

Emma Remen Singstad

# Hvordan opplever virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?

En kvalitativ studie av avdelings- og enhetslederes tanker og erfaringer

Masteroppgave i Farmasi  
Veileder: Hege Therese Bell  
Mai 2023



Emma Remen Singstad

# **Hvordan opplever virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?**

En kvalitativ studie av avdelings- og enhetslederers tanker og erfaringer

Masteroppgave i Farmasi  
Veileder: Hege Therese Bell  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Pasientskader er en sentral trussel mot pasientsikkerheten, og feil legemiddelbruk og uforsvarlig legemiddelhåndtering er ledende årsaker til at slike skader oppstår. Kontinuerlig forbedring gjennom å lære av avvik og aktivt forebygge at hendelsene gjentar seg er derfor nødvendig for å forbedre helsehjelpen som gis og øke pasientsikkerheten. For at avvik skal bli rapportert og videre kunne bidra til det systematiske forbedringsarbeidet, er lederne nødt til å håndtere avvikene på en god måte.

**Hensikt:** Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke hvordan avdelings- og enhetsledere, også kalt virksomhetsledere, i kommunehelsetjenesten opplever å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik. Formålet var å få innsikt i hva de synes fungerer bra og hva de synes er utfordrende med avvikshåndteringen.

**Metode:** Kvalitativ metode ble benyttet for å innhente og analysere data fra 12 semistrukturerte individuelle intervju med virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten i Trondheim. Intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert verbatim. Transkriptene ble analysert ved bruk av Systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Virksomhetslederne opplever avvikshåndtering som nyttig for å øke pasientsikkerheten gjennom å identifisere årsakene til og utbedre feil. Samtidig peker de på flere grunner til at det oppleves som utfordrende, deriblant at avvik underrapporteres, at det kan være vanskelig å kommunisere med de ansatte om avvik, at det er vanskelig å finne tid til å diskutere avvik med de ansatte, og at det kan være krevende å finne gode tiltak. Innspill fra utenforstående, som kommunefarmasøyt, ble trukket frem som et nyttig hjelpemiddel i forbindelse med avvikshåndteringen.

**Konklusjon:** Det er generelt et behov for å heve kompetansen til lederne når det kommer til legemiddelhåndteringsavvik. Mer og bedre opplæring, økt fokus på avvikshåndtering, mer tilrettelegging av tid og bistand fra kommunefarmasøyt eller ledernetverket vil gjøre det lettere å skape en god meldekultur, kommunisere med de ansatte på en god måte og håndtere avvikene på en måte som gjør at de bidrar til refleksjon, læring og forbedring.

## Abstract

**Background:** Patient harm is a significant threat to patient safety, and incorrect use of medication and inadequate medication management are leading causes of such harm. Continuous improvement through learning from medication administration errors and actively preventing their recurrence is therefore necessary to enhance the care provided and increase patient safety. In order for such errors to be reported and contribute to systematic improvement efforts, leaders must effectively handle these errors.

**Objective:** The purpose of this master's thesis was to investigate how department and unit managers, also referred to as organizational managers, in municipal healthcare services perceive their work with medication administration errors. The aim was to gain insight into what they believe works well and what they find challenging about managing errors.

**Method:** A qualitative approach was employed to collect and analyze data from 12 semi-structured individual interviews with organizational managers in the municipal healthcare service in Trondheim. The interviews were digitally recorded and subsequently transcribed verbatim. The transcripts were analyzed using Systematic Text Condensation.

**Results:** Organizational managers perceive error management as beneficial for improving patient safety by identifying causes and rectifying mistakes. At the same time, they point out several reasons for why it is challenging, including underreporting of errors, difficulties in communicating with staff about errors, limited time to discuss errors with staff, and the difficulty in finding effective measures. Input from external parties, such as a municipal pharmacist, was highlighted as a valuable resource in error management.

**Conclusion:** There is a general need to enhance leaders' competence regarding medication administration errors. More and improved training, increased focus on error management, better time allocation, and assistance from a municipal pharmacist or management networks are ways to facilitate the development of a positive reporting culture, better communication with staff, and handling errors in a way that promotes reflection, learning and improvement.

## Forord

Innlevering av masteroppgaven markerer slutten på en fin studietid, først i Tromsø og deretter i Trondheim. Å skrive en master har vært krevende, men også veldig lærerikt.

Jeg må begynne med å takke avdelings- og enhetslederne som stilte opp som informanter. Jeg setter stor pris på at dere tok dere tid til å dele av deres tanker og erfaringer rundt avvikshåndtering.

Videre ønsker jeg å takke veilederen min, Hege Therese. Tusen takk for alle gode råd, grundige og ikke minst raske tilbakemeldinger, konstruktiv kritikk, nye perspektiver og motiverende ord.

Deretter vil jeg takke venner og familie for at dere har vært så støttende og tålmodige med meg disse månedene – det har betydd mye.

Til slutt ønsker jeg å rette en ekstra takk til Ida og John-Erik for lesing av korrektur. Takk for at dere fanget opp skrivefeil og kom med gode innspill!

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>III</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
BAKGRUNN .....	1
HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	1
<b>2. TEORETISK BAKGRUNN</b> .....	<b>2</b>
KOMMUNEHELSETJENESTEN.....	2
PASIENTSIKKERHET OG PASIENTSKADER .....	2
HÅNDTERING AV LEGEMIDLER.....	4
LEGEMIDDELHÅNTERINGSAVVIK .....	5
RAPPORTERING AV AVVIK .....	6
VIRKSOMHETSLEDERS ANSVAR.....	9
KOMMUNEFARMASØYTENS ROLLE .....	11
<b>3. METODE</b> .....	<b>12</b>
KVALITATIV METODE.....	12
UTFORMING AV INTERVJUGUIDE .....	12
UTVALG OG REKRUTTERING.....	13
DATAINNSAMLING .....	15
TRANSKRIBERING .....	16
ANALYSE .....	16
FORFORSTÅELSE.....	18
ETIKK OG PERSONVERN .....	19
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>20</b>
OVERSIKT OVER INFORMANTER OG TEMAER .....	20
UTFORDRENDE .....	21
<i>Etterforske</i> .....	21
<i>Tidkrevende</i> .....	22
<i>Manglende møtepunkt</i> .....	23
<i>Å møte ansatte</i> .....	24
<i>Finne gode løsninger</i> .....	26
<i>Få inn avvik</i> .....	27



NYTTIG .....	29
<i>Givende</i> .....	29
<i>Legemiddelhåndtering og forebygging av avvik i fokus</i> .....	29
<i>Snakke sammen for å finne løsninger</i> .....	30
<i>Innspill fra utenforstående</i> .....	32
<b>5. DISKUSJON AV RESULTATER .....</b>	<b>34</b>
PRESENTASJON AV HOVEDFUNN .....	34
DEN NYTTIGE, UTFORDRENDE AVVIKSHÅNTERINGEN .....	34
UTFORDRING MED UNDERRAPPORTERING .....	36
VIRKSOMHETSLEDER SOM ETTERFORSKER .....	39
HVORDAN KOMMUNISERE OM AVVIK? .....	40
INNSPILL FRA ANDRE SOM VERKTØY .....	42
<b>6. DISKUSJON AV METODE .....</b>	<b>44</b>
METODEVALG .....	44
UTVALG OG REKRUTTERING .....	45
INTERVJU .....	46
TRANSKRIBERING .....	48
ANALYSE .....	49
<b>7. KONKLUSJON .....</b>	<b>50</b>
<b>8. IMPLIKASJONER .....</b>	<b>51</b>
IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....	51
IMPLIKASJONER FOR VIDERE STUDIER .....	52
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>53</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>58</b>

# 1. Innledning

## Bakgrunn

Pasientskader er et stort problem nasjonalt og internasjonalt, og det anslås at nesten halvparten av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten (1). Håndtering av legemidler er en viktig og krevende del av helsehjelpen som gis til de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester (2). Omfanget av legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten er stadig økende, hvilket medfører et større behov for kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering (3). For å sikre god pasientsikkerhet er det nødvendig med et helsepersonell med høy og tverrfaglig kompetanse, samt gode rutiner og prosedyrer for blant annet håndtering av legemidler (4).

Det finnes mange hjelpemidler som skal bidra til korrekt legemiddelhåndtering. Likevel ble det i løpet av 2022 registrert 680 legemiddelhåndteringsavvik med alvorlighetsgrad høy eller middels i Trondheim kommune (5). Mange av disse kunne vært unngått dersom de kommunale prosedyrene for håndtering av legemidler hadde blitt fulgt. Avvik er nødt til å bli meldt for at de skal kunne benyttes til å identifisere årsaken til uheldige hendelser og bidra til det systematiske forbedringsarbeidet (6). Dette fordrer en god meldekultur blant de ansatte. Hvordan avvikene så blir håndtert, er avgjørende for at personalgruppa skal lære av avvikene og forhindre at de gjentar seg. God avvikshåndtering kan dermed bidra til å øke pasientsikkerheten.

## Hensikt og forskningsspørsmål

Det finnes relativt få studier om legemiddelhåndteringsavvik generelt, og spesielt om hvordan det er å behandle disse avvikene. Hensikten med denne masteroppgaven er derfor å utforske hvordan avdelings- og enhetsledere (virksomhetsledere) i kommunale enheter opplever å håndtere nettopp slike avvik.

På bakgrunn av dette ble følgende forskningsspørsmål formulert: «Hvordan opplever virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?».

## 2. Teoretisk bakgrunn

### Kommunehelsetjenesten

I helse- og omsorgstjenesteloven (4) er kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester definert på følgende måte: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne». Tall fra SSB viser at det på landsbasis var 171 243 personer som mottok helsetjenester i hjemmet per 31. desember 2021 (7). På samme tidspunkt var det i underkant av 40 000 sykehjems plasser, hvorav 91,6 % av plassene var kommunale. Tjenestene som tilbys i Trondheim kommune er blant annet bo- og aktivitetstilbud, helse- og velferdssenter (sykehjem), hjemmetjeneste, Trygghetspatroljen, helsehus og psykisk helse- og rustjenester (8). På de kommunale enhetene jobber det hovedsakelig sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. Enhetene blir ledet av en enhetsleder, og kan bestå av flere avdelinger. Avhengig av størrelsen på enheten har man en eller flere avdelingsledere som har ansvar for sin avdeling eller gruppe.

### Pasientsikkerhet og pasientskader

Pasientsikkerhet kan defineres som vern mot unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (9). For å oppnå god pasientsikkerhet er det nødvendig med kontinuerlig forbedring gjennom å lære av feil og andre uønskede hendelser, og aktivt forebygge at hendelsene gjentar seg (6, 9, 10). Verdens befolkning blir stadig eldre, noe som fører til at sykehjem, også kalt helse- og velferdssenter, i økende grad må ivareta pasienter med flere og mer komplekse diagnoser, og høy forekomst av polyfarmasi (11). Også Samhandlingsreformen (12) som ble innført i 2012 har bidratt til at kommunene står ansvarlig for pasienter som generelt har mer alvorlige, komplekse og behandlingsskrevende sykdomstilstander (3). Ansvar for stadig eldre og sykere pasienter gjør det nødvendig å legge mer vekt på pasientsikkerhet enn tidligere (13).

Pasientskader er et stort samfunnsproblem på verdensbasis, der 4 av 10 av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten (1). En pasientskade er en utilsiktet skade som har oppstått som følge av helsehjelp eller mangel på helsehjelp, og som medfører behov for overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller i ytterste konsekvens død (14). En viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet handler om bruk og håndtering av legemidler, i og med at feil legemiddelbruk og uforsvarlig legemiddelhåndtering er ledende årsaker til at skader oppstår i helsevesenet verden over (11, 15). Kompetanseheving, forbedring av prosedyrer for legemiddelhåndtering og internkontroll og god håndtering av avvik er sentrale tiltak for å redusere risikoen for slike hendelser (2, 11).

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (9) viser til at det også er behov for bedre systemer og oversikt over uønskede hendelser, samt en kultur som er preget av åpenhet og læring. Ifølge I trygge hender 24-7 er sikkerhetsklima og teamarbeidsklima de viktigste elementene i en god pasientsikkerhetskultur (16). Sikkerhetsklima handler om hvor lett de ansatte synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser, mens teamarbeidsklima handler om hvorvidt de ansatte opplever støtte fra teamet sitt for å prioritere trygg pasientbehandling. En studie som inkluderte 16 ulike hjemmesykepleieenheter i 6 kommuner i Midt-Norge, fant at minst 68 % av enhetene kan ha økt risiko for uønskede hendelser på grunn av et «umodent» sikkerhets- og/eller teamarbeidsklima (17). Den nasjonale handlingsplanen har satt som mål å øke antallet enheter med modent sikkerhetsklima og teamarbeidsklima til minst 75 % over hele landet innen 2023 (9).

Menneskelige feil er en fremtredende årsak til at det oppstår uheldige hendelser som fører til eller potensielt kan føre til pasientskader (18). Det er urealistisk å forvente at alle feil som skjer under håndteringen av legemidler kan forhindres, men det er viktig at det blir utarbeidet gode rutiner, prosedyrer og retningslinjer som beskytter pasientene mot menneskelige feil som faktisk kan unngås (10, 18). For å forebygge og redusere pasientskader må helsepersonell også jobbe mer systematisk og sammen på tvers av profesjon og tjenestenivå (9). Rapportering og håndtering av avvik er viktig for alle organisasjoner, men spesielt for helseorganisasjoner, hvor systematisk avvikshåndtering gir en mulighet til å forbedre pasientsikkerheten og sikre at det tilbys forsvarlige helsetjenester (9).

## Håndtering av legemidler

Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester har plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å sikre at tilbudet som gis er forsvarlig og av god kvalitet, og i det spiller korrekt legemiddelhåndtering en sentral rolle (4). Legemiddelhåndtering defineres i legemiddelhåndteringsforskriften (19) som enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra et legemiddel er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller kassert. Det inkluderer blant annet tilberedning, kontroll, utdeling og observasjon, samt dokumentasjon av effekt, mulige bivirkninger og rapportering av eventuelle avvik (20). Håndtering av legemidler er en av sykepleiernes viktigste oppgaver (21). Korrekt håndtering bidrar til god pasientsikkerhet ved å forhindre pasientskader og andre alvorlige hendelser (9). Kunnskap om legemidler er en forutsetning for forsvarlig legemiddelhåndtering, og mangel på dette er en vanlig årsak til at det oppstår uønskede hendelser under håndteringen (22-26). Legemiddelhåndteringsforskriften (19) og det medfølgende rundskrivet (20) har som formål å bidra til å sikre god og riktig legemiddelhåndtering.

I legemiddelhåndteringsforskriften står det blant annet at virksomhetens ledelse skal sørge for utvikling, implementering og oppfølging av prosedyrer og instruksjoner for legemiddelhåndtering. Videre står det at ledelsen skal angi skriftlig hvilken kompetanse de ansatte skal ha for å utføre oppgaver som innebærer håndtering av legemidler, og påse at de ansatte får nødvendig opplæring for å oppnå kunnskapen og ferdighetene de behøver for å utføre håndteringen på korrekt måte (19). De ansatte skal også motta etterutdanning og videreutdanning som kreves for at de skal kunne utføre arbeidet sitt forsvarlig, hvilket følger av helse- og omsorgstjenesteloven (4).

Legemiddelhåndteringsforskriftens § 7 beskriver at «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte» (19). En stor andel av legemiddelhåndteringsavvik skjer under selve utdelingen (27), og det er derfor viktig at den delen kvalitetssikres. I rundskrivet til legemiddelhåndteringsforskriften (20) står det at utdeler skal vurdere pasienten sin tilstand før utdeling eller administrering av legemiddel, observere selve inntaket og observere eventuelle reaksjoner, inkludert reaksjoner som oppstår senere, men kan knyttes til legemiddelbruken. Det er vist at ikke alle sykepleiere er klar over hvilket ansvar de har når det gjelder monitorering av effekten av legemidler (28).

Umiddelbart etter utdeling skal hvilket legemiddel som er gitt, inkludert dose og legemiddelform, samt hvem som har gitt legemidlet, dokumenteres i henhold til krav i forskriften om pasientjournal (20, 29). Også her skjer det ofte avvik (30).

Legemiddelhåndtering og de potensielle følgene feil håndtering kan medføre har fått økt fokus i media den siste tiden, og tidsskriftet Sykepleien viet i oktober 2022 en hel utgave til temaet «Å gi legemidler». I innledningen til utgaven skriver ansvarlig redaktør at «Realiteten er at mange sykepleiere i alle deler av helsetjenesten daglig administrerer legemidler under forhold som åpenbart truer pasientenes sikkerhet. Bemanningen er lav, arbeidsmengden høy og tiden knapp. Dobbeltkontroll ser fint ut på papiret, men er ikke alltid mulig å gjennomføre og kan fort bli en falsk trygghet» (31). Dobbeltkontroll innebærer at to ulike personer med nødvendig kompetanse hver for seg undersøker om og signerer for at en oppgave er korrekt utført og i henhold til eventuelle prosedyrer (20). For å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering kan det være nødvendig med dobbeltkontroll, spesielt i de delene av håndteringen hvor det er størst risiko for feil (20, 32).

### Legemiddelhåndteringsavvik

Legemiddelhåndteringsavvik innebærer feil som er utført under legemiddelhåndteringsprosessen, og kan for eksempel være manglende dobbeltkontroll, at feil legemiddel gis, at feil dose eller administrasjonsform gis, at legemiddel gis til feil pasient, eller feil i eller manglende dokumentasjon (33). Faktorene som kan bidra til feil i legemiddelhåndteringen og muligens true pasientsikkerheten er mange og sammensatte. Eksempler på slike faktorer er at de ansatte ikke er godt nok kjent med oppgaven, er uerfarne, mangler kunnskap om legemidler og/eller legemiddelhåndtering, har dårlig tid, ikke følger prosedyren eller at prosedyren er dårlig utarbeidet, eller dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell, i tillegg til personlige faktorer som begrenset hukommelse, stress, sult, manglende ansvarsfølelse, sykdom eller mangel på søvn (22, 23, 26, 28, 30, 34-36).

En annen årsak som kan bidra til at det oppstår avvik er at sykepleiere eller andre med medisinsansvar blir forstyrret i løpet av legemiddelhåndteringen (2, 28). Avbrytelsene skjer ofte under istandgjøring, administrering eller overvåking av effekten av legemiddel (2).

