene, samt dårlig prioritering av enkelte arbeidsoppgaver. Det var problematisk med ansatte som viste lite

endringskompetanse, og samtidig unndro seg arbeidsoppgaver. Mye av dette kunne handle om lite fokus i arbeidshverdagen, men også kommunikasjonssvikt mellom de ansatte, eller ansatt og leder. Flere av informantene mente at holdninger hos den enkelte ansatt ville ha betydning for hvordan de ansatte tok imot informasjon knyttet opp mot avvikshåndtering.

Videre var lederne også klar over at travelhet kunne være en faktor som påvirket hvordan de ansatte prioriterte arbeidsoppgavene i arbeidshverdagen sin. Det ble uttrykt at travelhet kunne være en årsak til at legemiddelhåndteringsavvik kunne forekomme. Samtidig understrekes det at en travel hverdag ikke burde være til hinder for å snakke om og å være åpen om avvik.

Videre uttrykte enkelte også at de opplevde at det var vanskelig å få slutt på en konsentrasjonsmangel som forekom hos enkelte ansatte, selv om de gjentatte ganger hadde prøvd å få ansatte bevisste på rutinene og prosedyrene. Lederne var også bevisste på at det er menneskelig å glemme, og at det er lov å glemme innimellom. En av informantene hadde en kommentar som fikk frem det flere snakket om gjennom intervjuene:

*«Allikevel så hører jeg fortsatt at «det visste jeg ikke» eller «det hadde jeg ikke sjekket» eller «det hadde jeg ikke fått med meg». (Avdelingsleder)*

#### 4.4.2 Avvikets form

For at ledere skal kunne bruke innmeldte avvik til læring er det viktig med nok og riktig informasjon om selve avviket. Enkelte ledere kunne finne det utfordrende å finne igjen dokumentasjonen om avviket i journalsystemet, selv om det ble meldt i avvikssystemet. Når avvikene først ble meldt, var det viktig for de som håndterte avviket at avviket var saklig og forståelig. Videre kom det også frem at avvik som ikke er riktig dokumentert eller beskrevet godt nok, var et hinder for videre læring. Dette kunne innebære å sette for høy eller lav alvorlighetsgrad på avviket, usaklighet, omtalelser av andre ansatte, dårlig eller for lang beskrivelse av avviket. Avvik som ikke var dokumentert godt nok gjorde det vanskeligere å benytte avviket til læring. Informantene måtte i noen tilfeller sende tilbake avvikene for å få den ansatte til å gå gjennom avviket og skrive det på nytt, for at lederen i ettertid kunne ta avviket videre. Slike utfordringer med avviket påvirket i hvor stor grad lederne brukte avvikene, og flere uttrykte at det var viktig å lære opp den enkelte som skriver avvik, for å få inn konsise avvik for å videre lære av dem.

Gjennom intervjuene ble det også trukket frem at det i noen tilfeller var vanskelig å benytte et avvik til læring, da det var så innlysende hvem som hadde vært involvert. Dette handlet om personvern, der man ikke ønsket å henge ut eller dra frem enkeltpersoner som hadde meldt et avvik. Anonymisering ble uttalt å være viktig for flere ledere, for å videre trygge de ansatte. Samtidig kom det frem at informantene i noen tilfeller var nødt til å sette dette til side dersom det var snakk om alvorlige avvik. Det var viktig for lederne å fokusere på læringen rundt avviket og ikke et fokus på den enkelte som var involvert i det innmeldte avviket.

## 5 Diskusjon

Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske hvordan enhets- og avdelingsledere i kommunale enheter opplever å arbeide med avvikshåndtering, og beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer med avvikshåndtering. Innledningsvis i diskusjonen vil jeg oppsummere hovedfunnene før disse funnene diskuteres opp mot eksisterende litteratur.

### 5.1 Presentasjon av hovedfunn

Enhetsledere og avdelingsledere har flere tanker og erfaringer med avvikshåndtering og læring av innmeldte avvik. Gjennom intervjuene nevnes flere verktøy, deriblant samarbeid med kommunefarmasøyer, caser og strakstiltak, som benyttes i det kvalitetsforbedrende arbeidet. Det er viktig å snakke med ansatte om avvik, formidle dette på en god måte og samtidig ta opp avvik som tema på personalmøte og fagdager. Videre opplever ledere at kompetanseheving er viktig, der verktøy som kollegaveiledning, hjelp fra kommunefarmasøyer og ledermøter er med på å heve kompetansen hos både ledere og ansatte. Andre verktøy som strakstiltak og caser inngår i problembasert læring. Disse verktøyene øker bevisstheten til ansatte rundt hvilke tiltak som skal gjennomføres når det forekommer et avvik. Samtidig er god kunnskap om legemiddelhåndteringsavvik, et optimalt fungerende avvikssystem og en god rapporteringskultur avgjørende for at avvik meldes og videre kan benyttes til læring. Faktorer som betegnes som fremmere og hemmere vil påvirke hvorvidt man kan benytte innmeldte avvik til læring. Høy kompetanse hos ansatte, og en gjennomført forventningsavklaring vil bidra til å fremme læringen. Samtidig vil et trygt miljø og åpenhet i større grad bidra til at avvik meldes inn. Videre vil ledere med riktig innstilling til avvikshåndtering og som tar avvik på alvor, være avgjørende for å kunne lære av avvik. Dette vil gi et signal til de ansatte om at innmeldte avvik fører til endring. På den andre siden er ansattes holdninger og fokus i arbeidshverdagen en faktor som kan gjøre det vanskeligere å lære av innmeldte avvik. For å lære av innmeldte avvik er det viktig å ha de ansatte med på laget. Dersom holdningene og fokuset står i veien for læring, vil det være vanskelig å benytte nevnte verktøy til å forbedre systemet og lære av innmeldte avvik. Samtidig kan også avvikets form, hvordan avvikene er beskrevet og formulert, gjøre det vanskelig å benytte avviket i læreprosessen. Derfor er det viktig at innmeldte avvik er konsise og saklige, slik at ledere kan bruke avvikene til læring for å hindre at lignende situasjoner oppstår igjen.

## 5.2 Avviksrapportering som kvalitetsforbedrende arbeid

Feilbruk av legemidler fører til sykehusinnleggelse, alvorlige skader, og flere dødsfall årlig. Minst en av ti sykehusinnleggelser av eldre på medisinsk avdeling er forårsaket av feilbruk av legemidler. Alvorlig skade eller dødsfall skyldes ofte en akkumulasjon av mindre alvorlige avvik, som viser viktigheten av å fokusere på kontinuerlig systemforbedring for å videre forbedre pasientsikkerheten (7). Oppgavens funn viser at ledere anser det som viktig å jobbe kontinuerlig med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, og ønsker samtidig å jobbe kvalitetsforbedrende ved læring i fokus. I likhet med mine resultater viser en norsk studie (7) at avviksrapportering er nødvendig i jobben med forbedring og læring knyttet til legemiddelhåndtering, for å videre øke forståelsen for hvilke faktorer som forårsaker avvik. Rapportering av avvik har ført til positive forbedringer av sikkerhet gjennom systematiske gjennomganger av hendelser, økt forståelse og rettelser av meldte avvik. Videre har dette gitt økt fokus på alvorlige hendelser og hvordan fremme rapportering og læring av disse hendelsene (36). Gjennom å skape læring på bakgrunn av innrapporterte avvik har lederne i studien et mål om å forebygge at liknende hendelser senere oppstår. Dette samsvarer med tidligere forskning (7, 25), som samtidig poengterer at det er viktig å se forbi det individuelle ansvaret, da det ofte foreligger forbedringspotensial på systemnivå, noe også informantene i denne studien påpekte. Informantene var opptatt av å få frem at det ikke nødvendigvis er den enkelte ansatt som har gjort en feil, men at det ofte er systemet og rutinene som må forbedres.

