

Försöksverksamhet med utredning av läkemedelstillbud

Fallstudie 3: Ordinarie mediciner ordinerar inte vidare

Lars Harms-Ringdahl, Monica Kihlström Berg och Annette Landbü Roos

Sammanfattning

Utgångspunkten var ett enkelt tillbud – överföring av patientens stående ordination vid förberedelse till operation fungerade inte, och det tog flera dagar innan detta upptäcktes och korrigerades. Det visade sig finnas många bidragande förklaringar till händelsen, varav huvuddelen låg på organisatorisk nivå. Vid intervjuerna och textanalysen framkom cirka 40 avvikelser/riskfaktorer, varav över 30 bedömdes kräva någon form av åtgärd. Granskningen identifierade drygt 50 säkerhetsfunktioner, varav färre än 20 fungerat helt eller delvis. Vid diskussionerna framkom ett sextiotal förslag till åtgärder. Dessa sträckte sig från avdelningsnivå till myndigheter.

Innehåll

1 Inledning	1
1.1 Försöksverksamheten	1
1.2 Metodik	2
2 Den studerade händelsen	2
3 Resultat och observationer	2
3.1 Händelseförlopp och aktörer	2
3.2 Avvikelser och riskfaktorer	4
3.3 Säkerhetsfunktioner och barriärer	5
3.4 Åtgärdsdiskussioner	6
4 Analys av resultat	8
4.1 Händelsen och dess förklaringar	8
4.2 Samspel mellan aktörer	8
4.3 Övrig administration	9
5 Slutsatser och kommentarer	9

1 Inledning

1.1 Försöksverksamheten

Under våren 2006 genomfördes en försöksverksamhet vid Landstinget i Värmland i samarbete med Karlstads universitet och IRS. Tre tillbud kopplade till användning av läkemedel har analyserats. Den tredje fallstudien har genomförts och resultatet redovisas här översiktligt. En slutrapport kommer i början av hösten 2006 med en sammanfattning av erfarenheterna från hela försöksverksamheten.

Syftet med försöket är:

- att fördjupa kunskapen om hur patientskador uppkommer,
- att praktiskt pröva olika metoder för utredning,
- att fördjupa kunskapen om hur man effektivare kan förebygga vårdskador.

Mer information om projektet på www.irisk.se/patsak.htm

Mera information kan fås från

[Annette Landbü Roos](#) (tel. 054 614216) och
[Monica Kihlström Berg](#) (tel. 054 61 41 34),
Utvecklingsstaben, Landstinget i Värmland.

[Lars Harms-Ringdahl](#) (tel. 08 643 20 80) Karlstads
universitet, avd. Folkhälsovetenskap, och
Institutet för Riskhantering och Säkerhetsanalys
AB, Stockholm

1.2 Metodik

I utredningarna ingår följande moment:

- 1) Val av tillbud som ska studeras
- 2) Faktainsamling genom dokument och intervjuer
- 3) Kartläggning av händelsesekvensen och av aktörer, t.ex. personer och avdelningar
- 4) Identifiering av ytterligare avvikelser och problem
- 5) Bedömning av avvikelserna - hur viktiga dessa är
- 6) Sammanställning av säkerhetsfunktioner och barriärer
- 7) Framtagning av förslag och idéer till förbättringar
- 8) Analys och rapportering

Insamling av information och analys av resultaten har gjorts med flera olika systematiska metoder för olycksutredning. Det som studerats var händelseförloppet, observerade problem och avvikelser, samt barriärer och säkerhetsfunktioner. Sammanställning av resultaten har presenteras för en grupp från de berörda verksamheterna för att bedöm vilka avvikelser som borde åtgärdas. Samma grupp tog vid ett senare tillfälle fram förslag och idéer till förbättringar.

Försöket är inriktat på *tillbud* – en händelse som kunnat medföra vårdskada, men inte gjorde det (enligt definition i SOSFS 2005:12). Skälet är att det blir lättare att diskutera situationer där ingen blivit skadad. Tre tillbud förknippade med läkemedel har analyserats. Dessa bör inte ha lett till skada för patienten och inte heller ses som så allvarligt att vidare anmälan gjorts. En förfrågan gick ut till flera verksamheter, som så småningom ledde till några rapporterade tillbud att studera vidare.

2 Den studerade händelsen

Händelsen inträffade när patienten skrevs in för operation. Patientens ordinarie medicinering antecknades i journalen men kom inte med i den läkemedelsjournal som upprättades. Under tre dagar efter operationen fick inte patienten sina ordinarie mediciner.

Personalen uppmärksammades på detta när patienten vid rondan den fjärde dagen på vårdavdelningen frågade om hon skulle ta sina ordinarie mediciner, som hon haft tidigare. Läkemedelsjournalen korrigerades och patienten fick ordinarie medicinering. Uppehållet medförde inte några medicinska konsekvenser för patienten.