En kartlegging basert på flere studier viser at sykepleiere i gjennomsnitt blir forstyrret hvert 9. minutt (32), selv om det er vist at sjansen for at det oppstår feil øker med opptil 60 % dersom sykepleieren blir avbrutt under istandgjøringen av legemidler (37).

Ved å innføre gode rutiner og prosedyrer, gi tilstrekkelig opplæring, utføre reelle dobbeltkontroller og dokumentere alt som gjøres, kan en del av legemiddelhåndteringsavvikene forebygges. Tilstrekkelig kunnskap er helt også essensielt, og forskning viser at det er et stort behov for mer kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering blant sykepleiere (22, 24, 26). En sammenfatning av flere studier konkluderer med at sykepleiere som har god kunnskap om legemidler og som kontinuerlig oppdaterer legemiddelkunnskapen sin, gjør færre feil under håndteringen av legemidler (38).

For å forbedre legemiddelhåndteringen må virksomhetsleder følge med på og svare innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, for så å iverksette tiltak som forhindrer at feil og andre uheldige hendelser gjentar seg. Å inkludere de ansatte i denne prosessen kan ha en positiv effekt ved å bidra til å gjøre dem mer engasjerte og bevisste (39).

## Rapportering av avvik

I Trondheim kommune ble det i 2022 meldt inn 2713 legemiddelhåndteringsavvik (5). Av disse hadde 2033 alvorlighetsgrad lav, 641 alvorlighetsgrad middels og 39 alvorlighetsgrad høy. Disse tallene er ikke nødvendigvis helt korrekte, i og med at oppfattelsen av alvorlighetsgraden til en situasjon er subjektiv. Et avvik kan oppleves veldig alvorlig der og da, men alvorlighetsgrad høy skal kun benyttes dersom hendelsen har medført fare for liv, helse og miljø eller store økonomiske konsekvenser (5). De fleste avvikene skjedde under utdeling til pasient/bruker. Avvikene meldes i Trondheim kommune inn i et avvikssystem som kalles TQM (Total Quality Management) eller Kvaliteket. Avviksmelder må fylle ut dato for hendelsen, hendelsestype, alvorlighetsgrad, sted for hendelsen og prosess, samt komme med en beskrivelse av hendelsen og hvilke strakstiltak som ble gjort (5). I tillegg kan den som melder velge å fylle ut om hendelsen var pasient-/brukerrelatert eller ikke, og hvilken konsekvens hendelsen hadde for pasienten/brukeren.

For å få et innblikk i avvikene som rapporteres, fikk jeg i begynnelsen av september 2022 tilgang til kommunenes avvikssystem. Jeg ble også lagt til i en liste som gjorde at jeg fikk en e-post hver gang det ble registrert et legemiddelhåndteringsavvik med alvorlighetsgrad middels eller høy ved en av de kommunale enhetene. Disse e-postene får også kommune-farmasøytene. Avdelingsleder og enhetsleder får e-post om alle avvik som registreres på henholdsvis avdelingen eller enheten, uavhengig av alvorlighetsgrad. Ved tilfeller der det oppstår avvik med høy alvorlighetsgrad, er det angitt at enhetsleder skal varsles umiddelbart per telefon (5). Både ved behandling av avviket og når det lukkes av leder, får den som registrerte avviket også automatisk beskjed om det via e-post.

Avviksrapportering og håndtering av avvik er avgjørende for å kunne forbedre helsehjelpen som gis og øke pasientsikkerheten (36). Hensikten med å skrive avvik er å lære av det som har skjedd og forbedre rutiner og prosedyrer for å forebygge at lignende hendelser gjentar seg (2, 26, 27, 40, 41). Avviksrapportering er nødvendig for det systematiske forbedringsarbeidet, og alle typer uønskede hendelser, også nesten-ulykker, bør rapporteres i et avvikssystem (6, 42). Ifølge helsepersonellovens § 17 (43) har helsepersonell både rett og plikt til å varsle dersom det er fare for at det kan oppstå situasjoner som truer pasientsikkerheten. For at innmeldte avvik skal bidra til at man finner virksomme tiltak som øker pasientsikkerheten, er man nødt til å identifisere og forstå årsaken til avvikene, noe et effektivt system for avviksrapportering kan bidra med (21, 44). Helsepersonell flest er av den oppfatning at de kan lære av feil andre har gjort dersom de får vite om dem, men det er dessverre mange av avvikene som skjer som ikke blir rapportert (35).

Det er et kjent problem at avvik generelt sett underrapporteres (40, 41, 45). Helsepersonell oppgir at antallet avvik som meldes er lavere enn antallet avvik som oppstår, og ulike studier har funnet at andelen legemiddelavvik som meldes ligger på 21-60 % (46-52). Munnkurv-rapporten fant at 38 % av sykepleiere har latt være å melde fra om kritikkverdige forhold som har hatt negative konsekvenser for pasienter (53). Noen steder er de flinke til å melde avvik, mens det andre steder nesten ikke blir meldt et eneste avvik. Grunnene til at avvik ikke skrives kan være mange, og inkluderer blant annet mangel på tid, at man ikke føler at det utgjør noen forskjell, frykt for å ødelegge relasjoner, manglende tilbakemelding, at man er redd for konsekvenser, mangel på oppmuntring fra ledelsen, at man er flau over å ha gjort en feil,



varierende forståelse av hva et avvik er og at man rett og slett ikke vet hvordan det gjøres (21, 26, 35, 36, 45, 54-57). Forskning viser at underrapportering også kan skyldes manglende forståelse for viktigheten av å melde avvik (35, 44, 55).

Det er funnet at regelmessig opplæring og trening i å rapportere avvik, samt trening i å forstå viktigheten av å identifisere og rapportere avvik knyttet til legemiddelhåndtering, er nyttig for å øke antallet avvik som rapporteres (40, 44, 56). Ifølge Munnkurvrapporten svarte hele 20 % at det ikke gis opplæring i avviksrapportering, og det var kun 20 % som svarte at det gis god opplæring (53). Det er funnet at nødvendig informasjon ofte ikke blir inkludert i avvikene, og at det i disse tilfellene vises svak forståelse for hvilke konsekvenser feil legemiddelhåndtering kan ha for pasientene (27).

God avvikskultur kjennetegnes av fokus på det som må forbedres med systemet og vil bidra til at flere avvik rapporteres, mens det å fokusere på og eventuelt straffe enkeltpersoner er barrierer for rapportering av avvik (21, 36, 44, 54, 58). Dersom de ansatte er kjent med avvikssystemet og vet hvilke feil som skal rapporteres og når det skal gjøres, er sannsynligheten større for at avvik blir meldt (44, 52). Muligheten for å rapportere avvik anonymt, et enkelt rapporteringssystem og et støttende og åpent arbeidsmiljø har også vist seg å bidra positivt (40, 44, 56, 59). Lederne har en viktig rolle når det kommer til rapportering av avvik, og forskning viser at rask tilbakemelding og oppfølging er nødvendig for at ansatte skal rapportere avvik (23, 44, 55). To studier har imidlertid funnet at det fins sykepleiere som rapporterer avvik uavhengig av eventuelle barrierer og holdninger hos ledelsen fordi de er av den oppfatning at avvik er noe som skal rapporteres uansett (25, 40).

For å undersøke nytten av å melde avvik gjennomførte Sykepleien i 2015 en spørreundersøkelse blant sine lesere (60). De fikk svar fra 2814 personer, hvorav 46 % av dem jobbet i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viste blant annet at ca. 8 av 10 hadde meldt avvik i løpet av 2014, men at over halvparten ikke hadde noe godt eksempel på at det nytter å melde avvik. 1 av 3 oppga at de opplevde at avviksmeldingen ikke fikk noen konsekvens, og 42 % oppga at de sjelden eller aldri fikk tilbakemelding fra ledelsen på avvik som ble meldt inn. I motsatt fall oppga halvparten at avviket førte til en bevisstgjøring internt. Nesten 8 av 10 oppga også at de ble oppfordret av sin nærmeste leder til å melde avvik. Blant de som ikke

meldte avvik var grunnene som gikk igjen hyppigst at ingen avvik skjedde, at de var usikre på hva som virkelig er et avvik eller at de ikke hadde tid (60).

### Virksomhetsleders ansvar

Virksomhetsledere har både faglig ansvar, personalansvar og økonomisk ansvar for avdelingen eller enheten de leder (61). Det innebærer blant annet at de har overordnet faglig ansvar for det helhetlige tjenestetilbudet, ansvar for oppfølging av de ansatte, og ansvar for at virksomhetens midler forvaltes på en god og forsvarlig måte. Reformene som har blitt innført de siste årene har ført til at lederne har fått flere arbeidsoppgaver knyttet til administrasjon, samt at det er økt fokus på resultater og overholdelse av budsjett (62, 63). Videre vil jeg fokusere på ledernes faglige ansvar, med vekt på håndtering av legemidler og legemiddelhåndteringsavvik.

Virksomhetens ledelse har ansvar for å sikre at det gis faglig forsvarlige tjenester og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (9, 64). Virksomhetsleder skal sørge for å etablere og oppdatere skriftlige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering, inkludert prosedyrer for avvikshåndtering, samt sikre at de ansatte har nødvendig kunnskap og ferdigheter innen legemiddelhåndtering (19, 20). Leder plikter også å «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges» (4). Avvikene skal gjennomgås jevnlig for å avdekke årsaker, fremme læring og utvikle tiltak for å forebygge at tilsvarende hendelser gjentar seg (65, 66).

Forskning viser at det er viktig at lederne motiverer de ansatte til å skrive avvik (36, 54, 67). I Riksrevisjonens undersøkelse (6) understrekes det at ledelsen har ansvar for å skape en kultur for å melde fra om og lære av egne og andres feil. Lederne kan motivere direkte ved å oppfordre til å skrive avvik, eller indirekte ved å for eksempel ha fokus på avvik på personalmøter, eller vise at avviksrapportering *faktisk* fører til endring. Lederne holdning til rapportering av legemiddelhåndteringsavvik vil påvirke sykepleiernes holdning til og intensjon om å rapportere avvik (68). Dersom de ansatte føler at det nytter å rapportere avvik, vil de i større grad skrive avvik (6, 44). Mangel på tilbakemelding er vist å kunne virke demotiverende når det gjelder å få ansatte til å melde avvik ved senere anledninger (44, 58).

En åpenhetskultur hvor de ansatte tør å melde avvik må utvikles lokalt, og måten virksomhetsleder prater om og håndterer avvik på vil i stor grad påvirke hvor mange og hvilke avvik som meldes inn (6, 69). Forskning viser at det økte eksterne presset virksomhetslederne utsettes for gjør det vanskeligere å jobbe mot engasjement og kultur for forbedring (63). En studie av Vågen (67) fant at avvikshåndtering kan være ubehagelig og skape irritasjon, sinne og avmaktsfølelse hos avdelingsledere, og videre påvirke behandlingen av både avvikene og de som har skrevet avvikene. Ledelsen må være tydelig på at det er lov å gjøre feil og at det er ønskelig at avvik meldes (21, 41, 70). Undersøkelsen fra Riksrevisjonen viser at ansatte kan vegre seg for å melde avvik dersom de opplever at ledelsen bagatelliserer nesten-ulykker og/eller legger vekt på menneskelig svikt. Ved avdelinger og enheter hvor lederne har en mer systemorientert tilnærming og er mindre opptatt av hvem som har gjort feil, er terskelen for å melde avvik generelt lavere (6, 41).

For at kvaliteten på helsetjenesten skal være forsvarlig, kreves det at virksomhetsleder legger til rette for at de ansatte vet når og hvordan de skal rapportere avvik (9, 44, 67). En norsk studie som så på avvik i hjemmesykepleien fant at 62 % av de innmeldte avvikene «inneholdt for lite/dårlig informasjon til at avviksbehandler kunne komme med en god tilbakemelding og lukke avviket» (27). Det kunne for eksempel mangle nødvendig informasjon om pasient, legemiddel og hvilke strakstiltak som ble gjort av den som meldte avviket. I slike tilfeller er lederen nødt til å innhente informasjonen som kreves i ettertid for å kunne lære av avviket og komme med virksomme tiltak (27).

Ledernes evne til å bruke avvik til læring er avgjørende for at avviksrapportering skal kunne bidra til å øke pasientsikkerheten (6, 9, 65). Ved å inkludere de ansatte og delegere ansvar og oppgaver, kan leder bidra til å skape motivasjon og engasjement. Det vil også styrke kompetansen til de ansatte, og sørge for at ny kunnskap når alle ansatte (39). I tillegg må leder sørge for at de ansatte ikke kritiserer hverandre, men heller diskuterer hendelsene på en åpen og støttende måte. Kan ikke lederen selv finne en løsning og lukke avviket, er vedkommende pliktig til å bringe saken videre til lederen over seg.

## Kommunefarmasøytens rolle

I legemiddelhåndteringsforskriften (19) blir farmasøyten nevnt gjentatte ganger som en ressursperson for å sikre tilstrekkelig kompetanse innen legemiddelhåndtering. Forskning viser at farmasøyter kan spille en viktig rolle når det gjelder å informere om riktig bruk av legemidler (71). Tverrfaglig samarbeid med farmasøyt kan også bidra til å redusere risikoen for feil ved administrering av legemidler, og forhindre at legemiddelfeil når frem til pasient eller bruker (35, 71). Hvilke oppgaver kommunefarmasøyten har, varierer fra kommune til kommune, og inkluderer blant annet opplæring av helsepersonell, etablering og oppfølging av prosedyrer for legemiddelhåndtering, legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang og tilsyn på kommunale enheter (72). I Tromsø kommune har de for eksempel ansatt farmasøyter i fast stilling ved flere hjemmetjenester for å forbedre legemiddelbehandling, legemiddelbruk og legemiddelhåndtering, samt heve kompetansen til de ansatte, pasienter og pårørende (73).

En annen av kommunefarmasøytens oppgaver er å følge opp legemiddelhåndteringsavvik. I Trondheim får kommunefarmasøytene en e-post hver gang det registreres et avvik med alvorlighetsgrad middels eller høy. Farmasøytene kommenterer på en del av disse avvikene, blant annet for å minne om hvilke prosedyrer som gjelder for legemiddelhåndtering eller komme med tips til tiltak som kan iverksettes for å forhindre at hendelsen gjentar seg. Ved alvorlige avvik kan det hende at kommunefarmasøyten tar direkte kontakt med virksomhetsleder via e-post eller telefon. Det hender også at lederne kontakter kommunefarmasøytene for å få hjelp eller råd.

I tillegg inviteres kommunefarmasøytene jevnlig til de ulike enhetene/avdelingene for å ha internundervisning om forskjellige tema relatert til legemidler. For at jeg skulle få en bedre forståelse for kommunefarmasøytens oppgaver, fikk jeg observere hvordan en sann undervisning kan foregå. Kommunefarmasøyten presenterte først hvilke avvik som var blitt registrert på den spesifikke avdelingen det siste året. Hun viste flere eksempler på faktiske avvik fra avdelingen, og fortalte litt om hvilke konsekvenser de ulike avvikene kan medføre og hva som kan gjøres for å forhindre at de samme avvikene gjentas. Til slutt fikk de ansatte mulighet til å stille kommunefarmasøyten spørsmål, og det var det mange som benyttet seg av. De som deltok fortalte i etterkant at de opplevde undervisningen som relevant og nyttig. Både avdelingsleder og ansatte med ansvar for legemiddelhåndtering var tilstede.

### 3. Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg gjøre rede for hvilken tilnærming som er brukt i alle deler av arbeidet, fra utforming av intervjuguiden til datamaterialet var ferdig analysert. Jeg vil også gi et teoretisk innblikk i kvalitativ metode, samt fortelle om min forforståelse og hvilke forskningsetiske vurderinger som ble gjort.

#### Kvalitativ metode

Kvalitative forskningsmetoder bygger på materiale i form av tekst fra for eksempel intervju eller observasjoner. Det er metoder som har som formål å beskrive, analysere og fortolke egenskaper ved det som studeres gjennom systematisk innsamling, organisering og analyse av det tekstlige materialet (74). Typiske kjennetegn ved kvalitative metoder er at forståelse vektlegges fremfor forklaring, at det er en åpen interaksjon mellom forsker og informant, og at fremgangsmåten er mer induktiv enn deduktiv (75). Dette gjør disse metodene egnet til å utforske menneskers tanker, meninger og erfaringer, hvilket passer til hensikten med denne oppgaven, som er å undersøke og beskrive virksomhetsledere sin opplevelse av det å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik. For å undersøke dette ble det gjennomført individuelle intervju med avdelingsledere og enhetsledere i kommunehelsetjenesten. Intervjuene var semistrukturerte og ble analysert med Systematisk tekstkondensering (74).

#### Utforming av intervjuguide

Semistrukturerte individuelle intervju ble brukt fordi det er egnet til å få frem noe man ikke visste fra før (74). Individuelle intervju ble valgt for å gjøre det lettere for informantene å åpne seg, ta seg god tid og gi utfyllende svar om egne meninger og erfaringer. At intervjuene var semistrukturerte betyr at en intervjuguide ble brukt som utgangspunkt, men at måten og rekkefølgen spørsmålene ble stilt på, varierte. I slike intervju er intervjuguiden ment som en huskeliste for å minne forskeren på hva man ønsker data om, og skal ikke følges slavisk (74). På den måten vil man lettere kunne følge opp det informantene forteller og ha en friere samtale, i stedet for å bli fastlåst til spørsmålene man hadde tenkt ut på forhånd.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet og relevant litteratur på området, ble den første intervjuguiden (Vedlegg 1) utarbeidet sammen med veileder før rekrutteringen begynte. Den inneholdt tre hovedspørsmål med en rekke underspørsmål. Det foreløpige forskningsspørsmålet var da «Hvordan erfarer de som er ansvarlige for å håndtere innmeldte legemiddelhåndteringsavvik i kommunehelsetjenesten tilbakemeldingene fra kommune-farmasøyt?». Etter å ha gjennomført de to første intervjuene gikk veileder og jeg sammen gjennom intervjutranskriptene. Basert på datamaterialet konkluderte vi med at «kommunefarmasøyt» ikke burde være en del av spørsmålet, og forskningsspørsmålet ble omformulert til «Hvordan opplever virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?». Det nye forskningsspørsmålet ble valgt for å favne bredere, få et rikere datamateriale og forhåpentligvis mer ny kunnskap. Som en følge av dette ble det også gjort betraktelige endringer på intervjuguiden. Siden de to første intervjuene inneholdt informasjon som var relevant også for det nye forskningsspørsmålet, ble dataen fra intervjuene likevel med i analysen.