Avvik i helsetjenesten er primært et resultat av svakheter i systemet (27). For å sørge for god pasientsikkerhet er det nødvendig å identifisere og forstå hvilke avvik som meldes. Gjennom å rapportere avvik i et avvikssystem kan pasientsikkerheten forbedres (32). Et effektivt avvikssystem påvirker pasientsikkerheten gjennom identifisering av avvik som har til hensikt å skape et tryggere system (34). Det er viktig å ha et godt fungerende system for håndtering av avvik og uønskede hendelser når man skal arbeide med kvalitetsforbedring i helsetjenesten (33). Dette inkluderer at systemet er enkelt å bruke, gir en mulighet for å evaluere årsaker til avvik og samtidig gir tilbakemeldinger på resultater av avvikanalyse hos de som er involvert i rapporteringen (32). Dette fremheves også gjennom intervjuene, hvor lederne anser det som nødvendig at man har et system som fanger opp når det gjøres feil og kan føle seg trygge på at avvikene som meldes fanges opp. På den andre siden vil et avvikssystem som ikke fungerer optimalt virke som en barriere for å melde avvik (10, 30), noe også informantene i denne studien påpekte. Dersom avvik ikke meldes på grunn av at avviksprogrammet ikke er brukervennlig, vil ikke ledere ha mulighet til å identifisere legemiddelhåndteringsavvik, som

videre kan få store konsekvenser for pasientsikkerheten. Samtidig vil et avvikssystem som ikke fungerer optimalt fungere som en barriere for å lære av feilene som gjøres. I et av intervjuene kom det frem at det ikke forelå et optimalt avvikssystem. Informantene mente de var utsatt på grunn av at de ikke kunne vite om de fikk inn alle avvikene som ble meldt inn, og om de oppdaget alle avvikene som ble meldt. Basert på tidligere forskning (10, 32, 33) kan det diskuteres hvorvidt systemet deres la til rette for avviksrapportering, og om deres midlertidige løsning var en barriere for å melde avvik for de ansatte.

Å jobbe systematisk med kvalitetsforbedrende arbeid kan oppnås gjennom ulike metoder og verktøy (29). Forskning viser at det foreligger en utfordring hvor ledere mangler verktøy som kan bidra til å skape en oversikt og plan for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet (24). Det er nødvendig med passende styringsverktøy med et mål om refleksjon og dialog, for å iverksette tiltak i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet. Informantene på den andre siden nevner ulike verktøy som ble benyttet for og i større grad lære av innmeldte avvik, med et mål om at de samme avvikene ikke gjentok seg ved senere anledninger. For å forstå årsakene til at det forekommer avvik oppga informantene at det var viktig å skaffe seg nok informasjon om innmeldt avvik, for å videre kunne analysere avviket og bruke det til læring. Dette funnet samsvarer med en norsk studie (7) som poengterer at det er viktig å foreta analyse av årsaken til avviket, for å videre kunne vurdere om feilene bør få følger for rutinene. Når man som leder har skaffet nok informasjon og funnet årsaken til meldt avvik, kan avviket videre benyttes til læring blant personalet.

Forskning viser at de lederne som benytter avvikene aktivt på møter har en større grad av avvik som meldes inn til seg (37), noe som ligner mine funn. Informantene brukte personalmøter og fagmøter aktivt for å hindre at avvik gjentok seg, og samtidig skape en trygghet ved å løfte frem eksempler på at ansatte melder avvik på seg selv. Slik var det ønskelig å få frem at avviksrapportering var viktig og ufarlig, og videre oppmuntre flere ansatte til å melde avvik. På denne måten kunne lederne få de ansatte til å føle at de bidro, da man snakket åpent om avviksrapportering. Samtidig kunne ansatte komme med innspill til tiltak for å hindre at lignende hendelser skjer igjen. Flere studier viser at ledere som motiverer ansatte til å rapportere avvik, bidrar til økt avviksrapportering på arbeidsplassen (2, 27, 34). I hvor stor grad lederne opplevde en økning av innmeldte avvik ved å bruke personalmøter og fagmøter, ble ikke videre diskutert. Men resultatene i studien viser at lederne jobbet aktivt for å få de ansatte til å melde avvik, og det kan videre tyde på at de lyktes med dette i større eller



mindre grad. Dette med bakgrunn i at lederne hadde stort fokus på å skape en «vi-følelse», samt et felles eierskap, for å få ansatte til å melde avvik. Samtidig kan det tenkes at ansatte i større grad ønsker å melde avvik da de gjennom å føle en forankring, trygghet og eierskap føler seg mer delaktige i arbeidet med avvik.

### 5.3 Avviksrapportering krever et trygt og bevisst arbeidsmiljø

Informantene uttrykte at en fryktkultur i arbeidsmiljøet kunne bidra til at de ansatte ikke melder avvik, som igjen kan føre til underrapportering. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning, der frykt for å rapportere er en barriere for å melde avvik (2, 10, 22, 24, 30, 32). Denne fryktkulturen kunne innebære at ansatte var redde for å få et dårlig rykte eller havne i trøbbel på arbeidsplassen sin (30, 34), som stemmer overens med mine funn. Informantene opplevde at ansatte virket redde for å melde avvik med bakgrunn i hvordan kollegaer ville reagere. Det kan diskuteres om denne fryktkulturen kan ha grobunn i et dårlig arbeidsmiljø, da forskning viser at frykt for konsekvenser etter meldt avvik kan forekomme på arbeidsplasser med dårlig miljø (9, 30, 34). Å jobbe regelmessig med innmeldte avvik var et fellestrekk hos flere informanter, med et mål om å oppmuntre til videre rapportering, og samtidig ha økt fokus på forbedringer i systemet. Likevel virket det å være tilfelle at kollegaer kunne kommentere om noen hadde meldt avvik på en selv. Det kan videre diskuteres om denne fryktkulturen kan ha grunn i uvitenhet eller manglende kompetanse hos de ansatte. Det kunne virke som om det var mer fokus på den ansatte selv fremfor pasientsikkerhet når ansatte kommenterte hverandres avviksrapportering. Dette støttes av tidligere forskning som viser at en underrapportering kan komme av manglende forståelse for viktigheten av å melde avvik (27, 31, 35). For å unngå underrapportering knyttet til en fryktkultur uttalte informantene at det var viktig å jobbe for å skape et trygt arbeidsmiljø og en god avvikskultur.

Forskning viser at et trygt og positivt arbeidsmiljø forbedrer legemiddelsikkerheten, samtidig som at et støttende miljø er grunnleggende for god kommunikasjon og suksess (22). Et gjentagende tema i intervjuene omhandlet trygghet og god kommunikasjon. Ifølge informantene var trygghet og god kommunikasjon grunnleggende for at lederne kunne bruke avvik til læring, men var også nødvendig for at avvik i det hele tatt ble meldt. Resultatene harmonerer med tidligere forskning, der et godt arbeidsmiljø og en god avvikskultur øker sannsynligheten for at ansatte melder avvik (27). Samtidig som at trygghet og god kommunikasjon var viktig for å unngå underrapportering, var det også viktig for lederne å skape en trygg arbeidsplass for å samarbeide godt med de ansatte. Dette inkluderte å snakke

åpent om avvik, ha en nøytral holdning og samtidig få frem at legemiddelhåndtering og rapportering av avvik er et felles ansvar. Johannessen et al. (24) viser at et samarbeid kan forbedre både læring i organisasjonen og øke arbeidsengasjement. Et samarbeid mellom ledere og ansatte kan dermed fremme læring av avvik, gjennom å skape diskusjon og refleksjon på arbeidsplassen. Å skape en felles ansvarsfølelse for å unngå underrapportering ligner resultatene i studien av Samsiah et al. (27), der en følelse av ansvar fremmet rapportering av legemiddelhåndteringsavvik. Videre kan trygghet, kommunikasjon og samarbeid på arbeidsplassen være med å øke tilliten de ansatte har til sin leder, som samtidig fremmer god legemiddelsikkerhet. Dette støttes av tidligere forskning der tillit og åpen kommunikasjon fremmer sikker legemiddelbruk og gir økt pasientsikkerhet, gjennom å redusere risikoen for fremtidig avvik (23). Selv med trygghet og åpen kommunikasjon på en arbeidsplass, kan det likevel være andre årsaker til underrapportering.

Travelhet i arbeidshverdagen er en medvirkende årsak til at ansatte ikke melder avvik og bidrar til underrapportering (2, 8, 32, 38). Mine resultater viser derimot at travelhet ikke ble oppfattet som en barriere for rapportering av avvik. Informantene var likevel klar over at travelhet bestemte hvordan de ansatte prioriterte arbeidsoppgavene i arbeidshverdagen sin. Det kan tyde på at lederne i denne studien ikke så på underrapportering som et generelt problem. Om dette skyldes at underrapportering faktisk ikke var et problem hos lederne i denne studien eller at dette ikke var oppdaget, er vanskelig å si. Likevel oppga informantene at det var vanskelig å oppdage underrapportering, da det virket å være vanskelig å vite hvilke avvik og hvor mange avvik som ikke ble meldt. Dette funnet stemmer overens med tidligere forskning som viser at underrapportering er vanskelig å identifisere, samtidig som det truer pasientsikkerheten (33). Avvik som ikke meldes kan komme av at ansatte selv ikke vet at man har gjort et avvik, eller at man ikke ønsker at andre skal vite at man har gjort en feil. På denne måten vil det være vanskelig å oppdage hva som meldes og ikke. Dette handler som tidligere diskutert om å etablere en god og trygg avvikskultur, men også om å heve kunnskapen hos ansatte knyttet til avvik og avvikshåndtering. Selv om travelhet ikke oppgis å være en årsak til underrapportering, uttrykte informantene likevel at travelhet kunne være et problem i arbeidshverdagen.