3 Resultat och observationer

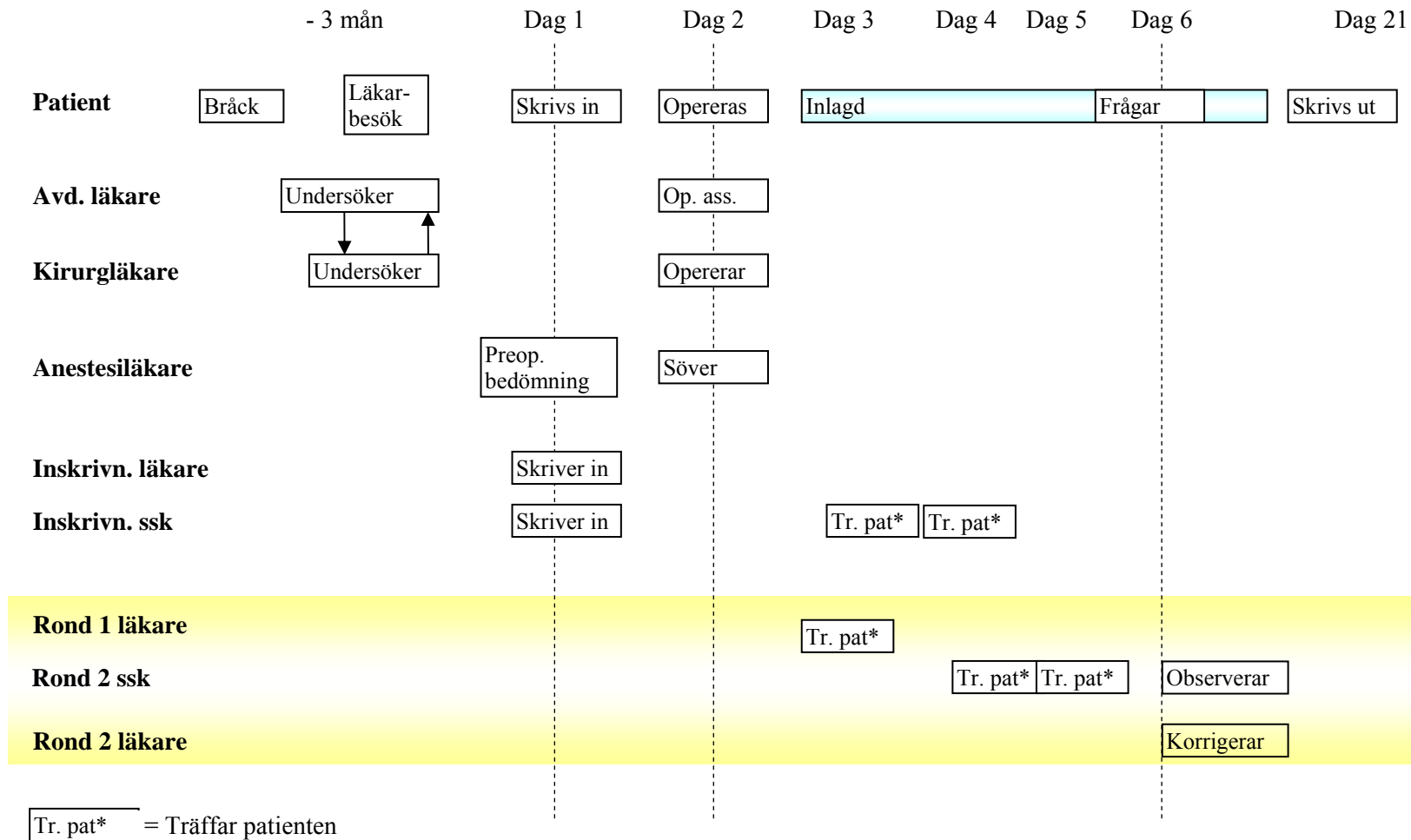
3.1 Händelseförlopp och aktörer

Vid analysen gjordes en översiktlig summering av aktörerna dvs. inblandade personer och organisationer, och vad de gjorde. I det här fallet berördes vårdavdelningen och personal där, samt personerna i operationsteamet som kom från en annan avdelning. Inklusive patienten var cirka tio personer involverade i skedet.

Figur 1 visar händelseförloppet, och överst anges det som direkt berör patienten. Dag 1 skrevs patienten in, och den ordinarie medicinen kom inte med i den läkemedelsjournal som upprättats. Anestesiologen förberedde inför operationen som sker dag 2. Därefter låg patienten på vårdavdelningen under några veckor. Dag 6 frågade hon sjuksköterskan om sin medicinering, som direkt tog upp detta med ronderande läkare.