Den nye intervjuguiden (Vedlegg 2) bestod av fem hovedspørsmål. Alle hovedspørsmålene hadde et par underspørsmål eller stikkord som var ment til å lede informantene inn på ønsket tema eller gi et mer utfyllende svar. Spørsmålene ble formulert og stilt på en åpen måte, slik at svarene ikke skulle bli farget av min forforståelse eller hva jeg hadde en forventning om at informantene skulle svare. Det første spørsmålet, «Kan du fortelle meg hvordan du jobber med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik?», var ment som en myk start for å introdusere temaet, slik at det skulle være lettere å reflektere omkring temaene i de påfølgende, mer utdypende spørsmålene. Åpne spørsmål og god betenkningstid var virkemidler som aktivt ble brukt gjennom hele intervjuet for at informantene skulle kunne gå i dybden på det de hadde mye å fortelle om (75). Ved slutten av hvert intervju fikk informantene i tillegg mulighet til å tilføye noe dersom de ønsket det.

## Utvalg og rekruttering

For kvalitative studier er det vanlig å benytte seg av strategisk utvalg, hvor man velger informanter som vil kunne gi relevante og reflekterte svar på det man spør om for kunne belyse problemstillingen på best mulig måte (75). Samtidig må man passe på at man ikke

ender opp med et datamateriale som er magert eller skjevt (74). Det ble her gjort et strategisk utvalg ved at informantene i lys av sitt yrke og sin stilling skulle kunne uttale seg om avvik og avvikshåndtering på en reflektert måte. For at oppgaven best mulig skulle gjenspeile hvordan virksomhetsledere flest opplever å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik, ble alle avdelingsledere og enhetsledere i Trondheim kommune invitert til å delta. Både avdelings- og enhetsledere ble inkludert fordi begge er involvert i håndteringen av avvik i den kommunale helsetjenesten. Hvordan ansvaret fordeles og hvor involverte enhetslederne er, varierer fra enhet til enhet, så jeg ønsket å gi alle som eventuelt var interesserte muligheten til å delta. Det finnes flere utvelgingsmetoder for strategiske utvalg (76), og den som ble valgt her er selvseleksjon.

4. oktober 2022 sendte jeg alle virksomhetsledere for kommunale enheter som håndterer legemidler en e-post med en kort beskrivelse av oppgaven sammen med samtykkeskjemaet (Vedlegg 4), og fikk da 5 informanter. Etter å ha gjennomført de første intervjuene, sendte jeg 3. januar 2023 sendte jeg 35 av lederne en ny e-post for å minne om oppgaven. Denne e-posten inneholdt et oppdatert samtykkeskjema (Vedlegg 5), hvor forskningsspørsmålet var oppdatert og anslått varighet på intervjuet var endret fra «en halv til en time» til «ca. en halv time». E-posten ble denne gangen hovedsakelig sendt til ledere ved andre typer enheter enn de jeg allerede hadde intervjuet, ledere ved enheter som i løpet av de siste månedene hadde registrert mange legemiddelhåndteringsavvik og de fleste mannlige ledere i kommunen. Disse ble valgt enten fordi de skilte seg ut fra informantene jeg allerede hadde intervjuet og/eller fordi jeg visste – gjennom at jeg hadde tilgang til kommunens avvikssystem – at de hadde fersk erfaring med å behandle legemiddelhåndteringsavvik. I andre rekrutteringsrunde takket 7 nye informanter ja til å delta.

Rammene for en masteroppgave begrenser antallet deltakere som kan inkluderes, både med tanke på tid til gjennomføring av intervju og mengden data som genereres og videre skal analyseres. Formålet med denne oppgaven er ikke å komme med et endelig svar på hvordan virksomhetsledere opplever å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik, men å utforske hvordan de opplever håndteringen og beskrive noen av sidene ved det (77). Å intervjuer deltakere som ga nok data tilknyttet det aktuelle temaet til at analysen kunne gjennomføres ble målet fremfor å forsøke å oppnå en metning. Med metning menes at man

har intervjuet så mange at det ikke kommer frem noe ny informasjon under intervjuene (75). Informasjonsstyrke, som blant annet avhenger av studiens problemstilling, kvaliteten på intervjuene og valg av analysemetode, kan i stedet benyttes for å si noe om hvor mange deltakere man behøver å inkludere i en kvalitativ studie (78). Ved å intervju folk som gir mye relevant data, kan man redusere antallet informanter og likevel oppnå høy informasjonsstyrke.

## Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført mellom 25. oktober og 31. januar. Samtlige intervju foregikk på informantenes arbeidsplass, etter ønske fra informantene. At intervjuene gjøres på et sted informantene kjenner, kan gjøre det lettere for dem å slappe og føle seg trygge og dermed i større grad åpne seg og dele av personlige erfaringer. Opplevelsen av at man kan snakke uforstyrret, hvilket vi oppnådde under disse intervjuene, kan også være av betydning (75). Før intervjuene begynte hadde vi en kort samtale hvor jeg blant annet presenterte meg, fortalte litt om hensikten med oppgaven og repeterte deres rettigheter idet de signerte samtykkeskjemaet. Intervjuene startet med et par innledningsspørsmål for å kartlegge litt om bakgrunnen til informantene (alder, utdanning og antall år som leder i nåværende eller en tilsvarende stilling), før jeg begynte med spørsmålene fra intervjuguiden. Intervjuene hadde en varighet på mellom 14 og 33 minutter. De fleste varte i rundt 20 minutter.

Etter gjennomføringen av hvert intervju skrev jeg ned hvilke tanker og inntrykk jeg satt igjen med i et eget dokument. Jeg skrev blant annet hva jeg opplevde at hadde fungert bra og hva som hadde fungert mindre bra, for å kunne gjøre eventuelle justeringer til neste intervju. Dette, samt jevnlig samtaler med veileder, bidro til at jeg ikke begikk samme «feil» flere ganger. Et konkret eksempel er at jeg under det aller første intervjuet var litt låst til intervjuguiden og derfor ikke stilte alle oppfølgingsspørsmålene jeg kunne og burde ha stilt. Det ble jeg veldig bevisst på og fikk på den måten forhindre at det samme skjedde under resten av intervjuene.



## Transkribering

Intervjuene ble tatt opp med en Olympus WS-853-lydopptaker og ble transkribert kort tid etter at hvert intervjuet var gjennomført. De fleste ble ferdig transkribert dagen etter intervjuet, men i de tilfellene hvor jeg hadde flere intervju på en dag, kunne det ta en dag eller to ekstra. For å bli godt kjent med datamaterialet og øke nærheten til transkriptene, transkriberte jeg alle intervjuene selv mens jeg fremdeles hadde dem friskt i minne. De ble transkribert ordrett på bokmål. Nøling, latter og pauser ble angitt i teksten. Jeg benyttet transkriberingsverktøyet i Word for å gjøre prosessen lettere og spare tid. Transkriptene som Word produserte inneholdt mange feil, så lydopptakene ble lyttet til flere ganger først i nedsatt hastighet og deretter i normal hastighet for å sikre en korrekt gjengivelse av det informantene sa. Informantene ble anonymisert direkte og gitt aliaser basert på om de var avdelingsledere (AL) eller enhetsledere (EL), og nummerert etter rekkefølgen de ble intervjuet i. Det var kun jeg som hørte på opptakene, og de ble slettet så snart intervjuet var ferdig transkribert.

Min veileder, som har mye erfaring med kvalitativ forskning, rådet meg til å forsøke å få mellom 10 og 15 informanter. Etter å ha transkribert 12 intervju og gått gjennom datamaterialet fra disse sammen med veileder, konkluderte vi med at jeg hadde fått en tilstrekkelig mengde relevant data som var rik nok for det designet som var valgt til at forskningsspørsmålet kunne besvares.

## Analyse

Analysemetoden som ble benyttet var Systematisk tekstkondensering (STC), en metode beskrevet av Malterud (74). Det er en tverrgående analysemetode som består av fire trinn. At den er tverrgående betyr at man innhenter og analyserer data fra flere forskjellige informanter. Malterud beskriver trinnene i STC på følgende måte: «1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) å sammenfatte betydningen av dette» (74, s. 98). Ideelt sett skal man legge sin egen kunnskap og for forståelse til side under arbeidet med datamaterialet, men dette poengterer Malterud at er et uopnåelig mål. I stedet legger hun vekt på viktigheten av å ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på materialet (74).

### **Finne helhetsinntrykket**

I det første trinnet av analysen skal man bli kjent med datamaterialet for å få et inntrykk av hva det inneholder. Ved å lese gjennom transkriptene gjentatte ganger skal man finne og formulere helhetsinntrykket i form av foreløpige temaer. Veileder og jeg leste gjennom de fem første transkriptene hver for oss og skrev ned de gjennomgående temaene vi fant, før vi møttes for å diskutere hvilke tema vi mente belyste forskningsspørsmålet best. Deretter leste vi gjennom resten av transkriptene og møttes på nytt for å vurdere om det var nødvendig å endre på temaene vi hadde funnet og eventuelt legge til nye tema. Egen forforståelse ble lagt til side så godt det lot seg gjøre for å ikke la det påvirke valg av tema. De foreløpige temaene ble «utfordrende», «tidkrevende», «spennende», «greit/enkelt» og «innspill fra utenforstående».

### **Identifisere meningsbærende enheter**

I det andre trinnet ble datamaterialet gjennomgått grundig og systematisk for å identifisere de meningsbærende enhetene, som er de minste delene av teksten som inneholder relevant informasjon tilknyttet forskningsspørsmålet (74). Veileder og jeg gikk sammen gjennom de meningsbærende enhetene jeg hadde funnet for å fjerne irrelevant tekst og plassere de i kodegrupper som beskrev det gjenværende materialet. De ulike kodegruppene skal belyse ulike sider av forskningsspørsmålet, og vi fant for eksempel for temaet «utfordrende» kodegruppene «etterforske», «finne gode løsninger», «manglende møtepunkt», «å møte ansatte» og «få inn avvik», samt «tidkrevende», som i utgangspunktet hadde vært et eget tema. Det samme skjedde med flere av de andre temaene, slik at kodegruppene endte opp med å bli fordelt på kun to hovedtema, nemlig «utfordrende» og «nyttig». Identifisering av de meningsbærende enhetene og kodingen ble gjort i flere omganger, og førte til at navnet på flere av kodegruppene ble endret og noen kodegrupper ble flyttet på eller slått sammen. Til slutt ble 11 kodegrupper fordelt på de to temaene.

### **Kondensering – fra koder til abstrahert innhold**

I det tredje trinnet av analysen ble innholdet i hver kodegruppe delt inn i subgrupper som beskrev ulike nyanser av innholdet i kodegruppen. Deretter ble innholdet kondensert ved at de meningsbærende enhetene ble satt sammen til «kunstige sitater». Informantenes egne ord og begreper ble i stor grad brukt, og sitatet ble skrevet i førsteperson for å tydeliggjøre at det

er en representasjon av informantenes meninger og erfaringer. I tillegg ble det trukket ut et «gullsitat», hvilket er et reelt sitat fra en av informantene som er egnet til å oppsummere innholdet i hver subgruppe. Underveis ble alle transkriptene gjennomgått på nytt for å forsikre om at de ikke inneholdt relevant data tilknyttet forskningsspørsmålet som ikke allerede kom til uttrykk i kondensatene.

### **Sammenfatning av data**

I det fjerde trinnet ble den kondenserte teksten fra forrige trinn omgjort til analytisk tekst som formidlet hva datamaterialet sa om utvalgte sider av forskningsspørsmålet. Teksten ble skrevet i tredjeperson for å gjenfortelle på vegne av informantene, og dannet grunnlaget for resultatdelen av denne oppgaven. Under arbeidet gikk jeg stadig tilbake til transkriptene for å forsikre meg om at funnene ga en gyldig beskrivelse av det som hadde blitt sagt i intervjuene.

### **Forforståelse**

I kvalitative studier har man mer nærhet til datamaterialet enn i kvantitative studier, og kunnskap skapes gjennom samspillet mellom forsker og informant. Skal man kunne kalle funnene vitenskapelig kunnskap, må forskeren i alle ledd av forskningsprosessen gå inn med et åpent sinn og aktivt lete etter informasjon som potensielt skiller seg fra det man på forhånd forventet å finne (74). Forforståelse er den erfaringen, det faglige perspektivet og de hypotesene man bringer med seg inn i forskningsprosjektet. Forskeren må være bevisst på at hvordan man samler inn og tolker data alltid til en viss grad vil påvirkes av forforståelsen (74).

Før jeg begynte å jobbe med oppgaven hadde jeg ikke noen erfaring med eller særlig kjennskap til legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten. Jeg var likevel farget av det jeg har sett i media og hørt fra kjentfolk som jobber i helsevesenet når det kommer til blant annet feilmedisinering, manglende dobbeltkontroll og manglende respons på innmeldte avvik. I tillegg vet jeg fra å ha jobbet i apotek i flere år at mange kvier seg for og ofte unnlater å skrive avvik, og at de avvikene som faktisk blir skrevet blir håndtert veldig forskjellig fra arbeidssted til arbeidssted. Dette gjorde at jeg delvis antok at de fleste virksomhetsledere ser på avvikshåndtering som krevende og muligens litt kjedelig, samtidig som jeg hadde et håp om at noen også synes det er interessant.

## Etikk og personvern

Studien ble godkjent av Sikt, tidligere Norsk senter for forskningsdata (NSD), uten forbehold, prosjektnummer 100354 (Vedlegg 3), før rekrutteringen begynte. Potensielle informanter mottok samtykkeskjema (Vedlegg 4 og 5) per e-post sammen med forespørsel om å delta i studien. Det samme samtykkeskjemaet ble signert i forkant av hvert intervju. Deltakerne ble også muntlig informert om hva det innebærer å delta, hvordan dataen fra intervjuene ville bli behandlet, og at de når som helst kunne trekke tilbake sitt samtykke uten at det ville medføre noen konsekvenser. Utfylte samtykkeskjema og lydopptak ble oppbevart separat og utilgjengelig for uvedkommende. Lydopptakene ble slettet så snart de var ferdig transkribert, og transkriptene er aidentifiserte, hvilket betyr at navn på personer og steder og andre opplysninger som kan føre til gjenkjenning var fjernet.

Oppgaven ble vurdert som ikke fremleggingspliktig for Regional Etisk Komité (REK) siden ingen pasientinformasjon var involvert. Det ble under intervjuene heller ikke spurt etter sensitive personopplysninger, og all informasjon informantene oppga ble underlagt taushetsplikt.

## 4. Resultater

### Oversikt over informanter og temaer

Dataen stammer fra 12 individuelle intervju med virksomhetsledere fra ulike deler av kommunehelsetjenesten.

Tabell 1: Oversikt over informantene

Karakteristika	
Avdelingsledere	10
Enhetsledere	2
Kvinner	11
Menn	1
Alder	38-55 år (M = 46 år)
Utdannet sykepleier	10
Utdannet vernepleier	2
Har videreutdanning innen ledelse	6
Antall år som virksomhetsleder	1-12 år (M = 5,5 år)

*M = Median*

Gjennom analysen ble to tema, «utfordrende» og «nyttig», identifisert. Hvert tema består av 4-6 kodegrupper som presenteres under. Videre vil de sentrale funnene fra datainnsamlingen presenteres.

Tabell 2: Oversikt over tema og kodegrupper

Utfordrende	Nyttig
<ul style="list-style-type: none"><li>• Etterforske</li><li>• Tidkrevende</li><li>• Manglende møtepunkt</li><li>• Å møte ansatte</li><li>• Finne gode løsninger</li><li>• Få inn avvik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Givende</li><li>• Legemiddelhåndtering og forebygging av avvik i fokus</li><li>• Snakke sammen for å finne løsninger</li><li>• Innspill fra utenforstående</li></ul>

## Utfordrende

### Etterforske

Mange av virksomhetslederne, heretter kalt lederne, fortalte at det er ganske mye arbeid med avvik, og flere nevnte det å etterforske eller være «detektiv» som en av årsakene til det. De er nødt til å gå grundig til verks for å kartlegge situasjonen ordentlig og finne ut hva som faktisk har skjedd. Det kom frem i intervjuene at lederne pleier å begynne med å identifisere hvilken pasient eller bruker avviket gjelder, før de går gjennom journalen til pasienten og/eller vaktbok for å finne ut hvilken ansatt som hadde medisinsansvar. Dette for å finne ut om vedkommende har vært inne hos pasienten eller ikke, og eventuelt når.

I tillegg til å finne ut *hvem* som var involvert, må lederne også være detektiver for å finne ut *hva* som har skjedd. Det kan være mange ulike årsaker til avvik, og det ble nevnt hvor viktig det er å finne årsaken til hvert enkelt avvik. Noen eksempler på årsaker som gikk igjen var stress, at medisinen ikke er godt merket eller ikke ligger der den skal, manglende kompetanse, at pasienten har både multidose og dosett og så blir den ene oversett, at den ansatte ikke får noen til å ta dobbeltkontroll, at pasienten ikke ønsker å ta medisinen eller at den ansatte ikke har fått tilstrekkelig opplæring. At det mangler signering for at legemiddel er utlevert, er et annet gjentakende avvik flere steder. Ved slike avvik må leder finne ut om det «bare» er glemt å signere, eller om legemidlet faktisk ikke er gitt.

*«Du blir en sånn detektiv inni journalen da, til pasienten. (..) Så da er vi nødt til å finne ut av "hvorfor skjer det?"» (avdelingsleder)*

Lederne fortalte at de så pleier å ta kontakt med den som har skrevet avviket for å få utfyllende informasjon og oppklare eventuelle uklarheter. Det er ofte ikke den som har skrevet avviket som har utført eller er årsak til avviket, så da må det nøstes litt i det også. Noen oppga at de har opplevd at avvik ikke er skrevet objektivt eller konkret nok, eller at det har vært skrevet feil dato, hvilket gjør etterforskningen mer krevende. Det ble påpekt at leder også er nødt til å finne ut hva den som har skrevet avviket har gjort med det, spesielt dersom det er gitt feil medisin. Da må hen blant annet finne ut om noen har kontaktet lege. I noen tilfeller kan det også være aktuelt å varsle de pårørende.