Informantene oppga at travelhet kunne være en medvirkende årsak til legemiddelhåndteringsavvik, noe som stemmer overens med flere studier (10, 17, 22, 24). Mangel på tid kan påvirke kvalitet- og sikkerhetsarbeid, hvor Dilles et al. (25) oppgir at

travelhet kan føre til at ansatte glemmer å gjennomføre dobbeltkontroll før legemiddeladministrasjon. Samtidig burde ikke mangel på tid og ansatte være et hinder for å rapportere avvik, og videre presse ansatte til å gjøre feil i legemiddelhåndteringen. Informantene understreker at en travel hverdag ikke burde hindre de ansatte i å snakke og være åpen om avvikshåndtering. Samtidig trenger ikke feil i legemiddelhåndteringen å kun handle om at de ansatte har det travelt, men en stressende hverdag kan videre påvirke fokuset de ansatte har når de håndterer legemidler. På bakgrunn av dette er det først og fremst viktig å vite hva man kan gjøre for å forebygge legemiddelhåndteringsavvik, men samtidig viktig at ansatte innehar nok kunnskap og vet hva man skal gjøre ved oppstått avvik. Slik slipper helsepersonell å bruke unødvendig mye tid på rapportering og dokumentering, hvor avviksrapportering likevel kan prioriteres i en travel hverdag.

#### 5.4 Mangel på kunnskap er en trussel for pasientsikkerhet

Lederne i studien uttrykte at det var viktig å ha kompetente ansatte, da disse jobbet godt med avvik og var trygge på arbeidet med legemidler. Dette tyder på at informantene forsto viktigheten av at ansatte innehar tilstrekkelig kunnskap om legemiddelhåndtering og avvikshåndtering. Høy kompetanse bidro i tillegg i større grad til å skape læring på arbeidsplassen. Forskning viser at mangel på kunnskap innen legemiddelhåndtering og avviksrapportering er en trussel for pasientsikkerhet, og samtidig en av de vanligste årsakene til underrapportering (33). I Andersson et al. sin studie (40) hadde feil knyttet til at man ikke fulgte prosedyrene, sammenheng med mangel på kompetanse. Informantene uttrykte at ansatte med høy kompetanse vet hva som forventes av dem og kjenner prosedyrene på arbeidsplassen. Dette tyder på at tilstrekkelig kunnskap hos ansatte er viktig både for å unngå legemiddelhåndteringsfeil, men også for å forstå hvilke prosedyrer som foreligger ved avviksrapportering. Mangel på kunnskap hos ansatte kan føre til et misforhold mellom hva de mener man skal registrere som avvik, og hva som faktisk meldes (33). På bakgrunn av denne forskningen kan det tenkes at det foreligger en kunnskapsmangel blant ansatte, da informantene også fortalte at det kunne bli meldt inn avvik som mulig ikke var avvik. Samtidig hadde enkelte ansatte problemer med å skille på hva som var et avvik, og ikke. Disse funnene kan videre underbygge teorien om at kunnskapsmangel blant de ansatte kunne påvirke avviksrapporteringen. Videre viser flere studier at manglende kunnskap knyttet til prosessen med rapportering av legemiddelhåndteringsavvik, er en barriere for å gjenkjenne og rapportere avvik (30, 34, 41). Det kan derfor diskuteres om underrapportering kan være et skjult problem, selv om informantene ikke diskuterer i utdypende grad hvorvidt

underrapportering er et særlig problem på sine arbeidsplasser. God nok kunnskap om hva et avvik er, er også et av premissene som må foreligge for at avvik skal kunne meldes inn, håndteres og brukes til læring både hos ansatte og ledere.

For å kunne lære av legemiddelhåndteringsavvik forutsettes det at ansatte og ledere har nok kompetanse om avvik og avvikshåndtering. Mangel på kunnskap, der man ikke forstår viktigheten av avviksrapportering, er en stor utfordring og fungerer som en barriere for å bruke avvik til læring og kvalitetsforbedring (34). Mine funn tyder på at lederne selv virket usikre på hva som er et avvik og ikke. Det ble oppgitt at et avvik oppstår først når det er gjentakende, som indikerer at det kan foreligge mangel på kunnskap hos ledere om hva et avvik er. I motsetning til funnene i oppgaven, viser tidligere forskning at alle legemiddelhåndteringsavvik burde meldes selv om pasienten påvirkes av det eller ikke (30). Det kan være kritisk dersom ledere uttrykker at det ikke er like viktig å melde alle avvik, og videre ikke har klare linjer på hva som skal meldes. Informantene uttrykte samtidig at det forelå prosedyrer for avvikshåndteringen, uten at dette ble videre diskutert. Av den grunn virker det å være motstridene å si at det er avvik først ved gjentakelser av samme hendelse, og at det av den grunn kan tyde på at det er mangel på etterlevelse av prosedyrer for avvikshåndtering.

Vågen (31) viser at det er problematisk å melde de avvikene man selv mener kan føre til skade hos pasienten. Det er viktig å melde alle avvik som forekommer da det foreligger læring i alle avvikene, men også for å avdekke svikt i prosedyrene. Gjennom intervjuene kunne det i noen tilfeller være et fokus på at lederne var fornøyde med at de ikke hadde veldig mange avvik som ble meldt inn. Av den grunn kan det videre diskuteres i hvor stor grad enkelte ledere forsto viktigheten av å melde avvik, og samtidig brukte det i kontinuerlig kvalitetsarbeid. Dersom ledere ser på få innmeldte avvik som noe positivt, vil det være grunnlag for å si at de ikke forstår at dette er et kontinuerlig arbeid. Det er viktig at ledere gir et signal til de ansatte om at alle feil som potensielt kan føre til skade hos pasienten må meldes, uavhengig om hendelsen påvirket pasienten der og da. Dette handler om pasientsikkerhet, der man ønsker å minimalisere feil ved legemiddelhåndteringen som potensielt kan skade pasientene i fremtiden. Av denne grunn er det nødvendig at ledere har nok kunnskap om hva et avvik er og avvikshåndteringen, for å videre legge til rette for læring blant personalet. Dersom ledere ikke vet hva et avvik er, kan de heller ikke forvente at de ansatte gjør det.

Informantene i studien kunne finne det utfordrende å vite hvordan de skulle løse ut alle avvikene, uten at det ble en gjentagende beskrivelse. Det kunne også være utfordrende å dokumentere og håndtere de ulike avvikene som ble meldt inn. I tillegg til at det kunne virke som at det var vanskelig å vite hva et avvik er og ikke, fant informantene det vanskelig å skille på et systemavvik og et personavvik. Ut fra mine funn kan det tyde på at det forelå en kunnskapsmangel også hos lederne. Tidligere forskning (7) viser at det er problematisk dersom det foreligger manglende kompetanse og ressurser hos ledelsen. Dette fordi det vil være vanskelig å vite hva som skal gjøres ved innmeldte avvik og samtidig gjennomføre tiltak knyttet til forbedringsprosessen. Denne forskningen støtter opp under mine funn om at det forelå en kunnskapsmangel, da det virket å være utfordrende å vite hva de skulle gjøre ved gjentagende innmeldte avvik. Det er nødvendig med økt kunnskap hos både ledere og ansatte for å kunne optimalisere jobben med avvikshåndtering. Dette innebærer at man vet hva et avvik er, når man skal melde avvik og hvorfor man skal melde. Manglende kunnskap om avvik og avvikshåndtering hos ledere kan komplisere prosessen med læring, da det kan være vanskelig selv å forstå hva som er viktig for å skape læring, men også hvordan bruke avvik til læring. Ledere må jobbe målrettet mot å skape læring på arbeidsplassen gjennom å bruke innmeldte avvik, og samtidig kartlegge årsaker til avvik, hvilke avvik som meldes og hva man kan gjøre for å unngå at avvikene gjentar seg.