En avvikelse rapport skrevs samma dag av den sjuksköterska som patienten frågade. Rapporten arkiverades, med avsikt att senare ingå i en analys av de övriga läkemedelstillbud som pågick vid avdelningen. I övrigt vidtogs inga andra åtgärder.

Figur 1 Händelseförloppet vid tillbud med ej överfört läkemedel



3.2 Avvikelser och riskfaktorer

Avvikelser

Innan ett tillbud eller en olycka inträffar har det vanligen inträffat avvikelser från det normala och förväntade. Det finns olika slags avvikelser som kan delas upp i tekniska, mänskliga och organisatoriska. Den här använda definitionen lyder: *en händelse eller ett tillstånd som är en avvikelse från det felfria, planerade eller vanliga*. När det gäller stabila förhållanden kan man också använda termen *riskfaktor*. Begreppet avvikelse används således betydligt bredare här än hos Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12).

Vid intervjuerna uppmärksammades avvikelser och riskfaktorer som noterades. Likaså gjordes en analys av den dokumentation som fanns. I detta skede av datainsamlingen togs de flesta avvikelser med, antingen de var klart bekräftade eller hypotetiska. Vid bedömningen (se nedan) sällades de avvikelser ut som var intressanta att studera vidare. Avvikelseorna ordnades i en tabell som sorterades under olika huvudrubriker:

Tidsmässig indelning

- a) Förhistoria
- b) Inskrivning
- c) Operation och förberedelser
- d) Vård

Organisatoriskt

- e) Dokumentation
 - Specifikt
 - Läkemedelsjournal
 - Övrigt om dokumentation
- f) Avvikelsehantering
- g) Övrigt

Några exempel på avvikelser/riskfaktorer som uppmärksammades:

- Förändringar i läkemedelsordinationen före operation anges i Hälsodeklaration som allmän text (kan missas av patienten)
- Ej dokumenterat att Trombyl var utsatt i god tid före operation
- Patientens stående ordination fanns inte inskriven i läkemedelsjournalen
- *Hypotes 1:* Inskrivande läkare förde inte över patientens stående ordinationer på läkemedelsjournalen
- *Hypotes 2:* Den del av läkemedelsjournalen där ordinationerna står försvann i hanteringen
- Ibland skrivs läkemedel innan patienten kommit, och utan namngivelse
- Läkare ej signerat på flera ställen i läkemedelslistan
- Instruktion för SS (Sköter Själv) saknas
- Instruktion för läkemedelsjournal ej tillgänglig (eller finns ej)
- Svag kontroll av läkemedelsjournal
- Den som rapporterade avvikelserna har inte fått information om vad det blev av avvikelserapporten
- Inskrivande läkare hade inte fått information om avvikelserapporten
- Saknas instruktioner om tillvägagångssätt vid inskrivning när patienten redan har mediciner.
- Olika roller för läkare och sjuksköterskor; kan variera mellan avdelningar

Totalt antecknades 42 avvikelser, vilka fördelade sig på rubrikerna:

Tidsmässigt	14
Organisatoriskt	28

Bedömning av avvikelser

Avvikelseerna bedömdes vid ett möte med fem representanter från verksamheten. Bedömningen gällde om det fanns behov av att ändra något i ”systemet”, avseende teknisk utrustning, rutiner, kompetens, utbildning, osv. Det handlar inte om korrekationer som gjordes direkt i anslutning till det studerade fallet.

Tabell 1 Antal avvikelser och hur de bedömts

	Bedömning	Antal
0	Obetydlig risk	0
1	Acceptabel risk, behöver ej åtgärdas	0
2	Viss risk, bör åtgärdas	9
3	Allvarlig risk, måste åtgärdas.	25
X	Bedömning ej gjord	8
	Summa	42

Tabell 1 visar skalan för bedömning och antalet avvikelser som bedömdes. Totalt ingår 42 avvikelser i tabellen, och för 34 avvikelser bedömde gruppen att någon åtgärd borde eller måste vidtas. Bedömning 0 och 1 innebär att man inte behöver vidta någon åtgärd, och inte en enda avvikelse hamnade i någon dessa kategorier. Åtta stycken markerades med X, vilket innebar att de inte bedömdes, men avvikelsen kan ändå vara väsentlig.