Det oppleves som viktig å snakke med den som faktisk har utført avviket for å etterforske årsaken til feilen eller den uheldige hendelsen. På den måten kan leder og ansatt sammen gå gjennom hendelsesforløpet steg for steg, og den ansatte kan forklare sin side av saken. Lederne ønsker å finne ut hva som skjedde, hvorfor det ikke ble rettet opp og hva de overordnet kan gjøre for at det ikke skal skje igjen. Dersom det er snakk om «småavvik», som en avdelingsleder kalte det, tar lederne gjerne avviket opp i plenum med en gang for å få fortgang i prosessen.

Det var også noen av lederne som fortalte at de synes «etterforskningsdelen» av avvikshåndteringen er enkel. På spørsmål om hva lederen mener at hen mestrer godt når det kommer til håndteringen av avvik, svarte den ene avdelingslederen:

*«Kanskje det å være litt sånn detektiv. Jeg er god på å se tråder, gangen i det, og der det er hull, der må jeg jo bare lete og der må jeg jo bare spørre.. Men jeg klarer nesten alltid å finne ut av hva det er som har vært en årsak her altså. Så jeg har blitt ganske god på å vite hvor jeg skal lete.»*

### Tidkrevende

Å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik ble beskrevet som en lang og tidkrevende prosess. Noen ledere tilstreber å gå gjennom avvikene som har kommet inn daglig, mens andre prøver å sette av tid til å gjøre det en gang i uka. Noen av lederne oppga at de liker å ha orden på hva som kommer inn og derfor sorterer avvikene. Avvikene håndteres så ut ifra omfang, type avvik, hendelsesforløp og så videre. Lederne må se på hendelsesforløpet i avvikssystemet for å danne seg et bilde av hva som har skjedd, se i journalen til pasienten og eventuelt vaktbok, og som oftest snakke med den som har skrevet avviket for å få mer detaljer. Deretter diskuterer lederne avviket i relevant forum dersom det er behov for det, og oppsøker eventuelt den som har utført avviket for å finne årsaken, før avviket gjerne tas opp i plenum. Hele prosessen tar lenger tid dersom den eller de ansatte lederen skal snakke med ikke kommer på jobb før om noen dager, eller potensielt enda lenger dersom det er en vikar.

Lederne opplever det også som tidkrevende å ta avvik opp i plenum. En leder fortalte at alle avvik som har med legemiddelhåndtering å gjøre, blir tatt opp på sykepleiermøter. På andre avdelinger blir avvikene tatt opp på personalmøter hvor alle ansatte er til stede for å øke sannsynligheten for at avvikene ikke blir gjentatt av andre ansatte. Atter andre tar opp avvik i midtrapportene, spesielt dersom det er alvorlige avvik som bør tas opp fortløpende. På slike møter diskuteres ofte prosedyrene for å finne ut om de er for dårlige, udaterte eller lignende. Noen ledere sender ut prosedyrene til alle ansatte i etterkant, slik at de får en påminnelse om hvordan ting skal gjøres og hvem som har ansvar for hva.

Til slutt må lederne finne aktuelle tiltak, formulere tiltakene og kvittere for hva som er gjort før avviket lukkes, noe som også kan være tidkrevende. Lederne må ta en vurdering på om det er noe de kan gjøre med hvordan de håndterer legemidler på enheten eller avdelingen som kan forebygge lignende hendelser. Noen ganger må de endre på de lokale rutinene. Deretter må tiltakene og/eller rutinene implementeres. Hvem som har ansvar for dette varierer, men enkelte steder har det vist seg at avdelingsleder er nødt til å ta hovedansvaret for å implementere og følge opp tiltakene. Etter en stund må det tas en ny vurdering for å se på hvilke avvik som har kommet inn og undersøke om tiltakene har vært vellykket. I noen tilfeller er de nødt til å innføre nye tiltak i stedet eller i tillegg.

### Manglende møtepunkt

Det var mange ledere som oppga manglende møtepunkt med de ansatte som en utfordring for å håndtere avvik på en god måte. Mange synes at flere avvik bør gås gjennom på personalmøter, men at de ikke har tid til å gjøre det. Å snakke med den som har meldt avviket er ikke alltid nok, og å ta det i vaktskiftet eller i midtrapporten er heller ikke optimalt, men det er en utfordring å få samlet folk ellers. Lederne ga uttrykk for at det hadde vært lettere å engasjere de ansatte dersom de hadde hatt et fast møtepunkt der de hadde fått bruke tid på å snakke om avvik og reflektere mer rundt dem, samt vise konkrete eksempler fra egen avdeling eller enhet. Da hadde det blitt mer fokus på legemiddelhåndtering, og hva hver enkelt og de som personalgruppe kan gjøre for å forhindre avvik. Flere fortalte at de synes det optimale er å behandle legemiddelhåndteringsavvikene samtidig som de snakker med de ansatte. På spørsmål om hva som ble gjort for å engasjere de ansatte svarte en avdelingsleder



følgende:

*«Er kanskje ikke så flink der da. Og det handler jo litt om at det ikke er tatt opp på personalmøter. For jeg tenker at når man snakker om det, så engasjerer man jo, og hvis man viser eksempler, så tror jeg det er vel så viktig. Men det må vi vise på skjerm.. For det går ikke an å bare nevne det i forbifarten, da må vi bruke litt tid på det»*

Dersom avvikene ikke tas opp med en gang, ble det nevnt at det er en fare for at den ansatte som har utført avviket glemmer hva hen har gjort og hva som har skjedd. Det oppleves som spesielt viktig å ta opp alvorlige avvik med en gang, og aller helst i plenum, slik at de sammen kan finne ut hva de kan gjøre for å lære av det som har skjedd og forhindre gjentakelse.

De lederne som jobber på små avdelinger eller enheter, så derimot ikke på det å nå de ansatte som et problem. Å ha ansvar for en liten enhet med få ansatte gjør at de får møtt nesten alle ansatte daglig, eller i det minste ukentlig, og de har mulighet til å være tett på alle i personalgruppa. Det ble også nevnt at en mindre personalgruppe trolig gjør det lettere å ta opp og håndtere avvik, samt få gjennomført eventuelle tiltak.

### Å møte ansatte

Det var et gjennomgående funn at lederne opplever kommunikasjonen med de(n) ansatte om legemiddelhåndteringsavvik som utfordrende. Flere fortalte at de anser det å ha en god dialog som noe av det viktigste ved håndteringen av avvik. Utfordringen skyldes ofte balansegangen mellom det å være tydelig på alvor i situasjon og det å ikke skremme de ansatte fra å ville ha medisinansvar og/eller skrive avvik. Lederne oppga at det er veldig ulikt hvordan de ansatte reagerer på å «få et avvik på seg». De fortalte at noen er mer vare og kanskje blir helt fra seg, mens andre ikke tar det riktig til seg. For mange ansatte er det veldig sårt og tas veldig personlig, og enkelte blir stresset eller gruer seg til å ha en samtale om avvik, fortalte lederne. En leder beskrev at hen tror slike samtaler er det verste de ansatte vet. For de som er konfliktsky, ble det nevnt at samtalen kan være spesielt utfordrende, men lederne er enige om at det er helt avgjørende å snakke sammen for å finne en løsning.

*Og så skal vi jo heller ikke skremme de fra å dele ut medisiner. Det er bare det at du må tenke på at du må være ekstra skjerpet, sånn at den samtalen er jo ikke sånn.. Kjempestreng, hvis ikke det er behov for det, men vi må jo liksom reflektere rundt det» (avdelingsleder)*

Som sitatet over illustrerer, kom det frem i intervjuene at lederne har et ønske om å ikke fremstå som strenge eller bebreidende. De er ikke ute etter å ta noen – avvik tas opp for at de skal kunne lære av avvikene og forbedre rutiner og prosedyrer. For å oppnå det er det nødvendig å skape en bevissthet som gjør de ansatte i stand til å se hva som er gjort feil. Viktigheten av å presisere at det ikke handler om at man har fått et avvik på seg, men at det er avvik på en hendelse som er utført, ble vektlagt av flere. En av lederne fortalte at:

*«Da kan det jo like så godt være at det er for dårlig opplæring, og jeg går ut med det utgangspunktet at det er vi som har feilet da. Når de ikke greier å gjennomføre jobben sin på riktig måte, så er det jeg som leder som sitter igjen til slutt, som ikke har gjort jobben min da, mener jeg.»*

Som nevnt synes generelt lederne at det å møte de ansatte og ha en god dialog om avvik kan være utfordrende, men det var én av lederne som skilte seg ut. Denne lederen fortalte at hen ikke synes at samtalene om legemiddelhåndteringsavvik pleier å være vanskelige samtaler hvor hen behøver å bruke «strengstemmen», fordi de ansatte er såpass dyktige og motiverte til å gjøre en god jobb.

At ansatte ikke tar ansvar, er en annen utfordring som ble nevnt gjentatte ganger. Lederne fortalte at de har noen ansatte som tar på seg ansvaret med en gang, mens andre går i forsvarsposisjon og gjerne skylder på for lav bemanning eller at det er for travelt. Enkelte av lederne opplever at de har ansatte som ikke anerkjenner faget sitt nok, og ikke tar arbeidsoppgavene sine og ansvaret sitt på alvor. «Man er pliktig til å gjøre det sånn som det er tenkt» påpekte en av lederne. Det ble også nevnt at noen ansatte blir fornærmet dersom avvik blir tatt opp i plenum, selv om det ikke kan spores til den som har utført avviket.

Lederne oppga også at de føler på et ansvar overfor de(n) ansatte, spesielt dersom det har skjedd et alvorlig avvik. Det kan være heftig å stå i, så lederne synes det er viktig å ivareta de ansatte. Det er derimot ikke alltid like lett å vite hva den ansatte trenger. Lederne fortalte at noen ansatte har behov for å bli sett, mens andre foretrekker tid for seg selv. Dersom avviket er veldig alvorlig, har leder i tillegg ansvar for å vurdere egnethet. Å frata en ansatt retten til å håndtere legemidler dersom håndteringen ikke er forsvarlig, er noe lederen må tørre, både for å beskytte pasientene, men også for å beskytte den ansatte fra å komme i uheldige situasjoner.

### Finne gode løsninger

Det var gjennomgående hos mange av lederne at de opplever at det er utfordrende å finne gode løsninger som fører til varig endring. Det er fort gjort å komme med standard svar og skrive at man har snakket med den ansatte, tatt det opp på personalmøte, at de har prosedyrer som skal følges og så videre, men det oppleves som vanskelig å komme med gode tiltak. Det er begrenset hvor «kreative» svar de klarer å komme opp med, spesielt ved gjentagende avvik på det samme. For å komme med relevante tiltak som kan virke forebyggende, legger lederne vekt på behovet for å bruke tid på å finne ut hva som er årsaken til at avviket skjedde i utgangspunktet. Lederne må kartlegge om det skyldes stress, forstyrrelser, uoppmerksomhet, for dårlige rutiner, at man ikke kan prosedyren, manglende opplæring eller noe annet. En leder fortalte at hen senest dagen før intervjuet hadde sendt en e-post til sin leder der hen ba om hjelp til å vurdere og reflektere rundt hvordan de skal håndtere diverse ting tilknyttet legemiddelhandtering og legemiddelhåndteringsavvik.

*«Det er det som er utfordringen, synes jeg. Du skal liksom løse det på en måte, ikke sant? (...) Men det er jo ikke noen gode løsninger, du skriver jo ikke noen gode tiltak på det der TQM-systemet, synes ikke jeg da»  
(avdelingsleder)*

Det ble i intervjuene nevnt at flere ansatte skriver «mer bemanning» som tiltak idet de registrerer avvik. Det mener lederne at ikke er løsningen. I stedet må de ansatte organisere seg på en fornuftig måte og planlegge vekten sin basert på hvordan bemanningen er den dagen. En leder erkjente at det er en utfordring å ikke selv jobbe i avdelingen, fordi det gjør at

hen ikke klarer å sette seg inn i rutinene og prosedyrene på samme måte som det de ansatte gjør.

En annen utfordring som ble nevnt av flere er at det virker som mange ansatte bare leverer ut dosetten eller multidosen uten egentlig å tenke over hva de faktisk gir ut og ansvaret som følger med. Siden det skjer så mye feil spesielt under utdeling, ble det satt spørsmålstegn ved oppmerksomheten og konsentrasjonen til enkelte av de ansatte. Flere av lederne fortalte at de har hatt ansatte som har utført avvik igjen og igjen uten selv å se at de har gjort en feil. Dersom det viser seg at enkeltansatte har utfordringer knyttet til håndtering av legemidler, anser lederne det som viktig å følge den ansatte tett og ha en god dialog.

*«Jeg må jo si at de aller fleste medisinavvikene kunne virkelig vært unngått. Det er sløvheter, rett og slett. Så.. Jeg føler mange ganger at jeg må gjenta meg selv så mange ganger med tanke på det at du må dobbelkontrollere deg selv, du må sjekke opp mot medisinlisten, og stemmer det det som ligger i multidosen og alt det der» (avdelingsleder)*

### Få inn avvik

Det var enighet blant lederne om at det er en utfordring å få de ansatte til å rapportere alle avvik som oppstår. De er av den oppfatning at det skjer feil oftere enn det skrives avvik. Beskrivelser som «mørketall», «burde vært meldt flere» og «underrapportering» gikk igjen i mange av intervjuene. Det ble nevnt gjentatte ganger at det ikke jobbes nok med å få de ansatte til å melde avvik. Lederne fortalte at de har lagt merke til at det er enkelte ansatte som går igjen, som er flinkere til å skrive avvik, mens andre aldri gjør det. Det ble stilt spørsmål ved om de som ikke melder avvik, virkelig aldri har gjort eller oppdaget et avvik, eller om de bare unnlater å melde inn avviket. Og melder de ikke avvik fordi de ikke evner å reflektere over situasjonen, sånn at de ikke innser at det er et avvik, eller handler det om at de ikke gidder eller ikke tør? Det kan være mange grunner til at avvik ikke skrives, men de som ble nevnt hyppigst var mangel på tid og mangel på kompetanse. Selv om lederne oppfordrer til at det skal skrives avvik, mener de at det alltid vil være avvik som ikke meldes.

*«Det er jo litt sånn tilfeldig sikkert også, hva som meldes inn, kanskje da. De får jo opplæring i å skrive avvik, sant, men det er litt person-avhengig tror jeg, for man hører litt sånn ellers på rapporter kanskje at.. Det kanskje skjer oftere enn det kommer avvik, føler jeg da. Så det kunne sikkert vært meldt inn enda flere, tenker jeg» (avdelingsleder)*

De fleste lederne er av den oppfatning at mange av de ansatte ikke synes det er avsatt nok tid til å skrive avvik. Mange ansatte føler at de ikke har tid til å gjøre det, og innser ikke at det er en del av jobben som skal gjøres før man går videre til neste arbeidsoppgave. Dersom de ansatte føler at tiden ikke strekker til, er det lett å legge på arbeidsstedet at tiden deres ikke har blitt godt nok tilrettelagt. En leder uttalte at «da gir de litt blanke». En annen leder fortalte at hen mener at det å skylde på manglende tid er en dårlig unnskyldning, siden det er veldig fort gjort å skrive avvik, så lenge man vet hvordan det gjøres.

Mange av lederne oppfatter også det at de ansatte er usikre på hvordan avvik skrives, som en viktig årsak til underrapportering. Alle ansatte skal ha fått opplæring i å skrive avvik og burde derfor kunne det, men fordi de ikke har vært flinke nok til å faktisk gjøre det, har det ikke satt seg, og de synes trolig at det er ubehagelig eller skummelt å spørre på nytt. «Og da blir jo problemet mitt da, for hvis de ikke kan avvikssystemet, så melder de heller ikke avvik», fortalte en av lederne. På flere av enhetene blir prosedyren for rapportering av avvik repetert årlig for å redusere dette problemet.

Flere av lederne uttrykte en bekymring for at det skjer avvik som folk ikke sier ifra om. I tillegg til årsakene som allerede er nevnt, kom det også frem at lederne tror at noen ansatte unnlater å skrive avvik fordi de ikke ønsker å «angi» en kollega. Mange av avdelingene har derfor fokus på å ha en arbeidskultur hvor folk tør å si ifra og ikke holder ting skjult. Det var enighet blant lederne om at det at det skrives avvik er noe positivt, *ikke* noe negativt, og at det muligens bør belyses i enda større grad.

## Nyttig

### Givende

«Avvik engasjerer meg jo meg litt, som du hører», sa en av avdelingslederne på slutten av intervjuet sitt. Flere andre nevnte også at avvik er noe de synes er spennende eller at det interesserer dem, og at de ser på innmeldte avvik som et viktig og godt verktøy for å kvaliteten på legemiddelhåndteringen.

*«Jeg synes det er kjempespennende. Men det er fordi at jeg er opptatt av kvalitet, i alle ledd. Ehm, og så er det noe med systemer, det er noe med prosesser, det er noe med lovgivning.. Og det å få lov til å sette det her i sammenheng, og sammen, og det å gjøre de ansatte bevisst på det her. Det synes jeg er en kjempespennende jobb, så jeg synes det er veldig artig jeg da» (avdelingsleder)*

Det var flere av lederne som fortalte at de synes avvikshåndtering er en grei prosess, og at systemet som benyttes i kommunen fungerer godt. God oversikt, å kjenne systemet og arbeidsflyten godt, god kjennskap til gjeldende rutiner og prosedyrer og å ha den kunnskapen som trengs, er eksempler på faktorer som gjør at avvikshåndtering blir oppfattet som enkelt. En av lederne fortalte at avvikene blir håndtert veldig godt når de først blir meldt inn, men at de likevel kunne brukt avvikssystemet i enda større grad, fordi potensialet der er så stort.