For å benytte legemiddelhåndteringsavvik til læring er det også viktig med god nok kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering. I Wannebo & Sagmo sin studie (19) kommer det frem at utdanning og opplæring knyttet til legemidler øker forståelsen for legemiddelhåndtering. God kunnskap om legemiddelhåndtering vil samtidig bidra til bedre avvikshåndtering, da ansatte i større grad vil forstå viktigheten av å identifisere og rapportere legemiddelhåndteringsavvik (27). Det kan se ut som at det samme gjelder for informantene i denne studien, da det uttrykkes at kompetente ansatte ofte er trygge på arbeidet med legemidler og legemiddelhåndtering. Samtidig virket det å være viktig for lederne at de ansatte kontinuerlig forbedret sine legemiddelkunnskaper, da de stadig måtte gjennomføre nye legemiddelhåndteringskurs. Hvorvidt en kontinuerlig oppdatering av legemiddelkunnskap påvirket mengden av feil hos de ansatte ble ikke videre diskutert, men forskning viser at sykepleiere som kontinuerlig oppdaterer legemiddelkunnskapene, gjør færre feil i legemiddelhåndteringen (19). Det er viktig at ledere i større grad fokuserer på kompetanseheving blant de ansatte, både når det gjelder avvikshåndtering og legemiddelkompetanse. Selv om det i intervjuene ikke ble diskutert om det foreligger en

kunnskapsmangel innen legemiddelhåndtering, viser tidligere forskning at det er et stort behov for mer legemiddelkunnskap (3, 7, 8, 10, 19, 20). Ansatte som håndterer legemidler, bør gjennomgå obligatoriske kurs for å sikre riktig legemiddelbruk. Samtidig er det tydelig ut fra mine funn at det også er nødvendig at ledere som håndterer legemiddelhåndteringsavvik gjennomgår slike kurs. Dette for ledere også skal forstå viktigheten av feilene som gjøres, og videre sette inn tiltak som fremmer trygg legemiddelhåndtering.

Det kan videre diskuteres om ulike holdninger knyttet til avviksrapportering kommer av mangel på kunnskap, da ansatte burde fokusere på pasientsikkerhet for å redusere pasientskade, fremfor å se på avviksrapportering som et merarbeid. Mine funn viser at lederne finner det viktig å jobbe holdningsskapende for å kunne gi et signal om at avvikene blir tatt på alvor gjennom å forbedre systemet. Disse funnene harmonerer med tidligere forskning (39), som samtidig viser at holdningsskapende opplæring i pasientsikkerhetsarbeid fører til økt oppmerksomhet på avvik, og større kompetanse til å identifisere og melde avvik. Dette viser at det kan være nødvendig for ledere å jobbe med holdningene til de ansatte, både gjennom å skape en god arbeidskultur som ikke er forbundet med frykt, men også skape et miljø som fremmer læring og pasientsikkerhet.

### 5.5 Bevisstgjøring og refleksjon fremmer læring

For å lære av oppståtte avvik og samtidig redusere mengden innmeldte legemiddelhåndteringsavvik benyttet lederne som nevnt ulike verktøy. Likevel avdekkes det gjennom intervjuene at det forekommer flere årsaker, såkalte hemmere, som kompliserer prosessen med å benytte avvik til læring, selv med gode verktøy til stede. Gjennom funnene i studien er det mye fokus på viktigheten av god kompetanse blant de ansatte. Et fokus på de ansatte er rimelig, da det er de som til syvende og sist utfører arbeidet og har pasientkontakt. Det vil likevel være avgjørende med ledere som har holdninger rettet mot et fokus på læring, og som bidrar til å motivere og følge opp ansatte. Informantenes holdninger til arbeidet med avvikshåndtering kan likevel tolkes ut fra funnene i studien. En leders holdninger og kunnskap vil videre påvirke ansatte og kulturen på arbeidsplassen. En viktig forutsetning for å kunne lære av avvik, er at innmeldte avvik blir behandlet og ført videre (7), noe som stemmer overens med mine funn. Informantene påpekte at det var viktig å behandle avvikene, og sammen finne løsninger med de ansatte. God avvikshåndtering bunner ut i lederes motivasjon

og holdninger for å jobbe med avvik, og kommer frem som et av premissene i oppgaven for å lykkes med å lære av innmeldte avvik i prosessen med avvikshåndtering.

Lederes manglende engasjement knyttet til håndtering av legemiddelavvik er en barriere for å melde avvik, der ansatte finner det umotiverende å melde avvik dersom det ikke gis tilbakemeldinger og at innmeldte avvik ikke fører til endringer i systemet (10, 20, 37). Dette kan bidra til at de ansatte mister tilliten hos ledere, som videre kan tenke at det ikke nytter å melde avvik, da innmeldte avvik ikke fører til forbedringer (34, 37). Dette samsvarer med egne funn, hvor informantene mente det var viktig å gi tilbakemeldinger til de ansatte på meldt avvik, og samtidig behandle avvikene så raskt som mulig. Det ble spesifikt nevnt at avvikene ikke ble liggende lengre enn et døgn, for å videre vise at meldte avvik ble tatt på alvor. Samtidig som at dette ga et signal til de ansatte om at avvikene ble tatt på alvor, uttrykte informantene at det kunne gi ansatte en økt motivasjon når innmeldte avvik ga respons. Resultatene harmonerer med Khalil & Lee sin studie, der ansatte følte seg mer motivert for å melde avvik dersom de fikk kjappe og ærlige tilbakemeldinger (10). Selv om kjappe tilbakemeldinger gir et signal om at ledere tar de ansatte på alvor, er det også viktig at ledere viser at meldte avvik fører til forbedringer, gjennom tiltak og forbedringsforslag, noe også informantene påpekte. På den andre siden er det viktig med tilbakemeldinger fra de ansatte knyttet til nok dokumentasjon av avviket. Avvikets form i seg selv kan være en hemmer for læring, og det var viktig for informantene at meldte avvik var saklig og forståelig, for å videre kunne benytte avvikene til læring. Funnene i studien ligner en annen norsk studie (24), der nok informasjon om avviket var nødvendig for at lederne kunne håndtere et avvik, bruke det til læring og videre hindre at avviket gjentar seg.

Dårlig dokumentasjon av avvik virket å være en utfordring hos enkelte informanter, da det påvirket i hvor stor grad avvikene kunne benyttes videre. Det kan diskuteres hvorvidt utilstrekkelig dokumentasjon av avvik skyldes for dårlig opplæring i hvordan rapportere og skrive avvik. Tidligere forskning viser at manglende trening og læring knyttet til avvikshåndtering, kan være en barriere for avviksrapportering (8, 32, 34). Når man ikke får inn konsise avvik, vil man heller ikke ha mulighet til å benytte avvikene til læring. I likhet med mine funn, er det viktig at ledere sørger for at helsepersonell har nok kunnskap og ferdigheter innen avviksrapportering, for å kunne benytte avvikene til læring (3). Samtidig vil holdningene til de ansatte være avgjørende for å oppnå læring på arbeidsplassen. Dette påvirker hvilke valg den ansatte tar i arbeidshverdagen, som inkluderer valg knyttet til

avviksrapportering (30). Ansattes holdninger og mangel på bevissthet rundt rutiner, samt dårlig prioritering av arbeidsoppgaver ble nevnt av informantene å være utfordringer i arbeidet med avvikshåndtering. Dette kunne komplisere arbeidet med avviksrapportering, noe som ligner Stewart et al. sin studie (34), der ansattes manglende bevissthet rundt rutiner og prosedyrer var en barriere for avviksrapportering og bidro til underrapportering.

Mine funn viser at et verktøy som strakstiltak kan benyttes for å øke bevisstheten rundt hvilke tiltak som skal gjennomføres i en avvikssituasjon. Et strakstiltak er tiltak ansatte skal iverksette umiddelbart etter oppdaget avvik. Dette verktøyet ble benyttet for å gjøre ansatte bevisste på hva som skjedde før, under og etter meldt legemiddelhåndteringsavvik. På denne måten ønsket lederne at ansatte skulle bli mer løsningsorienterte, samtidig som at strakstiltak var et verktøy der man kunne reflektere og lære av hendelser som hadde oppstått. En studie viser at ansatte som har trening i å reflektere over oppståtte hendelser, kan i større grad ha positive holdninger til avviksrapportering (41). Videre kunne strakstiltak bidra til å gi et større fokus på forebyggende tiltak, der ansatte kunne komme med forslag til forbedringer og hva som kunne gjøres annerledes i ulike situasjoner. Gjennom å gjøre ansatte delaktige i avviksarbeidet, kan man som leder skape motivasjon, engasjement og forbedret kompetanse i kvalitet og pasientsikkerhet (38), noe som harmonerer med egne funn. Det var viktig for informantene å få ansatte delaktige i avviksarbeidet, der ansatte kunne føle et eierskap og videre fremme læring blant personalet.

## 5.6 Tverrfaglighet øker pasientsikkerheten

Å lære av innmeldte avvik er viktig for å redusere fremtidige legemiddelhåndteringsavvik. Mine funn viser at et tverrfaglig samarbeid bidrar til å skape læring gjennom refleksjon og diskusjon av ulike avvikssituasjoner. I likhet med mine resultater, viser tidligere forskning at et tverrfaglig samarbeid med rådgivning fra farmasøyter kan bidra til å redusere risikoen for feil ved administrering av legemidler, samt uhensiktsmessig legemiddelbruk (2, 44). Da forskning viser at det er behov for bedre og mer kunnskap om legemidler (7, 8, 19, 20), bør bruken av farmasøyter i primærhelsetjenesten i større grad benyttes for å videre kunne drive opplæring, veiledning, tilsyn med medisinhåndtering og avvikshåndtering (20). Farmasøyter forbedrer legemiddelkunnskapen hos helsepersonell (44), noe som understøtter at bruken av farmasøyter i større grad burde benyttes i primærhelsetjenesten. Flere av informantene nevnte også viktigheten av å benytte kommunefarmasøyter som sparringspartnere i



arbeidshverdagen. Kommunefarmasøytene bidro til oppfølging omkring avvikhåndtering, legemiddelhåndteringskurs og system for A- og B-preparat kontroll. I tillegg kom farmasøytene med forslag og tiltak til håndtering av oppståtte problemer i legemiddelhåndteringen, som videre førte til en reduksjon i legemiddelhåndteringsavvik. Dette skapte rom for refleksjon og diskusjon rundt utfordrende situasjoner, der farmasøyter jobbet i team med ansatte og ledere ved helseinstitusjoner i kommunen. Et tverrfaglig team kan øke pasientsikkerheten gjennom å avdekke legemiddelrelaterte problemer og optimalisere pasienters legemiddelbehandling. Legemiddelhåndteringsavvik kan være et resultat av at legemiddellister ikke samsvarer, og samstemming av legemiddellister er viktig for å bidra til forebygging av utilsiktede hendelser (2). Gjennom å samstemme legemiddellister og utføre legemiddelgjennomganger kan farmasøyter optimalisere legemiddelbehandlingen og bidra til å redusere antall legemidler hos pasienter, som kan medføre økt livskvalitet og bidra til større pasientsikkerhet.

En metaanalyse som inkluderte 52 studier viser at farmasøytens kompetanse i sykehjem er med å bidra til en reduksjon i antall fall hos sykehjemsbeboere, gjennom å forbedre kvalitetsbruken av legemidler på sykehjem (44). Den samme studien viste at det er gunstig å inkludere farmasøyter som en del av et tverrfaglig team, da farmasøyter spiller en viktig rolle når det gjelder å informere om riktig bruk av legemidler. Kunnskap om legemidler og avvikhåndtering hos helsepersonell er viktig for å sørge for pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten. Studien av Toverud & Håkonsen (42) undersøkte hva farmasøyter kunne bidra med i kommunehelsetjenesten, der flere farmasøyter hadde oppgaver knyttet til undervisning og opplæring av annet helsepersonell. Undervisningen bidro til å heve kompetansen hos helsepersonell på legemiddelområdet, gjennom å identifisere legemiddelrelaterte problemer i enkle legemiddelregimer. I likhet med Toverud & Håkonsen sin studie, viser mine funn at farmasøyter bidro til kompetanseheving blant ledere og ansatte gjennom å bruke videoer i forbindelse med fagdager. Videoene ble gjort tilgjengelig for alle ansatte i ettertid og kunne inkludere beskrivelse av hva et avvik er og viktigheten med avvikhåndtering. På samme måte kan farmasøyter bruke videoer til å informere om legemidler og legemiddelhåndtering, for å bedre kunnskapen om legemidler hos helsepersonell som har behov for det.

Bruken av caser i opplæringsøyemed var også et verktøy informantene hadde god tro på ville skape læring blant ansatte. Dette verktøyet kunne bidra til å øke bevisstheten rundt ulike

situasjoner som kunne oppstå ved ulike arbeidsoppgaver. Gjennom å bruke caser med fokus på læring av innmeldte avvik, vil ansatte kunne kjenne seg igjen i kjente situasjoner som kan oppstå ved et senere tidspunkt. På denne måten vil ansatte i større grad vite hva de skal gjøre om man havner i lignende situasjoner, da ansatte har brukt caser til å trene på hva de skal gjøre ved ulike scenarioer. Forskning viser at det kreves mer utdanning og treningsaktiviteter i forbindelse med rapportering av legemiddelhåndteringsavvik, for å videre oppmuntre til kontinuerlig avviksrapportering (27). Farmasøyter kan gjennom å bruke sin kompetanse og erfaring, bidra til å lage caser som kan benyttes til å skape læring. Det er vist at eksponering for nye situasjoner ofte er en årsak til legemiddelhåndteringsavvik (22), da ansatte kan bli usikre på hva de skal gjøre. Derfor vil det å bruke caser gjøre ansatte kjent med situasjoner de tidligere ikke har vært utsatt for, gjennom å lære av tidligere praksiseksempler. Samtidig vil farmasøyter kunne bidra med nye utfordrende legemiddelhåndteringssituasjoner, og videre legge til rette for refleksjon og diskusjon rundt tiltenkte hendelser. Dette kan forberede de ansatte, og samtidig bidra til å redusere mengden legemiddelhåndteringsavvik gjennom læring av tidligere eksempler. Dersom ledere og ansatte vet hva de skal gjøre ved ulike avvikssituasjoner, vil det i større grad bidra til å skape læring og samtidig redusere forekomsten av videre legemiddelhåndteringsavvik. Da det kan være vanskelig å finne nye måter å heve og å opprettholde kompetansen til helsepersonell (24), vil farmasøyter være en god ressurs gjennom å bidra til kompetanseheving i primærhelsetjenesten.

## 6 Diskusjon av metode

I metodediskusjonen vil jeg diskutere valg av metode, utvalget av informanter og rekrutteringen av disse, og videre hvordan dette kan ha påvirket resultatenes gyldighet. Gjennomføringen av intervju og intervjuprosessen, samt transkribering og analysemetode vil videre drøftes. Gjennom metodediskusjonen vil oppgavens gyldighet diskuteres gjennom å poengtere styrker og svakheter av valgene som er foretatt.

### 6.1 Metodevalg

I denne oppgaven ble det benyttet en kvalitativ metode med bruk av fokusgruppeintervju for å belyse problemstillingen. En kvalitativ metode er egnet når man skal studere menneskers erfaringer og tanker omkring et tema (45). Hensikten med denne masteroppgaven var å utforske hvordan enhets- og avdelingsledere i kommunale enheter opplever å arbeide med avvikshåndtering, og beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer med avvikshåndtering. Gjennom denne metoden ble det mulig å utforske ledernes erfaringer med avvikshåndtering, og videre få et innblikk i hva som fremmer og hemmer mulighetene til å bruke avvik til læring blant personalet.

I kvalitative metoder kan man velge mellom å benytte individuelle intervju eller gruppeintervju. I denne oppgaven ble det valgt å benytte fokusgruppeintervju for å samle inn data fra informantene. På denne måten får man fanget opp flere menneskers erfaringer og oppfatninger samtidig, og man får frem potensialet for samhandling mellom informantene. Dette kan videre fremme flere spontane svar som videre kan gi rom for nye tanker og refleksjoner, der en god gruppedynamikk vil kunne bidra til at informantene motiveres av hverandres fortellinger. På den andre siden kan man tenke seg at et individuelt intervju ville ha gitt mer ro og fortrolighet til intervjuer, dersom informantene kunne finne det vanskelig å dele historier med alle i intervjuet på grunn av sin rolle i gruppen. Videre vil også fokusgruppeintervju kunne gi mindre rom og tid for hver enkelt informant, selv om dette var tenkt gjennom på forhånd. Om dette var en barriere for at enkelte informanter ikke ville dele sine historier er vanskelig å si, men informantene som ble rekruttert opplevdes likevel ivrige etter å dele sine historier med avvikshåndtering. Oppgaven endte opp med tre fokusgruppeintervju som alle var rike på informasjon og som fikk frem både suksesshistorier og utfordringer med å bruke innmeldte avvik til læring.

## 6.2 Utvalg og rekruttering

Informantene ble rekruttert av masterstudent og veileder. Det var frivillig å delta i studien, men det kan ikke utelukkes at det vil foreligge en form for seleksjonsbias. Informantene som ble rekruttert var kjent for både masterstudent og veileder, og hadde et forhold til avvikshåndtering fra før. Av denne grunn kan det tenkes at de var mer ivrige etter å fortelle om sine erfaringer, sammenlignet med andre som ikke hadde en kjent relasjon til verken masterstudent eller veileder. Samtidig kan det ikke utelukkes at det er rekruttert informanter som i større grad er engasjerte i avvikshåndtering enn det andre er, i og med at de ønsket å fortelle sin historie. På den andre siden kan det også være tilfelle at de som føler de har avvikshåndtering under kontroll, ikke har et behov for å formidle deres erfaringer. Likevel vil ikke dette kunne avdekkes, men det kan tenkes at man hadde fått et større mangfold av informanter dersom det hadde blitt benyttet andre kanaler til å rekruttere.