### Legemiddelhåndtering og forebygging av avvik i fokus

Alle lederne nevnte på et eller annet tidspunkt av de synes det er viktig å ha fokus på legemiddelhåndtering, avviksrapportering og håndtering av avvik. Innmeldte avvik er et viktig verktøy for å finne ut hvor i prosessen det har sviktet hen og kvalitetssikre tjenesten slik at den blir best mulig for pasientene eller brukerne. Viktigheten av å gi god opplæring og gjerne ha jevnlig undervisning i legemiddelhåndtering og rapportering av avvik, ble nevnt i mange av intervjuene. Flere av lederne fortalte at de skulle ønske at de kunne ha enda mer fokus på riktig håndtering av legemidler og rapportering av legemiddelhåndteringsavvik i arbeidshverdagen for å løfte temaet og dermed forhindre nye avvik i større grad. Det ble også nevnt at det er lurt å ha en fast rutine for når man sjekker og følger opp avvik.

*«Som planlagt tiltak så skriver jeg også, som hovedregel, at vi skal ha fokus på det i avdelinga, i forhold til riktig legemiddelhåndtering. (...) Fordi vi er ikke gode nok, rett og slett» (avdelingsleder)*

Mange poengterte at det å skrive avvik og ta dem opp i fellesskap er nyttig for å skape gode rutiner og øke pasientsikkerheten, og at avvik bør ses på som et middel for forbedring. At det skrives mange avvik bør ikke bli ansett som noe negativt – det betyr derimot at avdelingen har en god kultur for å melde avvik. En leder fortalte at hen gjerne skulle ha premiert avvik, fordi innmeldte avvik gir et godt innblikk i hva som har skjedd og grunnen til at den ansatte tenkte og handlet som den gjorde. Hen omtalte det som den enkleste måten og det beste verktøyet å skape gode rutiner på, fordi det synliggjør hva problematikken er og «hvor skoen trykker hen». Dette var flere andre enige i. At det å jobbe med avvik i fellesskap gjør det lettere å skape varige endringer hos de ansatte, ble også nevnt av flere.

Flere av lederne oppga at de ser på det som sin jobb å oppmuntre de ansatte til å skrive avvik, samt hjelpe til dersom de merker eller mistenker at noen er usikre på hvordan det gjøres. Det forutsetter at lederne selv er godt kjent med og evner å bruke avvikssystemet. For at de ansatte skal ta seg bryet med å skrive avvik, er det viktig at lederne også prioriterer å håndtere avvikene på en god måte. Som ledere må de jobbe for at de ansatte forstår viktigheten av å rapportere avvik og at de føler at det nytter. Dersom det ikke skjer noe med det som blir meldt inn, vil ingen på sikt «gidde» å skrive avvik. Både det å ufarliggjøre avviksrapportering, gi den nødvendige opplæringen og motivere de ansatte til å melde avvik ved å vise at det faktisk fører til endring, er nødvendig for å skape en kultur hvor folk melder avvik.

*«Dersom avvik lukkes uten at ansatte får direkte tilbakemelding og uten at man har snakket med vedkommende, så er det ikke noe læring i det. Man bør, eller må, snakke med ansatte når det gjelder legemiddelavvik, mener jeg» (avdelingsleder)*

### Snakke sammen for å finne løsninger

At avvik ikke skal skrives for å ta eller henge ut noen, men bidra til læring og forbedring, ble nevnt av flere. Å ha en god dialog med de ansatte når det gjelder avvik er avgjørende. Det er

viktig å tørre å snakke om avvik, både en-til-en og i en større gruppe, som på personalmøter. Flere av lederne fortalte av de pleier å ta opp avvikene som har kommet inn på rapporter, personalmøter eller lignende for at flest mulig sammen skal kunne diskutere og reflektere rundt hva de kan gjøre for at de samme hendelsene ikke skal gjenta seg.

Å involvere flere ulike yrkesprofesjoner oppleves som nyttig av flere av lederne. Lederne er ikke selv inne hos pasientene eller hjemme hos brukerne, så det kan være gunstig å diskutere det praktiske med de ansatte for å finne de beste løsningene. Det er jo de ansatte som har førstehåndskunnskapen. Ved å snakke om avvikene blir legemiddelhåndtering satt i fokus og man får engasjert de ansatte. Lederne fortalte at samtalen ikke alltid trenger å føre til endringer av rutiner eller prosedyrer. Noen ganger er det nok at de gjør de ansatte oppmerksomme på hvilke feil som kan skje, og at det får dem til å tenke over hva de kan gjøre for å unngå at feilene skjer. Er det for eksempel mye stress som gjør at de får avvik, forsøker lederne å finne ut hva som er de utløsende stressfaktorene. Samtidig opplever mange av lederne at slike samtaler gjør at de kommer tettere på de ansatte. Flere oppga at de anser det å være tett på personalgruppa og holde en god dialog som veldig viktig.

Noen av lederne nevnte også at de synes det er viktig at de som deler ut medisiner kommuniserer med, påminner og varsler hverandre. Det vil kunne bidra til en åpenhetskultur hvor det blant annet er lov å gjøre feil og rom for å innrømme at man har gjort feil. Det er noe det jobbes aktivt med på avdelingene/enhetene. For at man i fellesskap skal kunne finne ut hva som er bakgrunnen for at et avvik hendte og deretter finne forebyggende tiltak, er det avgjørende at det oppleves trygt å snakke om avvik. Ved å snakke sammen i personalgruppa, får *alle* mulighet til å lære av det som har skjedd, ikke bare de(n) som var involvert i avviket i utgangspunktet. Lederne ønsker å kunne føle seg trygge på at de ansatte skjønner hva de skal gjøre og hva de ikke skal gjøre neste gang de havner i en lignende situasjon.

*«Det er kanskje det viktigste, det her som går på å tilrettelegge for en arbeidskultur der vi hele tiden snakker sammen, og innrømmer at vi gjør feil. Det kan være meg, eller det kan være hvem som helst andre. At vi da sammen kan lære av det. Det tror jeg kanskje er min viktigste oppgave. (...) Det er unødvendig at alle gjør samme feil» (enhetsleder)*



## Innspill fra utenforstående

Alle lederne oppga at innspill fra utenforstående kan være nyttig for håndteringen av avvik. Med utenforstående menes her personer som ikke jobber på enheten. I intervjuene ble lege, kommunefarmasøyt, apotek og lederne i ledernetverket nevnt som eksempler på slike utenforstående.

Å ta kontakt med lege ved alvorlige avvik er standard prosedyre, men flere fortalte at de stadig oftere tar kontakt med kommunefarmasøyt i tillegg. Årsaken til det er at de opplever at en farmasøyt har like god kunnskap om legemidler som det legen har, samtidig som kommunefarmasøytene har god oversikt over de kommunale prosedyrene for legemiddelhåndtering og raskt kan svare på spørsmål knyttet til disse. Det var flere av lederne som har kalt inn kommunefarmasøytene til møter for å få vite mer om hva de tenker om ulike ting, og «sikre at alt er på plass». Flere og flere gjennomfører også internundervisning med kommunefarmasøyt for å heve kompetansen innen blant annet legemiddelhåndtering, avviksrapportering og forebygging av avvik blant de ansatte. Det kom frem i intervjuene at lederne gjerne skulle vært flinkere til å benytte seg aktivt av kommunefarmasøytene i arbeidshverdagen. Lederne nevnte også at de selv bør gjøre de ansatte mer oppmerksomme på at de kan ta kontakt med kommunefarmasøytene ved behov.

*«Det å på en måte bruke farmasøytene aktivt, det er viktig. (...)*

*Vi har det jo ikke i hverdagen, men vi skal.. Bør vite at de er der da»*

*(enhetsleder)*

I tillegg kommenterer kommunefarmasøytene en del av avvikene som registreres i avvikssystemet, noe alle lederne fortalte at de setter pris på. Lederne synes innspillene er gode og viktige, og at de bidrar til at leder får kommet med gode tiltak. Det ble også nevnt at lederne har opplevd at tilbakemeldingene får de til å reflektere litt mer, siden farmasøyten gjerne ser ting på en litt annen måte enn det de selv gjør. Flere av lederne fortalte at de synes det er bra at kommunefarmasøytene følger opp avvikene og ser hva som rører seg. En annen leder beskrev at det å få slike tilbakemeldinger skaper en slags helhet.

*«Det er viktige innspill i forhold til medikamentene, og at de har mye mer informasjon og kan mye mer detaljert, kanskje, om medikamenter enn hva jeg gjør som sykepleier. Så det jeg opplever er at kommunefarmasøyten har vært en kjempegod sparringspartner for oss»  
(avdelingsleder)*

To av lederne påpekte utfordringer med å finne kommentarene, og etterlyste at de blir mer synlige, eller at det i det minste blir informert mer om. De fortalte at de ikke er vant til å «lete» i saksloggen, og hadde derfor ikke fått med seg eventuelle kommentarer, noe de syntes var synd. Den ene lederen uttalte at «da skal jeg jagggu meg gå inn og se på det». Ellers var det én av lederne som beskrev en ambivalens knyttet til kommentarene. Lederen fortalte at hen kunne bli stresset av kommentarene, fordi de kom ganske kort tid etter at avvikene var meldt, og det førte til at hen så for seg en forventning om å svare ut raskere. Selv om det gjorde at hen tidvis følte at hen ikke klarte å jobbe fort nok, fortalte lederen at hen likevel anså kommentarene som nyttige.

Det kom også frem i intervjuene at lederne opplever ledernetverket<sup>1</sup> som nyttig i forbindelse med avvikshåndtering. Der kan de ta opp og diskutere utfordringer og andre ting de måtte ha på hjertet, og få råd og veiledning fra andre virksomhetsledere. De kan for eksempel høre hvordan de kan jobbe, om andre har opplevd det samme og eventuelt hvilke tiltak de iverksatte, eller hvordan de gjør ting på sin avdeling/enhet. Dersom de har et alvorlig avvik som de ikke vet helt hvordan de skal håndtere, fortalte en av lederne at hen opplever terskelen for å ta det opp i nettverket som lav. Flere fortalte at de anser det å ha sparringspartnere «ute av huset» som lurt.

---

<sup>1</sup> Ledernetverk er en møteserie hvor lederne møtes for å diskutere ulike felles tema. Enhetslederne i kommunen møtes hver 14. dag, mens avdelingslederne møtes bydelsvis og noe sjeldnere (Bell HT, personlig meddelelse, 2023).

## 5. Diskusjon av resultater

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke og beskrive hvordan avdelings- og enhetsledere i kommunehelsetjenesten opplever å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik. I denne delen av oppgaven vil jeg først oppsummere mine hovedfunn, før disse funnene diskuteres opp mot annen litteratur og tidligere forskning.

### Presentasjon av hovedfunn

Virksomhetsledere har nokså ulike tanker om og erfaringer med arbeidet med legemiddelhåndteringsavvik. Flertallet av lederne som ble intervjuet i forbindelse med denne oppgaven uttrykte at de synes det å håndtere slike avvik er utfordrende. Lederne har et stort ansvar, og det oppleves blant annet utfordrende å kommunisere med de ansatte på en god, konstruktiv måte. Lederne er nødt til å få frem at avvik i legemiddelhåndtering er alvorlig og noe som bør unngås, samtidig som de må passe på å ikke være for strenge og «skremme» de ansatte i for stor grad. For å forhindre at avvik gjentar seg, kan det være nødvendig å ta opp avvik i plenum. Det er en gjennomgående oppfatning at den beste læringen skjer når personalgruppa sammen reflekterer rundt avvikene, men det oppleves gjerne som utfordrende å finne egnet tid og sted for gjennomgang av innmeldte avvik. For at avvik skal kunne benyttes til å forhindre at uheldige hendelser gjentas, er det et minimumskrav at de blir rapportert. Lederne opplever å ha en viktig rolle i å skape en arbeidskultur hvor de ansatte tør, kan og prioriterer å skrive avvik. Hvordan lederne håndterer avvikene, er avgjørende for hvilke og hvor mange avvik som blir rapport, samt i hvilken grad avvikene bidrar til å forbedre helsetjenesten. Å fokusere på legemiddelhåndtering, rapportering av avvik og håndtering av avvik oppleves som en viktig og nyttig del av det kvalitetsforbedrende arbeidet.

### Den nyttige, utfordrende avvikshåndteringen

Til tross for utfordringene knyttet til arbeidet med legemiddelhåndteringsavvik, uttrykte samtlige ledere enten direkte eller indirekte at de anser det som viktig arbeid. Feilaktig bruk av legemidler fører til sykehusinnleggelses, alvorlige skader og flere dødsfall årlig, og innmeldte legemiddelhåndteringsavvik kan benyttes til å identifisere årsaken til og forebygge slike feil (27). Virksomhetslederne har ansvar for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig

og i henhold til gjeldende lover og forskrifter, samt eventuelle rutiner (19). Det innebærer blant annet å motta, svare ut og lukke legemiddelhåndteringsavvik (66). For å kunne tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester med høy pasientsikkerhet, må avvikshåndteringen foregå på en måte som gjør at feil og andre uheldige hendelser forebygges gjennom å avdekke og rette opp feil, og lære av de innmeldte avvikene. God avvikshåndtering fordrer at virksomhetsleder har nødvendig kompetanse og tilstrekkelig med tid og ressurser.

Lederne jeg intervjuet har nokså varierende opplevelser av å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik. Avvikshåndtering ble beskrevet som alt fra «spennende» og «engasjerende» til «det verste jeg vet», selv om det siste riktignok ble sagt med et glimt i øyet. Jeg fikk inntrykk av at enkelte ledere ønsker å lukke avvik så fort som mulig for å få det overstått, mens andre så en større verdi i de innmeldte avvikene. En av informantene beskrev avvik som det beste verktøyet for kvalitetsforbedring. En slik tilnærming støttes av Cheragi et al. (26), som påpeker at ledere bør ha en positiv holdning til avviksrapportering, og se på det som en mulighet til å forstå årsakene til at avvik oppstår. På motsatt side fant Vågen (67) i sin studie at avvikshåndtering kan skape både irritasjon, sinne og avmaktfølelse hos avdelingsledere, noe som i sin tur kan påvirke måten avvikene og de som har skrevet de blir behandlet på. Ledere som opplever negative følelser knyttet til avvikshåndtering, bør forsøke å skjule dette utad, da det er vist at lederens holdning påvirker de ansattes holdning til og intensjon om å rapportere avvik (68). Mine informanter fortalte blant annet at de opplever at de er nødt til å prioritere å behandle avvikene på en god måte og gi skikkelige tilbakemeldinger for at de ansatte skal prioritere å skrive avvik.

Det kom også frem at lederne har ulik kompetanse når det gjelder håndtering av avvik, hvilket støttes av annen forskning (63, 67). Noen av informantene uttrykte at de synes avvikshåndtering er krevende, mens andre synes det er rimelig greit. Mulige utfordringer som ble nevnt var det å finne gode tiltak som forhindrer gjentakelse, samt implementere og følge opp tiltaket/tiltakene. Den varierende kompetansen kom også til uttrykk i måten lederne beskrev avvikssystemet på. De som har brukt tid på å sette seg inn i systemet er generelt av den oppfatning at det er et godt system med mange muligheter, mens andre opplever systemet som tungvint. At lederne rundt om i kommunen har varierende kompetanse og interesse for avvikshåndtering, er noe som også ble nevnt av informantene. Det er

problematisk dersom leder mangler riktig kompetanse, fordi det gjør det utfordrende å håndtere avvikene på en god måte og innføre virksomme tiltak (27). Forskning viser at ledernes evne til å bruke innmeldte avvik til læring er avgjørende for at avviksrapporteringen skal bidra til å øke pasientsikkerheten (6, 9, 65).

En annen viktig bidragsyter til varierende avvikshåndtering er tiden lederne har til rådighet. Selv om de har ønske om, interessen for og kompetansen til å håndtere avvik på en god måte, har de ikke nødvendigvis tid til det. Lederne i Ree et al. (39) sin studie oppga mangel på tid som en betydelig hindring i kvalitet- og sikkerhetsarbeidet. Ansvar som ligger på lederne er stort, og de opplever ofte krysspress (63). Hafstad (31) skriver at «det er et lederansvar å sikre systemer og rutiner som gir lavest mulig risiko for feil som kan skade pasientene», men lederne har også ansvar for mange andre oppgaver (62, 63). Det er ikke alltid like lett å vite hva som bør prioriteres, og det ble under intervjuene beskrevet utfordringer med å få tid til blant annet å snakke med de ansatte om avvik, ta opp avvik på personalmøter, finne gode tiltak og følge opp trender i avviksrapporteringen. Lederne er nødt til å finne tid og mulighet til å jobbe med det systematiske forbedringsarbeidet, men inntrykket jeg sitter igjen med er at ikke alle er like flinke til å prioritere det. Det støttes av tidligere forskning, som viser at mange ansatte ikke får tilbakemelding på innmeldte avvik eller opplever at det ikke fører til endringer (60). Det vil i sin tur kunne bidra til underrapportering (44, 52). Ved å delegere oppgaver til ansatte, vil lederne få frigitt tid, samtidig som det skaper motivasjon og engasjement blant de ansatte, og øker deres kompetanse innen kvalitets- og sikkerhetsarbeid (39).

### Utfordring med underrapportering

Lederne jeg intervjuet mente at avvik underrapporteres, noe de opplever som utfordrende. Avvik er en viktig ressurs i det kvalitetsforbedrende arbeidet, gitt at de blir rapportert. Innmeldte avvik er et effektivt middel for å undersøke årsaken til at uheldige hendelser oppstår, lære av hendelsene og iverksette tiltak som forhindrer at hendelsene gjentar seg, og på den måten øke pasientsikkerheten (54, 65). Flere av lederne uttrykte en bekymring for avvikene som ikke meldes. På noen avdelinger blir det nesten ikke rapportert legemiddelhåndteringsavvik, men det fremkommer likevel under midtrapporter og lignende

at det stadig oppstår situasjoner som burde og skulle vært meldt inn som avvik. Når avvikene ikke blir registrert i avvikssystemet, mister lederne noe av muligheten til å følge opp avvikene og iverksette forebyggende tiltak, få oversikt over avdelingens eller enhetens avvik og følge utviklingen over tid. Systematisk forbedringsarbeid fordrer at *alle* uønskede hendelser rapporteres i et avvikssystem (6).

De lederne som jobber på små enheter uttrykte mindre bekymring for underrapportering og de potensielle konsekvensene av det enn resten av lederne. De fortalte at fordi de er tett på de ansatte, opplever de det som lettere å fange opp og følge opp avvik. I tillegg opplever disse lederne at de ansatte er flinke til å snakke om og rapportere legemiddelhåndteringsavvik. Dette sammenfaller med funnene fra en annen norsk studie, som fant at de ansatte var flinke til å rapportere avvik (25). Forskerne konkluderte med at det kunne skyldes at de ansatte i stor grad følte seg trygge på å rapportere, og at de opplevde at de innmeldte avvikene førte til at tiltak for å forbedre rutineene umiddelbart ble iverksatt. Dette stemmer overens med inntrykket informantene ved de små enhetene hadde.