I intervjuene hadde de fleste informantene kjennskap til hverandre. Dette kunne gi en bedre samtaleflyt i intervjuene, enn om alle deltakerne møtte hverandre for første gang. Et kjennskap til hverandre kunne også være en barriere for enkelte dersom de følte at de ikke kunne si ting de mente. Dette kan også ha bakgrunn i at informantene i to av intervjuene hadde ulike stillinger, enhetsledere og avdelingsledere. Ulike stillinger kan skape en ujevn maktfordeling hvor noen tar større plass enn andre eller at det foreligger en større respekt for de øverste lederne, noe som er viktig å være klar over. Informanter i et fokusgruppeintervju som har kjennskap til hverandre fra før, kan allerede ha snakket sammen om temaet på forhånd og på den måten gjort seg opp ulike oppfatninger om hva som er greit å snakke om og ikke. Likevel var intervjuene ulike på sine måter, med ulike sammensetninger av både roller på arbeidsplassen, antall informanter, ulike erfaringer og ulike utdanninger. Det kunne oppleves at desto flere informanter det var i et intervju, desto mindre rom ga det for diskusjon. Dette kunne også ha bakgrunn i at intervjuene ble gjennomført digitalt gjennom Google Meet, eller at det rett og slett ble for mange i intervjuet til at andre ønsket å ta ordet.

Utvalget i intervjuene var tilstrekkelig for å kunne belyse problemstillingen. Etter tre intervju ble det vurdert at det var innhentet en passende mengde data for å kunne diskutere materialet, og at ytterligere datainnsamling ikke ville tilføre ytterligere kunnskap. Dette kan betegnes som metning, et begrep fra Grounded Theory (45). Det kan være flere årsaker til at intervjueren opplever en metning i datamaterialet. Dersom intervjueren er uerfaren og intervjuteknikken er dårlig, kan det være muligheter for at det tilføres ny kunnskap dersom

det hadde vært gjennomført flere intervju. I denne oppgaven er det samlet inn et stort datamateriale, og det vil være vanskelig å vite når metning er oppnådd på bakgrunn av disse betraktningene. Likevel uttrykker Malterud at man ikke skal henge seg opp i metningsbegrepet, da det er viktigere å etablere et utvalg med god informasjonsstyrke, enn å bestemme omfanget av et bestemt antall informanter. På bakgrunn av at informasjonsstyrken i det tredje intervjuet ikke ga omfattende ny kunnskap, kan det argumenteres for at utvalget i oppgaven var tilstrekkelig stort.

### 6.3 Gjennomføring av intervju

Informantene fikk tilsendt en e-post med informasjon i forkant av intervjuene. Intervjuene var tiltenkt å skulle gjennomføres personlig, med masterstudent og veileder til stede. Grunnet coronapandemien var ikke dette mulig, og intervjuene måtte gjennomføres digitalt via Google Meet. I forkant av intervjuene ble det reflektert hvorvidt det kunne påvirke gjennomføringen og utkommet av intervjuene ved å ikke møte informantene personlig. Jeg mener at dette er en svakhet i studien. Det kan tenkes at jeg ikke fikk den samme kontakten med informantene ved å intervju via skjerm. I tillegg kunne det i noen tilfeller forekomme kommunikasjonsbarrierer. Med dette menes at det i noen tilfeller kunne virke som at det var et tiltak for noen av informantene å ta ordet, og at informantene i noen tilfeller snakket i munnen på hverandre. Det kan videre tenkes at informantene var bevisst på at det var farmasøyter som intervjuet, da intervjuene var veldig positivt ladet. Det kunne virke som om noen av informantene ville fremstå som om de hadde avvikshåndteringen i orden og under kontroll. Dette ble det tatt høyde for ved analyseringen av datamaterialet for å vurdere validiteten av resultatene. Det ble ikke gjennomført et evalueringsmøte av intervjuene etterpå, noe som jeg i etterkant tenker hadde vært nyttig for min egen del. Det kan også tenkes at samspillet mellom informantene hadde vært bedre om alle hadde vært til stede i samme rom. Dette kunne ha påvirket samtaleflyten, der jeg som moderator også måtte føre intervjuet i noe større grad enn dersom det ikke hadde vært gjennomført digitalt via Google Meet. Intervjuene ble likevel sett på som innholdsrike nok til å bli med i analysen.

Selv om intervjuene ikke ble gjennomført som tiltenkt, måtte vi gjøre det beste ut av situasjonen. Hver deltaker ble oppmuntret til å besvare spørsmål knyttet til hvem de var og hvilken utdanning de hadde, samt hvordan de jobbet med avvikshåndtering på enheten/avdelingen. Gjennom intervjuene ble lederne stilt spørsmål knyttet til egne erfaringer,

og oppfordret til å dele historier fra sin arbeidshverdag. Tanken var å få informantene til å dele egne erfaringer i form av konkrete hendelser, for å prøve å samle den mest verdifulle kunnskapen (46). Samtidig ble informantene oppmuntret til å snakke med hverandre, stille spørsmål og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter, i stedet for at hver informant i tur og orden ble stilt et spørsmål. Det var likevel noe vanskelig å gjennomføre i praksis, men jeg opplevde at informantene hadde god kommunikasjon, både med hverandre og med meg. Informantene fikk ikke tilgang til intervjuguiden, da denne var ment som en huskeliste. I noen tilfeller svarte informantene videre utover spørsmålene som ble stilt. I og med at jeg hadde veldig liten erfaring med fokusgruppeintervju, interfererte veileder med noen oppfølgingsspørsmål i de første intervjuene. Dette for å få informantene i større grad til å snakke om avvikhåndtering. Jeg kom også med noen oppfølgingsspørsmål for å oppklare i uklarheter gjennom intervjuene. Det kan tenkes at noen av disse spørsmålene kan ha lagt føringer for hva informantene ville svare. Samtidig ville alternativet vært at problemstillingen ikke ble besvart i de tilfellene informantene ikke besvarte spørsmålene. I ettertid kan det tenkes at en omformulering av noen av spørsmålene i intervjuguiden ville ha gitt informantene en bedre forståelse for hvilken informasjon jeg var ute etter. Likevel følte jeg at spørsmålene i stor grad ble besvart, noe som videre ga god og nyttig forskning til oppgaven. Som intervjuer ble jeg mer bevisst underveis i intervjuperioden på hva som var viktig å vektlegge, og hvordan komme med åpne oppfølgingsspørsmål som var lette å forstå.

#### 6.4 Analyse av datamaterialet

Det ble benyttet Malterud sin systematiske tekstkondensering som metode. Gjennom analyseringen av det skriftlige arbeidet kan mine analytiske ferdigheter ha påvirket analyseprosessen. I perioden med analysearbeidet ble alle trinnene i analysen jevnlig diskutert med veileder, for å videre sikre at trinnene ble utført etter den valgte metoden. Diskusjon med veileder var veldig nyttig, som videre ga økt innsikt i eget materiale. Analysen ble foretatt av to farmasøyter, som videre kunne ha påvirket analyseprosessen. Dette fordi farmasøyter kan se på ulike tema med andre øyne enn andre profesjoner. Eksempelvis kunne det kanskje ha vært oppdaget andre relevante ting dersom en sykepleier eller vernepleier hadde lest transkriptene og materialet. Likevel vil veileder som jobber som kommunefarmasøyt, og som dermed har kjennskap til avvikhåndtering og analysering av avvik, ha et litt annet syn på tematikken i oppgaven enn meg. Selv om det er forsøkt å sette sin egen forforståelse til side, kan det ikke utelukkes at den har påvirket arbeidet. Likevel samsvarer mine funn med

tidligere forskning (9, 20, 33), hvor kunnskap og holdninger påvirker avvikshåndtering. Samtidig viser tidligere funn (44) at et tverrfaglig samarbeid med farmasøyter inkludert, øker pasientsikkerheten gjennom å bidra til kompetanseheving i primærhelsetjenesten, noe som samsvarer med mine funn.

## 7 Konklusjon

Enhetslederne og avdelingslederne i de kommunale enhetene hadde flere ulike tanker og erfaringer med avvikhåndtering. De uttrykte et ønske om å bruke innmeldte avvik til læring blant personalet. Lederne mente det var viktig å jobbe kontinuerlig med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, og videre jobbe kvalitetsforbedrende ved læring i fokus. Et åpent og trygt miljø, samt god kommunikasjon fremmet avviksrapportering og var samtidig viktig for å skape læring av innmeldte avvik. Et tverrfaglig samarbeid som inkluderte farmasøyter, bidro til å skape læring gjennom refleksjon og diskusjon av ulike avvikssituasjoner. Samarbeidet reduserte også forekomsten av legemiddelhåndteringsavvik gjennom forbedringstiltak i legemiddelhåndteringen. Verktøy som strakstiltak og caser kunne øke ansattes bevissthet rundt avviksrapportering, og bidra til å skape læring av innmeldte avvik. For lederne var det viktig med høy kompetanse blant ansatte og kontinuerlig oppdatering av legemiddelkunnskaper. Ansattes holdninger og beskrivelser av avvik kunne gjøre det utfordrende for ledere å bruke innmeldte avvik til læring. Hos noen ledere kunne det foreligge en manglende forståelse av å se viktigheten av kontinuerlig avviksrapportering, der forekomst av lite innmeldte avvik ble sett på som noe positivt. Samtidig ble det uttalt at et avvik oppstår først når det er gjentakende, og at det var vanskelig for noen å skille mellom personavvik og systemavvik. Bedre forståelse av ansattes og lederes holdninger og kunnskap om avviksrapportering og -håndtering vil være viktig for å i større grad lykkes med å lære av innmeldte avvik.