De fleste av mine informanter beskrev derimot utfordringer med å få de ansatte til å melde avvik, hvilket annen forskning også viser (40, 41, 45). Yung et al. (45) fant at kun 19 % av legemiddelhåndteringsavvik ble registrert i avvikssystemet, og de beskriver underrapportering av slike avvik som en global bekymring når det gjelder pasientsikkerheten. Mulig årsaker til underrapportering som ble nevnt av informantene var at ansatte føler at de ikke har tid til å skrive avvik, ikke innser viktigheten av å gjøre det, ikke opplever at det fører til endring, ikke vet eller husker hvordan det skal gjøres, er redde for mulige konsekvenser eller at de mangler oppmuntring fra ledelsen. Andre studier har funnet flere av de samme årsakene til underrapportering, deriblant en studie fra Malaysia (44), en studie fra Storbritannia (35) og en pilotstudie fra Norge (55). En studie fra Taiwan (45) fant at frykten for konsekvenser var den aller viktigste årsaken til at avvik ikke meldes. Denne årsaken ble også nevnt av et par av mine informanter, men den ble ikke ansett som den største bidragsyteren til underrapportering.

Uansatt hva årsaken til underrapportering er, har ledere en avgjørende rolle i arbeidet med å skape en god meldekultur, noe informantene var tydelig bevisste på. Det er viktig

at lederne motiverer de ansatte til å skrive avvik (36, 54, 67). Dette understrekes også i Riksrevisjonen sin undersøkelse (6), som blant annet viser til at den lokale meldekulturen er avgjørende for om uønskede hendelser blir meldt. Dersom de ansatte føler at de ikke har tid til å skrive avvik, er lederne nødt til å være mer tydelige på at det er en del av jobben deres, og presisere viktigheten av at de ansatte prioriterer å skrive avvik. Dette var lederne jeg intervjuet generelt opptatt av, hvilket stemmer overens med tall fra en undersøkelse gjennomført av Sykepleien (60). Undersøkelsen viser at nesten 8 av 10 ble oppfordret av sin nærmeste leder til å melde avvik. Dersom de ansatte føler at det ikke nytter å skrive avvik, er lederne nødt til å vise at avvikene blir brukt til å lære og gjøre endringer som bidrar til at de samme hendelsene ikke gjentar seg. Det støttes av forskning som viser at manglende forståelse for viktigheten av å melde avvik er en vanlig årsak til underrapportering (35, 44, 55). Dersom de ansatte ikke føler seg trygge på hvordan avvik skal skrives, er lederne nødt til å forbedre opplæringen og/eller sette seg ned med de(n) det gjelder og vise hvordan det skal gjøres. I likhet med hva mine informanter fortalte, har også tidligere forskning funnet at helsepersonell er mer villige til å rapportere avvik dersom de er kjent med avvikssystemet og vet hva som skal rapporteres og når det skal gjøres (44, 52).

Lederne fortalte at det ses både manglende evne og vilje til å rapportere avvik, og at det derfor er viktig at de tar grep for å heve kompetansen blant de ansatte. Undersøkelsen gjort av Riksrevisjonen (6) viser at typen og antall hendelser som blir meldt påvirkes av hvordan leder omtaler og håndterer hendelsene. Informantene opplever at økt fokus på innmeldte avvik, for eksempel ved å diskutere dem på personalmøter eller lignende, fører til at flere avvik blir rapportert. Det samme vil et støttende og åpent arbeidsmiljø. Lederne fortalte at de opplever at enkelte unnlater å skrive avvik fordi de ikke ønsker å angi en kollega eller skape «dårlig stemning», og de er derfor nødt til å jobbe kontinuerlig med en kultur hvor det er greit å snakke om avvik. Mine informanter nevnte ikke noe om hvor mange de tror dette gjelder, men Ulvund et al. (41) fant at nesten alle synes det er vanskelig å varsle avvik gjort av en kollega. Bekymring for upassende reaksjoner fra kollegaer ble også funnet som en årsak til underrapportering av Mousavi-Roknabadi et al. (36).

## Virksomhetsleder som etterforsker

Flere av lederne beskrev seg selv som «detektiver» eller «etterforskere». Når de skal håndtere innmeldte avvik er det ofte en del som må undersøkes før de i det hele tatt kan begynne å tenke på aktuelle tiltak. Avvikene kan være upresist formulert eller mangelfulle, og lederne må lete i journal eller vaktbok og kanskje kontakte den som har skrevet avviket for å få et klart bilde av hva som faktisk har skjedd. Eksempler på informasjon som typisk mangler er hvilken pasient avviket gjelder eller tidspunkt for når avviket skjedde. Denne oppfatningen støttes av funnene til Hagesæther et al. (27), som viser at avviksmelder ga for lite eller for dårlig informasjon til at leder kunne komme med en god tilbakemelding og lukke avviket i hele 62 % av de innmeldte avvikene. Noen av lederne opplever dette arbeidet som nokså enkelt, og begrunner det blant annet med at de vet hvor de skal lete og at de er blitt gode på å «finne den røde tråden». Andre opplever det som mer utfordrende, og synes det er frustrerende å bruke mer tid på å etterforske hendelsesforløpet enn det de anser som nødvendig. Selv om de fortalte at det skjer sjeldent, oppleves det som spesielt frustrerende de gangene de ikke klarer å komme ordentlig til bunns i hva som egentlig skjedde.

Grundigere opplæring og hyppigere påminnelser om hvordan avvik skal skrives, kan bidra til å redusere mengden detektivarbeid. Til tross for at alle skal motta nødvendig opplæring i avviksrapportering jf. helsepersonelloven (43), oppga 22 % av sykepleierne fra kommunehelsetjenesten som besvarte Sykepleiers avviksundersøkelse (60) at de ikke hadde fått opplæring i avvikssystemet. Det sammenfaller med funnene fra Munnkurvrapporten (53), hvor 20 % svarte at det ikke gis opplæring. Samme rapport viste at det kun var 20 % som opplever at det gis god opplæring. Basert på slike tall er det ikke vanskelig å forstå at det skrives mange «dårlige» avvik. Også lederne som ble intervjuet i forbindelse med denne oppgaven erkjente at opplæringen i avviksrapportering kunne vært bedre. Selv om det krever tid og ressurser å gi god opplæring, vil det med høy sannsynlighet lønne seg på lang sikt. Opplæring i avviksrapportering vil ikke bare få de ansatte til å skrive mer fullstendige avvik, men bidra til at de rapporterer flere avvik overhodet (36, 40, 44). At det er en sammenheng mellom god opplæring og økt rapportering av avvik ble også nevnt av mine informanter.



## Hvordan kommunisere om avvik?

Lederne fortalte at de opplever flere utfordringer knyttet til kommunikasjonen rundt avvik. Utfordringen som ble beskrevet hyppigst var det å ha en samtale som gjør at den ansatte skjønner alvoret i å utføre legemiddelhåndteringsavvik, samtidig som den ansatte ikke blir skremt fra å håndtere legemidler, i tillegg til at det kommer tydelig frem at rapportering av avvik er noe positivt. For å unngå å skremme ansatte fra å håndtere legemidler og/eller melde avvik, opplever lederne det som viktig å fokusere på hva avvikene skyldes og hvor i systemet det har sviktet, fremfor hvem som var involvert. Forskning støtter at en mer systemorientert tilnærming gjør terskelen for å melde avvik lavere (6, 41), mens det å fokusere på og eventuelt straffe enkeltpersoner er barrierer for avviksrapportering (21, 36, 54, 58). Informantene fortalte at de ønsker å kommunisere at det er lov å gjøre feil, og viktig å innrømme det dersom man har gjort en feil. Viktigheten av en slik tilnærming nevnes både i den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (9) og tidligere forskning (41, 54). I Ulvund et al. (41) sin studie trekkes «støtte til de involverte uten tildeling av skyld eller fare for sanksjoner» frem. Lederne jeg intervjuet fortalte noe av det samme, nemlig at de ikke er ute etter å ta noen, at de ikke ønsker å være strengere enn nødvendig og at de føler et ansvar for å ta vare på de(n) som har vært involvert i avvik.

Hvordan ledere snakker om og forholder seg til avvik, både overfor den enkelte ansatte og til hele personalgruppa, oppleves som viktig av lederne. De anser en god dialog som avgjørende for å øke både graden av rapportering og læringsutbyttet fra de avvikene som blir rapportert. For at leder og ansatt og de ansatte seg imellom skal kunne snakke åpent om avvik, fortalte lederne at det er viktig at arbeidsplassen har en kultur hvor man kan innrømme at man har gjort en feil uten å bli dømt for det. Forskning viser at det er viktig at ledelsen og de ansatte kan snakke om avvik uten å klandre hverandre (40, 44, 54), og at åpenhet rundt feil er helt avgjørende for å avdekke og rette opp feil gjennom læring, forbedring og endring (31). Det må jobbes kontinuerlig for å opprettholde en slik åpenhetskultur, og mine informanter beskrev dette som et ansvar de er klar over og anser som viktig. Informantene fortalte at de aktivt jobber med det gjennom måten de snakker om avvik på. Ledernes ansvar for å tilrettelegge for en slik kultur beskrives blant annet i Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakene (6) og i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (9). I handlingsplanen

er «Utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring» et av tiltakene som skal forbedre ledelse og kultur, og videre redusere forekomsten av pasientskader.

Informantene er av den oppfatning at de ansatte reagerer svært ulikt på å være involvert i avvik. De fortalte at noen går rett i forsvarsforposisjon eller har vanskeligheter med å ta situasjonen innover seg, mens andre tar det veldig personlig og blir nærmest helt fra seg. Lederne opplever det som viktig å se hver enkelt og tilpasse samtalen basert på hvem de prater med, selv om det det være utfordrende å vite hva hver ansatt trenger. Andre fortalte at de har en personalgruppe hvor de ansatte gjerne forteller selv om avvik de har vært involvert i, og at det pleier å bli godt mottatt av de andre fordi de ser læringspotensialet i å kunne snakke om det. Kulturen varierer med andre ord betraktelig fra avdeling til avdeling. KS sin veileder (69) beskriver at «Det er av stor betydning at ledere på alle nivåer praktiserer åpenhet og møter kritikk og uenighet på en konstruktiv måte» for å skape en god ytringskultur. Dersom lederen oppleves som autoritær eller vanskelig å prate med, viser Vågen (67) sin studie at de ansatte unnlater å ta opp vanskelige saker. Tall fra Sykepleien sin undersøkelse fra 2015 (60) viser at det kun var 3 av 10 som hadde fått positive reaksjoner fra kollegaer og/eller ledelsen på innmeldte avvik, men det er mulig at tallene ville vært annerledes i dag. Basert på hva mine informanter fortalte, er inntrykket at avvik generelt oppfattes som mer positivt og nyttig nå enn tidligere. Flere av lederne fortalte for eksempel at de pleier å gi de ansatte en tilbakemelding om at det er bra at de har skrevet avvik. En leder fortalte til og med at hen gjerne skulle gått så langt som å premiere avvik. Lederne fortalte at de likevel frykter at ansatte skal havne i situasjoner de ikke tør å fortelle om. Av den grunn gjør de det de kan for å trygge de ansatte, og oppfordrer til å rapportere eller i det minste si ifra om alle uheldige hendelser som måtte oppstå.

Informantene oppga også manglende møtepunkt for å kommunisere med hele personalgruppa om avvik som et hinder for god avvikshåndtering. Å ta opp avvik i plenum blir ansett som en effektiv måte å forbedre enhetens eller avdelingens praksis på, fordi det gjør at de sammen kan reflektere, drøfte og finne løsninger som er egnet på den aktuelle enheten eller avdelingen. Ved å ta opp avvik på den måten vil andre ansatte i større grad kunne lære av feil eller uheldige hendelser, i stedet for kun de(n) som var involvert i hendelsen i utgangspunktet. I tillegg blir legemiddelhandtering og avviksrapportering satt mer i fokus,

hvilket kan bidra til å øke forståelsen for viktigheten av å rapportere avvik. Annen litteratur støtter at det rapporteres flere avvik dersom avvikene blir brukt aktivt på møter (70). Lederne fortalte at de tar opp avvik på rapporter og diverse møter når det lar seg gjøre, men at de gjerne skulle hatt enda mer tid til å diskutere innmeldte avvik. Informantene opplever at utbyttet av å prate om avvik i fellesskap er stort, men de er samtidig opptatt av at avvikene som tas opp ikke skal kunne spores tilbake til de som var involvert for å skåne de det gjelder.

### Innspill fra andre som verktøy

Lederne fortalte at de anser innspill fra utenforstående, som farmasøyt eller andre virksomhetsledere, som et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med legemiddelhåndteringsavvik. Kommunefarmasøytene i Trondheim kommenterer en del av avvikene som registreres i avvikssystemet (Bell HT, personlig meddelelse, 2022), og samtlige av mine informanter fortalte at de setter pris på og ønsker å få slike kommentarer. Kommentarene bidrar til å minne lederne på hvilke prosedyrer som gjelder for legemiddelhåndtering, gi lederne et litt annet perspektiv på situasjonen og gi tips til hvilke tiltak som kan være aktuelle, for å nevne noe. Også lederen som fortalte at hen kunne bli stresset av kommentarene fra kommunefarmasøyt, presiserte at hen synes det er veldig bra at de kommer med innspill, og at det er noe hen ønsker å motta.

I tillegg til kommentarer på avvik, ble fagdager og internundervisning med kommune-farmasøyt trukket frem som egnet for å heve kompetansen hos både ansatte og ledere. Det samsvarer med annen litteratur og forskning, som viser at farmasøyter kan bidra til å sikre tilstrekkelig kompetanse innen legemiddelhåndtering og bidra til å redusere risikoen for at legemiddelhåndteringsavvik oppstår (19, 35, 71). Lederne fortalte at de opplever budskapet fra farmasøytene som viktig, og at det bør repeteres oftere slik at alle som håndterer legemidler får det med seg og husker det. Farmasøytene ble omtalt som gode sparringspartnere som bør benyttes i enda større grad enn det som gjøres i dag.

Et annet tiltak som er iverksatt i Trondheim kommune, er ledernetverk. Der møtes avdelingsledere eller enhetsledere for å diskutere ulike tema som angår dem. Mine informanter beskrev nettverket som en egnet arena for å ta opp eventuelle utfordringer

knyttet til håndteringen av avvik. De fortalte at det er lav terskel for å stille spørsmål, og at de pleier å få gode råd og veiledning tilbake fra andre ledere. Å ha sparringspartnere «utenfor huset» blir ansett som nyttig for å finne løsninger de selv ikke har tenkt på. I Ree et al. (39) sin studie la også lederne vekt på viktigheten av å ha tilgang til et nettverk i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet.

## 6. Diskusjon av metode

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere valg av metode, utvalg av informanter og rekrutteringen av disse, samt hvordan dette kan ha påvirket resultatet. Videre vil gjennomføring av intervju, transkribering og analysemetoden av datamaterialet bli drøftet. Oppgavens gyldighet vil bli diskutert ved at styrker og svakheter ved metoden som er anvendt og valgene som er tatt, tydeliggjøres.

### Metodevalg

Kvalitativ metode ble valgt for å besvare forskningsspørsmålet. Kvalitative metoder er egnet for å studere menneskers tanker, meninger og erfaringer omkring et tema (74). Hensikten med denne oppgaven er å innhente kunnskap om hvordan virksomhetsledere opplever å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik, og bruk av kvalitativ metode gjør det mulig å fange opp informantenes subjektive mening om dette.

I kvalitative metoder analyseres tekst fra for eksempel intervju eller observasjoner. I denne oppgaven ble semistrukturerte individuelle intervju benyttet. Slike intervju er egnet for å gi deltakerne tid og rom til å dele av egne erfaringer, samt anledning til å uttrykke meninger forskeren ikke hadde sett for seg på forhånd (74). Individuelle intervju gir informantene mer ro og bedre tid til å reflektere rundt temaet og hente frem og dele tanker og erfaringer enn det fokusgruppeintervju gjør (75). Fokusgruppeintervju har derimot den fordelen at informantene kan inspireres av det andre forteller, og dermed dele noe de ellers ikke hadde kommet på i en en-til-en-samtale. På den andre siden vil fokusgruppeintervju gi hver enkelt informant mindre tid og rom, og man kan risikere at informantene holder tilbake informasjon. Det kan skyldes at informantene har avvikende synspunkter eller at det av andre grunner oppleves ubehagelig å dele informasjonen i plenum (74).

For at informantene skulle føle seg trygge på å dele av sine egne tanker, meninger og erfaringer, inkludert det som kan oppfattes som negativt, ble individuelle intervju valgt. Det resulterte i 12 intervju som var rike på informasjon om virksomhetsledernes opplevelse av avvikshåndtering på både godt og vondt.

## Utvalg og rekruttering

I første rekrutteringsrunde fikk alle avdelings- og enhetsledere i Trondheim kommune en e-post med forespørsel om å delta i studien. Det var for å gi alle mulighet til å delta uavhengig av type enhet, størrelse på avdelingen/enheten og hyppighet av innmeldte avvik. Det ble gjort et strategisk utvalg ved å inkludere informanter som kunne uttale seg om avvik og avvikshåndtering på en reflektert måte på grunn av yrket og stillingen de hadde (75).

I andre rekrutteringsrunde valgte jeg å sende en påminnelse til et utvalg av lederne. Noen av disse ble valgt fordi jeg tenkte at de kunne gi mye relevant informasjon som besvarte forskningsspørsmålet på bakgrunn av at de var ledere ved enheter som hadde registrert mange avvik den siste tiden. Andre ble valgt fordi de på ulike måter skilte seg fra lederne jeg allerede hadde intervjuet. Jeg valgte blant annet å sende påminnelsen til de fleste mannlige lederne i kommunen, fordi jeg på daværende tidspunkt kun hadde intervjuet kvinner. Det var to menn som takket ja til å delta, men det var kun en av dem som svarte på e-posten for å avtale tidspunkt slik at intervjuet kunne gjennomføres. Jeg sendte også påminnelsen til et flertall av ledere i hjemmetjenesten, fordi jeg hadde intervjuet mange ledere ved velferdssenter fra før. Skulle jeg gjort rekrutteringsprosessen på nytt, hadde jeg derimot sendt påminnelsen til alle virksomhetslederne for å øke sjansen for å få enda et par informanter.