## 8 Veien videre

Denne oppgaven viser at ledere har flere tanker og erfaringer med avvikshåndtering, samtidig som at de ønsker å bli bedre på flere områder gjennom å benytte ulike verktøy i jobben med avvikshåndtering. Jeg mener funnene i denne oppgaven kan brukes i videre praksis, og jeg vil i denne delen kort oppsummere mine tanker.

### 8.1 Implikasjoner for praksis

Mine funn viser at ledere finner det viktig å jobbe kontinuerlig med avvikshåndtering, for å videre skape læring av innmeldte avvik. Det ser derimot ut til at det kan være behov for økt kunnskap hos ledere om avvik, samt økt forståelse for viktigheten av kontinuerlig kvalitetsarbeid med avvikshåndtering. Dette med bakgrunn i at det ble uttalt at et avvik oppstår først når det er gjentakende, og at det hos noen ledere virket å være vanskelig å skille mellom personavvik og systemavvik. Videre oppgis det i studien av strakstiltak var et verktøy som ble benyttet for å øke ansattes bevissthet rundt avvikshåndtering. Det ble ikke diskutert gjennom intervjuene i hvor stor grad strakstiltak ble benyttet, men ledere hadde god nytte av å få ansatte til å skrive strakstiltak ved meldt avvik. Ledere burde oppfordre ansatte til å i større grad bruke strakstiltak under avviksrapporteringen, for å videre skape læring av innmeldte avvik. Flere verktøy kan med fordel tas i bruk for å få en bedre oversikt og plan for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet med avvikshåndtering.

Samtidig viser studien at lederne hadde god læring av å samarbeide med kommunefarmasøyter. Kommunefarmasøytene skapte refleksjon og diskusjon på arbeidsplassen, og gjennom å komme med forbedringstiltak bidro farmasøytene til å redusere avvik i forbindelse med legemiddelhåndteringen. Dette viser at større bruk av farmasøyter i primærhelsetjenesten kan bidra til å fremme læring, bidra til riktig legemiddelhåndtering og legemiddelbruk, og videre fremme pasientsikkerhet. Det vil være nødvendig å heve kompetansen hos ansatte og ledere vedrørende avvik og avvikshåndtering, samt trygg og sikker legemiddelhåndtering. Ved å i større grad bruke farmasøytens kompetanse i kommunene kan helsepersonell benytte seg av en verdifull ressurs, gjennom et tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving på flere områder. Økt kompetanse og ferdigheter i legemiddelhåndteringen vil videre fremme pasientsikkerheten i primærhelsetjenesten.

## 8.2 Implikasjoner for videre forskning

Studien har sett på lederes erfaringer og tanker om avvik og avvikshåndtering. Tidligere studier har ofte sett på hva som er årsaken til at helsepersonell ikke rapporterer avvik. Det er ofte sett at mangel på tilbakemeldinger etter meldt avvik er en barriere for å melde avvik. Ledere på den andre siden mener de ikke bestandig mottar gode nok beskrivelser av avvik, og kan videre ikke bruke avvikene til å skape læring. Det kunne derfor ha vært interessant å utføre et fokusgruppeintervju med ledere og ansatte sammen. Dette for å se nærmere på dialogen mellom ledere og ansatte, ved å stille ulike spørsmål knyttet til avvikshåndtering. Det hadde vært interessant å sett på hvordan kommunikasjonen hadde utspilt seg, og samtidig undersøkt om en slik studie kunne ha gitt indikasjoner på hvordan skape et godt læringsmiljø. Det hadde også vært interessant å sett på ansattes forståelse av avvik og i hvilken grad de føler nytte av ulike verktøy for å skape læring i arbeidshverdagen. I en slik kvalitativ studie kunne man ha benyttet individuelle intervju eller fokusgruppeintervju, der intervjuguiden kunne ha vært basert på funnene som ble gjort i denne studien. På denne måten kunne man fått kartlagt hva de ansatte tenker om lederes erfaring med avvikshåndtering. Videre kunne det ha vært interessant å utføre samme type kvalitativ studie som jeg har utført andre steder i Norge. Basert på resultatene fra disse studiene kunne man videre ha utviklet en spørreundersøkelse for å kartlegge kunnskaper og holdninger til ledere som arbeider med avvikshåndtering. Gjennom å samle og integrere både kvalitative og kvantitative data, kunne man ha laget en studie med «mixed method»-design med høyere validitet enn studiene hver for seg.

Bruk av farmasøyter i primærhelsetjenesten er lite utforsket. Studien viste at flere ledere hadde god nytte av kommunefarmasøyter i jobben med håndtering av legemiddelhåndteringsavvik. Det kunne også vært interessant å sett på i hvilken grad ansatte finner farmasøyter som en god ressurs i kommunen, og på hvilke områder eksempelvis sykepleiere og vernepleier hadde hatt behov for farmasøyter i primærhelsetjenesten. Dette kunne ha vært gjennomført gjennom en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju, for å se hvordan en farmasøyt i større grad kunne ha blitt benyttet i et tverrfaglig samarbeid i kommunene. Det hadde i dette tilfellet vært hensiktsmessig at andre profesjoner enn en farmasøyt kunne ha tatt rollen som intervjuer.

## Referanseliste

1. St.meld. nr. 28. Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014-2015 [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/?ch=1>].
2. Olsen RM, Devik SA. Legemiddelbruk og pasientsikkerhet—En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket 2016.
3. Galek J, Zukrowski M, Grov EK. How to ensure safe and appropriate medication management. Sykepleien. 2018;13(74117):1-18.
4. Christensen T, Grimsmo A, Winnem OM, Bjordal OA. Funksjonskrav e-resept. Delprosjekt rekvirent. Versjon 4.6. 2014.
5. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell: Lovdata; 1999 [hentet 10.02. 2021]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
6. Helsedirektoratet. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [oppdatert 08/2017; hentet 20.11. 2020]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer/Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20med%20kommentarer%20\(rev\)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf/\\_attachment/inline/506142af-6a2f-407f-8f3d-b87d3adc3cd5:81191d21a0a9e3131cb80deff61f723499f3f65c/Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20med%20kommentarer%20\(rev\)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer/Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20med%20kommentarer%20(rev)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_attachment/inline/506142af-6a2f-407f-8f3d-b87d3adc3cd5:81191d21a0a9e3131cb80deff61f723499f3f65c/Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20med%20kommentarer%20(rev)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf).
7. Hagesæther E, Siggerud I, Granås AG. Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien - rapporterte og observerte avvik. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. 2016;124(9):24-8.
8. Storli M, Ingebrigtsen O, Nakrem S, Elstad TA. Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. Sykepleien 2016;11:1-12.
9. Hung CC, Chu TP, Lee BO, Hsiao CC. Nurses' attitude and intention of medication administration error reporting. Journal of clinical nursing. 2016;25(3-4):445-53.
10. Khalil H, Lee S. Medication safety challenges in primary care: Nurses' perspective. Journal of clinical nursing. 2018;27(9-10):2072-82.
11. Hagerup E. Et avvikssystem som ikke fungerer? Adresseavisen. 2020.
12. Rugelsjøen T, Arntsen T, Lidbom A, Strømme A, Kielland M, Haraldsen B, et al. Ni enhetsledere om avvik i eldreomsorgen: Vi jobber med god faglighet, men vi er marginalt bemannet. Adressavisen. 2020.
13. Malmedal W, Nakrem S, Botngård A, Myhre J. Alvorlige avvik ved sykehjem, ingen nyhet, spørsmålet er heller: Hvorfor skjer det ingen endring? Adressavisen. 2020.
14. World Health Organization. Human factors in patient safety: Review of topics and tools: World Health Organization 2009 [hentet 12.02. 2021]. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf).
15. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 Oslo: Helsedirektoratet 2019 [hentet 14.03. 2021]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf).
16. Rose Mari O, Jorunn B. Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2017;3(1):6-17.
17. Ree E, Wiig S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. BMC Health Services Research. 2019;19(1):4456-8.

18. Forskrift om legemiddelhåndtering. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 [hentet 03.04 2021]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.
19. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien* 2013;8(1):26-34.
20. Kirkevold Ø, Engedal KA. Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. *Sykepleien* 2010;5(1):16-25.
21. Helsedirektoratet. Riktig legemiddel-bruk i sykehjem Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet; 2019 [hentet 16.11. 2020]. Tilgjengelig fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem>.
22. Sahay A, Hutchinson M, East L. Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: A pilot study of Australian graduate nurses. *Nurse Educ Today*. 2015;35(5):21-6.
23. Berland A, Bentsen SB. Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(21-22):3734-41.
24. Johannessen T, Ree E, Aase I, Bal R, Wiig S. Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and home care—a case study as basis for theory development. *BMC health services research*. 2020;20:1-12.
25. Dilles T, Elseviers MM, Van Rompaey B, Van Bortel LM, Stichele RR. Barriers for nurses to safe medication management in nursing homes. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(2):171-80.
26. Svitlica BB, Simin D, Milutinović D. Potential causes of medication errors: perceptions of Serbian nurses. *International Nursing Review*. 2017;64(3):421-7.
27. Samsiah A, Othman N, Jamshed S, Hassali MA. Perceptions and attitudes towards medication error reporting in primary care clinics: a qualitative study in Malaysia. *PLoS One*. 2016;11(12).
28. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: Helse- og omsorgsdepartementet 2011 [hentet 03.05. 2021]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
29. Folkehelseinstituttet. Modell for kvalitetsforbedring Helsebiblioteket. 2015 [hentet 15.04. 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>.
30. Yung HP, Yu S, Chu C, Hou IC, Tang FI. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *Journal of nursing management*. 2016;24(5):580-8.
31. Vågen SR. Avdelingssykepleierens rolle er «nifst viktig». *Sykepleien*. 2009:68-9.
32. Holmström A-R, Airaksinen M, Weiss M, Wuliji T, Chan XH, Laaksonen R. National and local medication error reporting systems—a survey of practices in 16 countries. *Journal of patient safety*. 2012;8(4):165-76.
33. Lafton H, Fagerstrom L. Implementation of incident reporting systems in Norwegian nursing homes from a management perspective - a pilot study. *Vård i Norden*. 2011;31(2):45-7.
34. Stewart D, Thomas B, MacLure K, Wilbur K, Wilby K, Pallivalapila A, et al. Exploring facilitators and barriers to medication error reporting among healthcare professionals in Qatar using the theoretical domains framework: A mixed-methods approach. *PLoS One*. 2018;13(10).

35. Greene SB, Williams CE, Pierson S, Hansen RA, Carey TS. Medication error reporting in nursing homes: identifying targets for patient safety improvement. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(3):218-22.
36. Larizgoitia I, Bouesseau M-C, Kelley E. WHO efforts to promote reporting of adverse events and global learning. *Journal of public health research*. 2013;2(3):169-74.
37. Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. *Sykepleien*. 2015:30-9.
38. Ree E, Johannessen T, Wiig S. How do contextual factors influence quality and safety work in the Norwegian home care and nursing home settings? A qualitative study about managers' experiences. *BMJ open*. 2019;9(7).
39. Ulvund I, Rokstad A-MM, Førsteamanuensis I, Vatne S. Varsling av avvik–en vanskelig balansekunst. *Sykepleien*. 2016.
40. Andersson Å, Frank C, Willman AM, Sandman PO, Hansebo G. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(1-2):354-62.
41. Malmedal W, Hammervold R, Saveman B-I. To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian journal of public health*. 2009;37(7):744-50.
42. Toverud E-L, Håkonsen H. *Kommunefarmasi i Norge*. Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. 2019.
43. Helsedirektoratet. *Veileder om legemiddelgjennomganger*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [oppdatert 09.2015; hentet 15.05 2021]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf).
44. Lee SWH, Mak VSL, Tang YW. Pharmacist services in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical pharmacology*. 2019;85(12):2668-88.
45. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
46. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget 2012.
47. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *Bmj*. 1995;311(7000):299-302.

## Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

## Vedlegg 1: Intervjuguide

1. Først er jeg interessert i å høre litt om hvilken utdanning du/dere har hatt, og hvor lenge du har vært leder/hatt denne stillingen?
2. Vi er interessert i hvordan dere jobber med avvik. Når det kommer inn et avvik, kan dere beskrive hvordan prosessen med avvikshåndtering foregår hos dere?
3. Nå har dere beskrevet hvordan prosessen med avvik foregår, hvordan jobber dere med innmeldte avvik for å skape læring? Kom gjerne med konkrete eksempler fra din arbeidsplass.
  - a. Benyttes det noen verktøy?
4. Har dere en suksesshistorie å dele med oss hvor dere lyktes med å bruke innmeldte avvik til kvalitetsforbedrende arbeid?
  - a. Kan dere forklare hvorfor dere lyktes den gangen? Hva lå til rette/hvorfor gikk det bra?
5. Har dere noen gang opplevd at det ikke var mulig å bruke innmeldte avvik i kvalitetsforbedrende arbeid, hva tror dere var årsaken til at det ikke lyktes?
  - a. Hva trenger å være på plass for å kunne benytte innmeldte avvik til kvalitetsforbedrende arbeid?
6. Ser dere noen utfordringer med å bruke innmeldte avvik til kvalitetsforbedrende arbeid?

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Avvikshåndtering i sykehjem, noe å lære av?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke og beskrive hvordan ledere i helse- og velferdssentre i Trondheim og Åfjord kommune opplever å arbeide med legemiddelhåndteringsavvik. I tillegg ønsker vi å undersøke og beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer når avvikene brukes i kvalitetsforbedrende arbeid på enheten. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Studiens formål og hvorfor du får en forespørsel om å delta**

En viktig del av pasientsikkerheten er riktig bruk av legemidler i omsorgstjenesten, noe som bidrar til bedre helse og økt livskvalitet. Å fange opp utilsiktede hendelser, slik at man kan forebygge og lære av hendelsene som har oppstått, er viktig for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem. For å ta lærdom av legemiddelhåndteringsavvik som gjøres, er det nødvendig med mer kunnskap om hvordan ledere arbeider med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik i det kvalitetsforbedrende arbeidet.

Formålet med denne studien er å undersøke og beskrive hvordan avdelingsledere/enhetsledere erfarer å arbeide med legemiddelhåndteringsavvik. Samtidig ønsker vi å beskrive opplevde suksessfaktorer og utfordringer med bruken av innmeldte avvik i det kvalitetsforbedrende arbeidet ved enheten slik som læring blant enhetens personale.

Vi ønsker derfor å rekruttere ledere som ønsker å dele erfaringer og tanker rundt disse temaene.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Studiet er en masteroppgave i farmasi ved NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, institutt for klinisk og molekylær medisin.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelsen i studien innebærer at du stiller til en samtale i form av et fokusgruppeintervju. Spørsmålene vil handle om dine tanker om legemiddelhåndteringsavvik på enheten/avdelingen, hvordan det arbeides kvalitetsforbedrende med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik på avdelingen og hvordan arbeidet benyttes til læring blant personalet. I tillegg vil vi spørre om positive og negative erfaringer med å bruke innmeldte avvik til læring blant personalet. Intervjuene vil bli tatt opp ved hjelp av en digital opptaker. Lydfilen vil deretter slettes når intervjuet kort tid etterpå blir skrevet ned. Det nedskrevne intervjuet vil være anonymisert. Intervjuet anslås å ha en varighet på en halv til en time og vil kunne foregå på arbeidsplassen.



### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene du gir til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvern regelverket. All informasjon som samles inn gjennom studien, vil oppbevart i anonymisert form, og opplysningene kan ikke knyttes tilbake til deg.. Skjemaet med samtykke vil bli låst inn. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til informasjonen under prosjektperioden. Alle data fra intervjuet vil presenteres på en slik måte at hverken sykehjemsbeboere, pårørende, helsepersonellet eller sykehjemmet kan identifiseres.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet er planlagt til å avsluttes 15.05.2021. Alle data vil da slettes på en forskriftsmessig måte.

### **Dine rettigheter**

Der som du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, få rettet personopplysninger om deg, få slettet personopplysninger om deg, få utlevert kopi av dine personopplysninger samt sende klage til personvern ombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

Masterstudent  
Runa Sandøy Monstad  
Mobil: 452 12 886  
E-post: [runasm@stud.ntnu.no](mailto:runasm@stud.ntnu.no)

Veileder  
Hege Therese Bell  
Mobil: 920 80 915  
Epost: [hege.t.bell@ntnu.no](mailto:hege.t.bell@ntnu.no)

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av enhetsleder/avdelingsleder, dato)