Måten rekrutteringen ble gjort på bidro likevel til et utvalg bestående av informanter som jobbet ved ulike typer enheter og som hadde varierende grad av ledererfaring og -utdanning, slik at en eventuell skjevhet ble unngått. Siden det er mange flere kvinnelige enn mannlige virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten (Bell HT, personlig meddelelse fra Styringskraft, 2023), vil det at kun en av informantene var mann trolig ikke påvirke overførbarheten i noen særlig grad. For å belyse menns opplevelser, hadde det derimot vært nødvendig med flere mannlige informanter. Det ble ikke funnet betydelige forskjeller i hvordan ledere ved ulike typer enheter eller ledere med og uten lederutdanning håndterer avvik, men det er nødvendig med et større utvalg for å kunne trekke bastante konklusjoner.

Deltakelsen i studien baserer seg på et fritt og informert samtykke. Siden det var frivillig å delta, kan det ikke utelukkes at noen av de som takket ja til å delta har spesielt sterke meninger om temaet, mens ledere som ikke har noen særlig formening lot være å delta, slik at det blir

seleksjonsbias. En potensiell svakhet kan dermed være at informantene som har deltatt i studien ikke er representative for andre virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten. Enkelte av informantene var veldig engasjerte i avvik og avvikshåndtering, men det gjaldt ikke alle. Jeg var på forhånd litt bekymret for at det i hovedsak ville være ledere som anser det å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik som veldig enkelt som takket ja til å delta i studien, men det viste seg å ikke bli et problem. Flere av informantene var ærlige på at de opplever avvikshåndtering som utfordrende og til tider frustrerende, og noen ga uttrykk for at det er en arbeidsoppgave de ikke er spesielt glade i.

I kvalitativ forskning, spesielt med de begrensninger som følger med en masteroppgave, benyttes gjerne informasjonsstyrke for å si noe om hvor mange deltakere som trengs (78). Man kan oppnå høy informasjonsstyrke selv med få deltakere dersom man intervjuer folk som gir mye informasjon som egner seg for å besvare forskningsspørsmålet. Målet med en kvalitativ utforskende studie er ikke å gi en fullstendig beskrivelse av alle sider ved det som studeres, men å ha nok informasjon om deltakernes synspunkter til å kunne gjennomføre en analyse som bringer ny innsikt som bidrar til eller utfordrer eksisterende kunnskap (77). Basert på mengden datamateriale fra intervjuene som besvarte forskningsspørsmålet og belyste flere perspektiv, kan det argumenteres for at utvalget var tilstrekkelig stort.

## Intervju

### Utforming av intervjuguide

Veileder og jeg laget sammen en nokså detaljert intervjuguide (Vedlegg 1) med åpne spørsmål som vi mente var egnet til å belyse forskningsspørsmålet. Etter å ha gjennomført og gått gjennom transkriptene fra de to første intervjuene, konkluderte veileder og jeg med at forskningsspørsmålet vi hadde tatt utgangspunkt i ble for smalt. Kommunefarmasøytens kommentarer ble tatt ut av forskningsspørsmålet, og fokuset ble i stedet opplevelsen av håndteringen av avvikene.

Dataen fra de to første intervjuene ble likevel med i analysen, da de inneholdt en del informasjon som fremdeles var relevant for det nye forskningsspørsmålet. Disse informantene fikk forholdsvis direkte spørsmål om kommentarene fra kommunefarmasøyt, som for

eksempel «Hva er dine umiddelbare tanker om slike kommentarer fra farmasøyt?». Siden spørsmålene ble vel ledende er disse funnene tolket med forsiktighet, da de kanskje ikke har like stor overføringsverdi. Kommunefarmasøytene bidrag ble derimot nevnt spontant av samtlige av de andre informantene, og det er data fra disse intervjuene som hovedsakelig er brukt som grunnlag for resultatene om innspill fra utenforstående. Det kan derimot ikke utelukkes at informantenes svar ble påvirket av at de visste at jeg er farmasøyt og at min veileder er en av kommunefarmasøytene, og at de hadde svart annerledes dersom det for eksempel var en lege eller sykepleier som gjorde intervjuene.

Endringen i forskningsspørsmålet førte til at intervjuguiden måtte endres betraktelig. Den nye intervjuguiden (Vedlegg 2) inneholdt fem åpne hovedspørsmål med potensielle oppfølgingsspørsmål som var egnet til å fange opp ulike sider av ledernes opplevelser. Det første spørsmålet var ment å gi informantene en introduksjon til temaet og hjelpe dem inn på riktig spor. De tre neste spørsmålene handlet om hvordan de pleier å utføre ulike deler av avvikshåndteringen. Det siste spørsmålet var det samme som selve forskningsspørsmålet, nemlig hvordan informantene opplever å jobbe med legemiddelhåndteringsavvikene. Spørsmålene var formulert på en åpen måte for at informantene så fritt som mulig skulle dele av egne tanker, meninger og erfaringer. Ved slutten av hvert intervju fikk informantene anledning til å tilføye noe i tilfelle de ønsket å dele noe de tenkte at kunne være relevant og som ikke allerede var blitt nevnt. Et par av informantene benyttet seg av denne muligheten.

### **Gjennomføring av intervju**

Informantene fikk selv velge sted for gjennomføring av intervjuet, og samtlige valgte egen arbeidsplass. Informantene ordnet med kontor hvor vi kunne snakke uforstyrret. De første minuttene gikk til uformell prat og gjennomgang og underskriving av samtykkeskjemaet. Deretter fortalte jeg litt om hva formålet med oppgaven var. Flere av informantene virket litt usikre på om de «hadde noe å komme med», så det ble viktig for meg å understreke at jeg kun var ute etter å høre hva slags tanker, meninger og erfaringer de hadde, og at det ikke fantes noen gale svar. Jeg nevnte også at de gjerne måtte tenke høyt, og at det ikke gjorde noe dersom de kom med digresjoner. Jeg forsøkte å skape en avslappet stemning hvor informantene følte at det var greit å bruke tid på å tenke og reflektere, spesielt rundt de spørsmålene de på forhånd ikke var forberedt på. Selve intervjuene ble tatt opp med



lydopptaker for å sikre at alt som ble sagt kom med, i tillegg til at det lot meg fokusere fullt og helt på samtalene med informantene. Lydopptakeren var liten og diskret, og informantene syntes ikke å bli påvirket av opptakeren.

For å få frem kunnskap jeg ikke visste noe særlig om fra før, gikk jeg aktivt inn for å stille åpne spørsmål og følge opp det jeg tenkte at kunne være interessant og relevant. I tillegg fokuserte jeg på å lytte med et åpent sinn og gi informantene god tid til å svare. Dette førte til at de fleste av informantene ga utfyllende beskrivelser, hvilket igjen førte til at jeg fikk et rikt datamateriale. Intervjuguiden fungerte som en huskeliste, og ble ikke fulgt slavisk. Måten og rekkefølgen spørsmålene ble stilt på, ble tilpasset underveis i hvert intervju, slik at informantene fikk snakke mest mulig fritt. Dersom jeg opplevde at informantene ga generelle svar, spurte jeg om de hadde eksempler på egne erfaringer. Dette fordi man får den rikeste kunnskapen dersom informantene deler av erfaringene sine (74).

Jeg møtte veileder etter første intervju for å diskutere hvordan det hadde gått. Hun rådet meg til å våge å stille flere oppfølgingsspørsmål for å følge opp det de sa og på den måten grave dypere, selv om det var litt utenfor det som var skissert i intervjuguiden, noe jeg var veldig bevisst på i resten av intervjuene. I tillegg ble transkriptene og notater med erfaringer fra hvert intervju brukt til å vurdere og forbedre egen intervjuteknikk underveis. Jeg ble gradvis tryggere på intervjusettingen og klarte i større grad å løsrive meg fra intervjuguiden. Jeg ble også mer bevisst på hvor jeg burde legge inn lengre pauser for å gi informantene mer betenkningstid, samt mer komfortabel med å vente lenger før jeg stilte neste spørsmål. Jeg merket at det i enkelte tilfeller fikk informantene til å fortelle mer enn de kanskje hadde tenkt fordi de ønsket å bryte stillheten. Etter hvert ble jeg også mer komfortabel med å stille flere inngående spørsmål. Dette førte til at kvaliteten på intervjuene økte underveis.

## Transkribering

De fleste intervjuene ble transkribert innen et døgn, men det kunne ta en dag eller to ekstra i de tilfellene hvor det hadde blitt gjennomført flere intervju på samme dag. Intervjuene ble transkribert så fort som mulig for at jeg i størst mulig grad skulle kunne erindre informantens tonefall, kroppsspråk og lignende mens jeg transkriberte. Det kom godt med i tolkningen av

enkelte utsagn. Nøling, latter og tenkepauser ble også tatt med. Observasjoner kunne blitt notert ned i løpet av intervjuene, men jeg ønsket ikke å ta fokus vekk fra informantene og samtalene, og eventuelt distrahere informantene. En sekretær kunne også vært med for å ta notater, men det ble ikke gjort fordi det kan oppleves som forstyrrende for informantene, i tillegg til at det bidrar til å gi en skjev maktbalanse mellom informant og forskere.

Intervjuene ble transkribert på bokmål for å bevare informantenes anonymitet, og forhindre at eventuelle sitater skal bidra til at informantene blir gjenkjent. Sannsynligheten for at essensen gikk tapt på grunn av dette regnes som minimal.

## Analyse

Materialet ble analysert med Malteruds Systematiske tekstkondensering. Det er en analysemetode som er velegnet dersom kvalitativ metode er relativt nytt for forskeren (74), hvilket var tilfellet for min del. Jevnlige møter med veileder, samt hyppige oppslag i «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag» av Malterud (74), ble gjort for å sikre at alle trinnene i analysen ble utført korrekt. Diskusjonene med veileder bidro til å gi økt innsikt i materialet og nye perspektiver, og gjorde det lettere å legge forforståelsen til side underveis i analysen. Det skal dog sies at både veileder og jeg er farmasøyter, og at vi dermed kan ha en felles referanseramme som til en viss grad har satt spor i analysen, selv om det er forsøkt å arbeide mot dette. Flere av funnene sammenfaller riktignok med funn fra tidligere studier gjennomført av forskere med en annen fagbakgrunn enn det vi har (21, 36, 39, 41, 54). I Vågen (67) sin mastergradsoppgave i profesjonsetikk kommer det for eksempel frem at avdelingslederne opplever avvikshåndtering som motsetningsfylt, at deres håndtering av avvik er avgjørende for hvor mange avvik som meldes, og at det oppleves verdifullt å snakke om avvik.

## 7. Konklusjon

Virksomhetslederne har nokså varierende opplevelse av å jobbe med legemiddel-håndteringsavvik. Lederne anser god avvikshåndtering som en viktig del av det kvalitetsforbedrende arbeidet, men det ble også identifisert flere utfordringer knyttet til håndteringen av avvik. Basert på hva informantene fortalte under intervjuene tror jeg variasjonen i ledernes opplevelser i stor grad skyldes ulik interesse for og varierende kunnskap om denne delen av det systematiske forbedringsarbeidet. Lederne uttrykte at de har et betydelig ansvar som de tar på alvor, men de la vekt på ulike aspekter ved avvikshåndteringen. Enkelte var tilsynelatende mest opptatt av å formulere gode tiltak i avvikssystemet, mens andre fokuserte mer på hvordan god avviksrapportering overordnet kan bidra til refleksjon, læring og forbedring. Samtlige ledere så på underrapportering som et hinder for å øke faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet, og de lyktes i varierende grad med å skape en kultur for rapportering av avvik og åpenhet rundt feil og uheldige hendelser som har oppstått. Noe av grunnen til utfordringene med å skape en slik arbeidskultur er at lederne mangler tid til å håndtere avvikene slik de ønsker, for eksempel ved å diskutere dem med de ansatte i fellesskap.

## 8. Implikasjoner

### Implikasjoner for praksis

Selv om flere av virksomhetslederne jeg intervjuet virker å behandle legemiddel-håndteringsavvik på en god måte, tyder mine funn på at kompetansen innen rapportering, håndtering og forebygging av avvik generelt bør heves. De ansatte bør få bedre opplæring i når, hvorfor og hvordan avvik skal rapporteres, mens lederne bør få opplæring i hvordan avvik kan håndteres for at læringsutbyttet skal bli størst mulig og nye, lignende hendelser unngås. For at avviksrapportering skal bidra til å øke pasientsikkerheten er det avgjørende at lederne evner å bruke de innmeldte avvikene til læring, og mine funn tyder på at det trengs mer kunnskap på dette området. Her kan kommunefarmasøyt bidra med opplæring, tilbakemeldinger og internundervisning eller fagdager.

Ledernetverk kan også i større grad benyttes til å sette fokus på god avvikshåndtering. Der kan lederne som er mest trygge på å håndtere avvik dele av sine erfaringer for å motivere og inspirere de av lederne som finner avvikshåndtering mer utfordrende. I tillegg er det en egnet arena for å dele kunnskap om hvordan avvikssystemet kan anvendes mer effektivt. Det kom frem i intervjuene at lederne har ganske ulike formeninger om hvor godt systemet er, og noe av det skyldes trolig at noen av lederne mangler kompetansen som er nødvendig for å utnytte systemets potensial.

Mine funn tyder også på at lederne bør få bedre tid til å behandle avvikene og ta dem opp på personalmøter og lignende. God avvikshåndtering, som blant annet innebærer at avvismelder får tilbakemelding fra leder innen rimelig tid og at det iverksettes virksomme tiltak, er avgjørende for at ansatte skal fortsette å melde avvik. I tillegg vil økt positivt fokus på avvik bidra til å skape en arbeidskultur preget av åpenhet og læring. Lederne har ansvar for å prioritere å sette av tid til dette, men det hadde nok kommet godt med om de fikk tilrettelagt mer tid til slikt arbeid, da mangel på tid var en gjennomgående utfordring blant lederne.

## Implikasjoner for videre studier

Denne oppgaven belyser hvordan virksomhetsledere opplever å jobbe med legemiddel-håndteringsavvik, og kan blant annet bidra til økt innsikt i hvilke utfordringer som oppleves. Overførbarheten begrenses av at dataen er innsamlet i en begrenset periode i kun én kommune, men funnene er likevel egnet til å finne aktuelle problemstillinger for nye studier på området. Det kunne blant annet vært interessant å gjøre en kvalitativ studie for å se på hva de ansatte anser som god avvikshåndtering, og hva de mener at skal til for å forhindre at feil og andre uheldige hendelser gjentas. Eventuelt kunne man undersøkt hvordan samspillet mellom ansatte og ledere påvirker i hvilken grad innmeldte avvik bidrar til å øke kvaliteten på legemiddelhåndteringen.

Videre studier bør gjøres med et større utvalg fra flere ulike deler av landet for å gi et resultat som kan overføres til en større populasjon. En kvantitativ spørreundersøkelse kan for eksempel sendes ut til virksomhetsledere over hele landet for å undersøke om disse funnene kun gjelder i Trondheim eller om de er gyldige også andre steder.

## Referanseliste

1. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care. OECD; 2018.
2. Galek J, Zukrowski M, Grov EK. Slik kan legemiddel-håndteringen bli mer forsvarlig og riktig. Sykepleien Forskning. 2018;13(74117):e-74117.
3. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet [Internett]. Stavanger og Alta: International Research Institute of Stavanger og Nasjonalt senter for distriktsmedisin; 2014 [hentet 24. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2631346/IRIS%202014-382%20Samhandlingsreformens%20konsekvenser.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 2011 [hentet 23. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
5. TQM. Kvaliteket - Avvikssystemet i Trondheim kommune [Internett]. Trondheim: Helse og velferd; 2022 [hentet apr 2023]. Tilgjengelig fra: <https://tqm16.tqmenterprise.no/trondheimkommune/>.
6. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015 [Internett]. Bergen: Fagbokforlaget AS; 2016 [hentet 08. sept 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/selskapskontrollen2015.pdf>.
7. Statistisk sentralbyrå (SSB). Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgsteneste [Internett]. Statistisk sentralbyrå; 2021 [oppdatert 15. juni 2022; hentet 02. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>.
8. Trondheim kommune. Helse og velferd [Internett]. Trondheim; 2022 [oppdatert 13. des 2022; hentet 06. jan 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/om-kommunen/organisasjonen/helse-og-velferd/>.
9. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 24. aug 2022]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitet%20forbedring%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%20kvalitet%20forbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf).
10. WHO. Patient Safety [Internett]. WHO; 2019 [hentet 24. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
11. Storli M, Ingebrigtsen O, Nakrem S, Elstad TA. Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. Sykepleien Forskning. 2016(59801):e-59801.
12. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>].
13. Aase K. Pasientsikkerhet: Teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2018.
14. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2021 - Målt med Global Trigger Tool [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [oppdatert 29. aug 2022; hentet 06. sept 2022].

Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2021-malt-med-global-trigger-tool>.

15. WHO. Medication Without Harm [Internett]. WHO; 2017 [hentet 23. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.
16. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetskultur [Internett]. Oslo: I trygge hender 24/7; 2021 [oppdatert 14. apr 2023; hentet 02. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/ledelse-og-kultur/pasientsikkerhetskultur>.
17. Olsen RM, Bjerkan J. Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2017;3(1):6-17.
18. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1999;170(9):411-5.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. FOR-2008-04-03-320 2008 [hentet 25. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.
20. Avdeling medisinsk utstyr og legemidler. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer [[Internett]]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [hentet 25. aug 2022]. 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).
21. Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzadeh V, Parvan K. Medication Error Reporting Rate and its Barriers and Facilitators among Nurses. J Caring Sci. 2012;1(4):231-6.
22. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Sykepleien Forskning. 2013:26-34.
23. Khalil H, Lee S. Medication safety challenges in primary care: Nurses' perspective. J Clin Nurs. 2018;27(9-10):2072-82.
24. Simonsen BØ, Johansson I, Daehlin GK, Osvik LM, Farup PG. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2011;11:175.
25. Berland A, Bentsen SB. Medication errors in home care: a qualitative focus group study. J Clin Nurs. 2017;26(21-22):3734-41.
26. Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013;18(3):228.
27. Hagesæther E, Siggerud I, Granås AG. Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – rapporterte og observerte avvik. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. 2016;9/2019:24-8.
28. 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.
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). FOR-2019-03-01-168 2019 [hentet 25. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=forskrift%20om%20pasientjournal>.

30. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services. *Nurs Open*. 2021;8(2):755-65.
31. Hafstad A. Risikoen for feil er for stor [Internett]. Oslo: Sykepleien; 2022 [hentet 09. nov 2022]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien/2022/09/risikoen-feil-er-stor>.
32. Biron A, Loiselle CG, Lavoie-Tremblay M. Work Interruptions and Their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2009;6(2):70-86.
33. I trygge hender 24/7. Legemiddelrelaterte skader [Internett]. Oslo: I trygge hender 24/7; 2021 [oppdatert 24. juni 2021; hentet 06. sept 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/legemiddelrelaterte-skader>.
34. WHO. Patient Safety - Why applying human factors is important for patient safety [Internett]. 2012 [hentet 31. aug 2022]. Tilgjengelig fra: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course02\\_handout\\_why-applying-human-factors-is-important-for-patient-safety.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course02_handout_why-applying-human-factors-is-important-for-patient-safety.pdf).
35. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia*. 2007;62(1):53-61.
36. Mousavi-Roknabadi RS, Momennasab M, Groot G, Askarian M, Marjadi B. Medical Error and Under-Reporting Causes from the Viewpoints of Nursing Managers: A Qualitative Study. *Int J Prev Med*. 2022;13:103.
37. Biron A. Medication administration complexity, work interruptions, and nurses' workload as predictors of medication administration errors [doktorgradsavhandling]. Canada: McGill University; 2009.
38. O'Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. *J Clin Nurs*. 1999;8(5):496-504.
39. 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):e025197.
40. Dyab EA, Elkalmi RM, Bux SH, Jamshed SQ. Exploration of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers towards Medication Error Reporting in a Tertiary Health Care Facility: A Qualitative Approach. *Pharmacy (Basel)*. 2018;6(4).
41. Ulvund I, Rokstad A-MM, Vatne S. Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst. *Sykepleien Forskning*. 2016(1).
42. 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.
43. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 1999 [hentet 07. sept 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
44. 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):e0166114.
45. Yung H-P, Yu S, Chu C, Hou I-C, Tang F-I. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *J Nurs Manag*. 2016;24(5):580-8.



46. Aboshaiqah AE. Barriers in reporting medication administration errors as perceived by nurses in Saudi Arabia. *Middle-East J Sci Res.* 2013;17(2):130-6.
47. Ulanimo VM, O'Leary-Kelley C, Connolly PM. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. *J Nurs Care Qual.* 2007;22(1):28-33.
48. Chiang H-Y, Lin S-Y, Hsu S-C, Ma S-C. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook.* 2010;58(1):17-25.
49. Toruner EK, Uysal G. Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. *Aust J Adv Nurs.* 2012;29(4):28-35.
50. Covell CL, Ritchie JA. Nurses' responses to medication errors: suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. *J Nurs Care Qual.* 2009;24(4):287-97.
51. Jember A, Hailu M, Messele A, Demeke T, Hassen M. Proportion of medication error reporting and associated factors among nurses: a cross sectional study. *BMC Nurs.* 2018;17:9.
52. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(1):39-43.
53. Hetle A, Arbeidsforskningsinstituttet. Munnkurv og varsling : en studie av ytringsfrihetens vilkår blant sykepleiere. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2005.
54. Afaya A, Konlan KD, Kim Do H. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1156.
55. Lafton H, Fagerstrøm L. Implementation of incident reporting systems in Norwegian nursing homes from a management perspective - a pilot study. *Vard Nord Utveckl Forsk.* 2011;31(2):45.
56. 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.
57. Aljabari S, Kadhim Z. Common Barriers to Reporting Medical Errors. *The Scientific World Journal.* 2021;2021:6494889.
58. Beasley JW, Escoto KH, Karsh B-T. Design elements for a primary care medical error reporting system. *Wis Med J.* 2004;103(1):56-9.
59. Lin YH, Ma Sm. Willingness of nurses to report medication administration errors in southern Taiwan: a cross-sectional survey. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6(4):237-45.
60. Hofstad E. Sykepleiens avviksundersøkelse [Internett]. Oslo: Sykepleien; 2015 [oppdattert 12. mars 2015; hentet 31. aug 2022]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/03/sykepleiens-avviksundersokelse>.
61. Andrews T, Høgås J. Vilkår for ledelse. NF rapport nr: 10/2017 [Internett]. Bodø: Norsk Sykepleierforbund; 2017 [hentet 23. apr 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-01/nordlandsforskning-2017-vilkar-for-ledelse.pdf>.
62. Solbakken R, Bondas T, Kasén A. First-Line Nurse Managers' Challenges at the Crossroads of Norwegian Health Care Reforms. *Nurs Adm Q.* 2020;44(3):205-14.
63. 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 Serv Res.* 2020;20(1):277.

64. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250 2016 [hentet 05. sept 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>.
65. Helsedirektoratet. § 8e. Gjennomgå avvik og uønskede hendelser [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 17. feb 2017; hentet 06. sept 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/evaluere/8e-gjennomga-avvik-og-uonskede-hendelser>.
66. TQM. Melding om avvik, nestenulykker, skader, uheldige hendelser og forslag til forbedringer [Internett]. Trondheim: Helse og velferd; 2019 [oppdatert 31. aug 2022; hentet 28. apr 2023]. Tilgjengelig fra: <https://tqm16.tqmenterprise.no/trondheimkommune/Publishing/ExternalAccess/LoadContent/1512?forOL1=trondheimkommune>.
67. Vågen SR. "Sånn sett så rydder vi i eget hus, men vi gjør det veldig stille" : om avvikshåndtering og ytringskultur [masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2008.
68. Hung C-C, Chu T-P, Lee B-O, Hsiao C-C. Nurses' attitude and intention of medication administration error reporting. *J Clin Nurs*. 2016;25(3-4):445-53.
69. Kommunesektorens organisasjon (KS). Ytringsfrihet og varsling – veileder for kommuner og fylkeskommuner [Internett]. Oslo: KS; 2017 [hentet 26. apr 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.ks.no/contentassets/67ad811d705f4b87aa7cc9df73e53037/veileder\\_varsling-og-ytringsfrihet\\_sept2017.pdf](https://www.ks.no/contentassets/67ad811d705f4b87aa7cc9df73e53037/veileder_varsling-og-ytringsfrihet_sept2017.pdf).
70. Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. *Sykepleien*. 2015(3).
71. Lee SWH, Mak VSL, Tang YW. Pharmacist services in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(12):2668-88.
72. Toverud E-L, Håkonsen H. Kommunefarmasi i Norge. Oslo: Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo; 2019.
73. USHT Troms og Finnmark (Troms). Farmasøyt i hjemmebasert omsorg [Internett]. Tromsø: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester; 2021 [oppdatert 13. mars 2023; hentet 23. apr 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingssenter.no/aktiviteter/kompetanseutvikling/farmasoyt-i-hjemmebasert-omsorg>.
74. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
75. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 4. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
76. Grønmo S. utvalg [Internett]. Store norske leksikon; 2009 [oppdatert 15. apr 2023; hentet 8. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/utvalg>.
77. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805.
78. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-60.

## **Vedlegg**

**Vedlegg 1:** Intervjuguide

**Vedlegg 2:** Intervjuguide, revidert

**Vedlegg 3:** Svarbrev fra Sikt

**Vedlegg 4:** Samtykkeskjema

**Vedlegg 5:** Samtykkeskjema, revidert

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Intervjuguide

*Hvordan erfarer de som er ansvarlige for å håndtere innmeldte legemiddelhåndteringsavvik i kommunehelsetjenesten tilbakemeldingene fra kommunefarmasøyt?*

Kartlegger først bakgrunnen til informantene (alder, utdanning og antall år som leder i nåværende eller tilsvarende stilling).

1. Kan du fortelle meg hvordan du jobber med innmeldte avvik? Spesielt legemiddelhåndteringsavvik, dersom de skiller seg ut på noen måte?
  - Eventuelle oppfølgingsspørsmål:
    - Hva gjør du konkret?
    - Hvordan kommuniserer du med personalet om avviket – tar du det opp én-til-én, på personalmøter e.l.?
    - Hva gjør du for å forhindre at hendelsen gjentar seg?
2. Når du jobber med avvik, hva opplever du som utfordrende? Er det noe du savner i en sånn setting, i så fall hva? Er dette noe du kunne tenke deg innspill på?
3. (Legge frem avvik som farmasøyt har kommentert) Har du lagt merke til at kommunefarmasøyt har kommentert avvik fra dere, sånn som her?
  - Hvis ja; gå videre til spørsmål a. Hvis nei; Hva er årsaken til at du ikke har lagt merke til det? Brukes ikke avvikssystemet i så stor grad, har du fysisk ikke sett det, eller velger du å ikke bruke kommentaren i arbeidet med sånne avvik?
  - La deretter informanten studere avviket og kommentaren, og still resten av spørsmålene, med unntak av b.
  - a. Hva er dine umiddelbare tanker om slike kommentarer fra farmasøyt?
  - b. Husker du en konkret situasjon hvor du har lest en slik kommentar?
    - Hvis ja; Hva synes du om den kommentaren? Ble den på noen måte brukt i håndteringen av avviket? Forklar i så fall på hvilken måte.
  - c. Ønsker du slike innspill på avvikene fra farmasøyt? Begrunn svaret.
  - d. Kunne innspill fra farmasøyt vært gjort på en annen måte? I så fall hvordan?
  - e. Kunne innspillene ha kommet fra noen andre enn farmasøyt? I så fall hvem og hvorfor?

## Vedlegg 2: Intervjuguide, revidert

### Intervjuguide

*Hvordan opplever virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?*

Kartlegger først bakgrunnen til informantene (alder, utdanning og antall år som leder i nåværende eller tilsvarende stilling).

1. Kan du fortelle meg hvordan du jobber med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik?
  - Hvordan går du frem?
  - Hva mener du det er viktig å finne ut av og hvorfor?
2. Hvordan går du frem ovenfor den som har utført avviket?
  - Dersom du har en samtale; hvordan utfører du den og hva vektlegger du?
3. Hva gjør du videre for å hindre at hendelsen gjentar seg?
  - Tar det opp på personalmøter – i så fall på hvilken måte?
  - Endrer rutiner?
  - Ser på opplæringen eller arbeidsmåter?
4. Hva gjør du eventuelt for å engasjere ansatte i avvikene?
  - Hva opplever du at fungerer og i så fall hvorfor?
  - Hva opplever du at ikke fungerer og i så fall hvorfor?
5. Hvordan opplever du det å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?
  - Hva synes du selv at du gjør godt og hvorfor?
  - Hva er utfordrende og hvorfor?
  - Hva kunne gjort jobben enklere og på hvilken måte?

## Vedlegg 3: Svarbrev fra Sikt

10.05.2023, 17:37

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Hvordan håndterer og erfarer ledere i Helse- og Velferd i kommunehel...](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
100354

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
07.10.2022

### Prosjekttittel

Hvordan håndterer og erfarer ledere i Helse- og Velferd i kommunehelsetjenesten innmeldte legemiddelhåndteringsavvik og tilbakemeldinger fra kommundefarmasøyt?

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

### Prosjektansvarlig

Hege Therese Bell

### Student

Emma Remen Singstad

### Prosjektperiode

01.09.2022 - 30.06.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

#### OM VURDERINGEN

Personvernjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personvernjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, men du må oppdatere informasjonsskrivet før du starter (se neste avsnitt).

#### INFORMASJONSSKRIV

Informasjonsskrivet ditt mangler noen punkter loven krever er med. Du må derfor legge til disse punktene i informasjonsskrivet før du gir dette til forskningsdeltakerne dine. Du trenger ikke å laste opp den oppdaterte versjonen i meldeskjemaet:

-Kontaktopplysninger til din institusjon sitt personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider for hjelp til formuleringer:

<https://www.nsd.no/personvernjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakere/>

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må prosjektansvarlig inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

#### LØVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til

et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 4: Samtykkeskjema

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

*Hvordan erfarer de som er ansvarlige for å håndtere innmeldte legemiddelhåndteringsavvik i kommunehelsetjenesten, tilbakemeldingene fra kommundefarmasøyt?*

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å undersøke og beskrive hvordan ledere som behandler legemiddelhåndteringsavvik erfarer tilbakemeldinger gitt av kommundefarmasøyt på enhetens innmeldte avvik i avvikssystemet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for forskningsprosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

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

Pasientskader er et stort problem globalt og nasjonalt, der omtrent halvparten av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten. Håndtering av legemidler er en viktig del av helsehjelpen som ytes til mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Trygg og korrekt legemiddelhåndtering bidrar til god pasientsikkerhet, gjennom å forhindre alvorlige hendelser og pasientskade knyttet til håndtering av legemidler.

Legemiddelhåndteringsforskriftens §7 beskriver 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, dvs. enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert. Kommunale helse- og omsorgstjenester er underlagt krav om plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, for å forbedre kvaliteten og sikkerheten til helsevesenet. Avviksrapportering er en viktig del av det kvalitetsforbedrende arbeidet, gjennom å følge med på, analysere, svare ut og dermed lære av innmeldte avvik for å videre forbedre legemiddelhåndteringen. En av kommundefarmasøytens oppgaver er å følge opp disse legemiddelhåndteringsavvikene.

Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske hvordan du som er ansvarlig for å håndtere innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, erfarer tilbakemeldingene fra kommundefarmasøyten. Vi ønsker derfor å rekruttere avdelingsledere og enhetsledere ansatt i kommunehelsetjenesten som ønsker å dele sine tanker og erfaringer rundt dette temaet.

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

Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.

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

Deltakelsen i denne studien innebærer at du stiller i en samtale i form av et individuelt intervju. Spørsmålene som stilles vil handle om hvordan du jobber med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, og dine tanker rundt tilbakemeldingene gitt av kommundefarmasøyt på de innmeldte legemiddelhåndteringsavvikene. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av en digital opptaker. Lydfilen vil slettes når intervjuet kort tid etterpå har blitt transkribert. Det nedskrevne intervjuet vil være anonymisert. Intervjuet anslås å ha en varighet på en halv til en time, og kan gjennomføres på arbeidsplassen.



### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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 personvernregelverket. All informasjon som samles inn gjennom studien vil bli oppbevart i anonymisert form, og opplysningene kan ikke spores tilbake til deg. Skjemaet med samtykke vil bli låst inne. 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 du eller institusjonen du jobber på kan identifiseres.

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

Prosjektet er planlagt avsluttet 30.06.23. Alle data vil da slettes på en forskriftsmessig måte.

### **Dine rettigheter**

Dersom 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 og få utlevert kopi av dine personopplysninger, samt sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysningene 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, har spørsmål om studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta gjerne kontakt med

Masterstudent  
Emma Remen Singstad  
Mobil: 99 38 39 20  
e-post: [emmars@stud.ntnu.no](mailto:emmars@stud.ntnu.no)

Veileder  
Hege Therese Bell  
Mobil: 920 80 915  
e-post: [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 prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 5: Samtykkeskjema, revidert

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

*Hvordan opplever virksomhetsledere i kommunehelsetjenesten å jobbe med legemiddelhåndteringsavvik?*

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å undersøke og beskrive hvordan ledere som behandler legemiddelhåndteringsavvik erfarer tilbakemeldinger gitt av kommunefarmasøyt på enhetens innmeldte avvik i avvikssystemet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for forskningsprosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

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

Pasientskader er et stort problem globalt og nasjonalt, der omtrent halvparten av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten. Håndtering av legemidler er en viktig del av helsehjelpen som ytes til mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Trygg og korrekt legemiddelhåndtering bidrar til god pasientsikkerhet, gjennom å forhindre alvorlige hendelser og pasientskade knyttet til håndtering av legemidler.

Legemiddelhåndteringsforskriftens §7 beskriver 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, dvs. enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert. Kommunale helse- og omsorgstjenester er underlagt krav om plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, for å forbedre kvaliteten og sikkerheten til helsevesenet. Avviksrapportering er en viktig del av det kvalitetsforbedrende arbeidet, gjennom å følge med på, analysere, svare ut og dermed lære av innmeldte avvik for å videre forbedre legemiddelhåndteringen. En av kommunefarmasøytens oppgaver er å følge opp disse legemiddelhåndteringsavvikene.

Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske hvordan du som er ansvarlig for å håndtere innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, erfarer tilbakemeldingene fra kommunefarmasøyten. Vi ønsker derfor å rekruttere avdelingsledere og enhetsledere ansatt i kommunehelsetjenesten som ønsker å dele sine tanker og erfaringer rundt dette temaet.

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

Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.

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

Deltakelsen i denne studien innebærer at du stiller i en samtale i form av et individuelt intervju. Spørsmålene som stilles vil handle om hvordan du jobber med innmeldte legemiddelhåndteringsavvik, og dine tanker rundt tilbakemeldingene gitt av kommunefarmasøyt på de innmeldte legemiddelhåndteringsavvikene. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av en digital opptaker. Lydfilen vil slettes når intervjuet kort tid etterpå har blitt transkribert. Det nedskrevne intervjuet vil være anonymisert. Intervjuet anslås å ha en varighet på ca. en halv time, og kan gjennomføres på arbeidsplassen.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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 personvernregelverket. All informasjon som samles inn gjennom studien vil bli oppbevart i anonymisert form, og opplysningene kan ikke spores tilbake til deg. Skjemaet med samtykke vil bli låst inne. 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 du eller institusjonen du jobber på kan identifiseres.

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

Prosjektet er planlagt avsluttet 30.06.23. Alle data vil da slettes på en forskriftsmessig måte.

### **Dine rettigheter**

Dersom 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 og få utlevert kopi av dine personopplysninger, samt sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysningene 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, har spørsmål om studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta gjerne kontakt med

Masterstudent  
Emma Remen Singstad  
Mobil: 99 38 39 20  
e-post: [emmars@stud.ntnu.no](mailto:emmars@stud.ntnu.no)

Veileder  
Hege Therese Bell  
Mobil: 920 80 915  
e-post: [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 prosjektdeltaker, dato)