I två fall var man inte eniga om bedömningen, och i tabellen har de bokförts med det högre värdet

3.3 Säkerhetsfunktioner och barriärer

Inom vården, som i de flesta system, finns det många olika risker för skador och haverier. För att hålla riskerna under kontroll införs mängder av tekniska och organisatoriska arrangemang. Det finns en tendens att dessa ökar i antal och för varje nytt problem utarbetas ytterligare regler. I denna studie får skydd och barriärer särskild uppmärksamhet. Vi arbetar med ett brett perspektiv och inkluderar de säkerhetsfunktioner som är relaterade till det undersökta tillbudet. Vi använder följande definition:

En säkerhetsfunktion är en teknisk, organisatorisk eller kombinerad funktion som kan minska sannolikhet och/eller konsekvens för olyckor och andra oönskade händelser i ett system. I organisatorisk inkluderas även en individs aktiviteter.

Vid intervjuerna framkom information om säkerhetsfunktioner och barriärer. Det gällde både sådana som fanns eller som föreslogs. Dessa ordnades i en lista som grupperades under några huvudrubriker:

- A) Patient
- B) Vårdpersonal
- C) Avdelningen
- D) Länsverksamheten
 - Styrning
 - Utbildning
 - Övrigt
- E) Landsting

Några exempel på säkerhetsfunktioner är:

- Patientens aktiva roll
- Patientens läkemedelsjournal
- Läkaren verifierar aktuell medicinering med patienten vid inskrivning
- Sjuksköterskan agerar på patientens frågor
- Inskrivningsprocedur för operation

- Anestesiläkarens kontroll av läkemedel och journaler
- Mall för sjuksköterskor för vad som ska ingå i en journal
- Kontroll vid byte av lista i läkemedelsjournalen
- Farmaceut på avdelningen

En bedömning av hur väl säkerhetsfunktionerna (SF) fungerade har genomförts vilket finns summerat i Tabell 2. Sammanställningen innehåller 56 SF, som i viss mån överlappar varandra. Av dessa bedömdes 18 stycken ha fungerat helt eller delvis, medan övriga inte fungerade eller visar på ett förbättringsbehov.

Tabell 2 Antal säkerhetsfunktioner (SF) och hur de har bedömts

	Bedömning	Antal
Ja	SF fanns och fungerade som avsett (tillräckligt väl)	8
D	SF fungerade delvis	10
Nej	SF fanns men gav ej avsedd effekt	15
K	Kontraeffekt	1
Å	Åtgärdsförslag från intervju	11
-	Ej bedömda	11
	Summa	56

Det finns 11 som inte har bedömts, vilket främst var av tidsskäl och ibland fanns inte tillräcklig information. De verkar samtliga hamna i kategorin *Nej* eller *Åtgärd*, dvs. ingen av dessa påverkade händelseförloppet förebyggande.

Det finns en SF vilken har bedömts som ”Kontraeffekt”. Det gäller en förväntan att sjuksköterskan ska kontrollera alla papper innan de sätts in i pärmen, vilket inte görs. Denna uppfattning kan leda till övertro att någon annan kontrollerar och tar över ansvaret, vilket kan leda till minskad säkerhet.

3.4 Åtgärdsdiskussioner

Sammanställningarna över avvikelser och säkerhetsfunktioner användes som underlag att ta fram förslag och idéer till förbättringar. Detta gjordes vid ett möte på cirka tre timmar med samma grupp som tidigare bedömt vad som borde åtgärdas. Avsikten var att få fram flera alternativa förslag och idéer, som blir ett underlag för dem som gör de slutliga besluten och prioriteringar.

Vid mötet togs först alla avvikelser som ”3 – måste åtgärdas”, och diskussionen fördes rätt fritt för att få fram alternativa sätt att tackla problemen. Därpå diskuterades ”2 – bör åtgärdas” men mindre ingående. Slutligen granskades säkerhetsfunktionerna för att se var förbättringar behövdes.

Det sammanlagda antalet förslag blev 63. Tabell 3 visar hur förslagen fördelats på fem huvudsakliga ansvarsområden. Indelningen är ungefärlig, eftersom ett visst förslag kan beröra flera nivåer samtidigt. Den detaljerade listan över förslag kan sedan bearbetas och utvecklas på respektive nivåer. Den utvecklingen ligger utanför denna försöksverksamhet.

Tabell 3 Förslag till åtgärder fördelade på ansvarsområden och på delteman.

Ansvar / Delteman	Antal	
Avdelningen	11	
Länsverksamheten	19	
- Allmänt		6
- Inskrivningsproceduren hos verksamheten		9
- Avvikelsehantering		4
Samverkan med kirurgen	2	
Landstingsnivå	21	
- Allmänt		9
- Hälsodeklarationen		6
- Dokumentation & Läkemedelsjournal		6
Nationell nivå	10	
Summa förslag	63	

Exempel på förslag till förbättringar:*Avdelningsnivå*

- Utredning med helhetsperspektiv om hur man vill ha läkemedelshanteringen
- I rutin: Komplettera med specifika kontroller av läkemedelsjournalen
- Tillgång till farmaceut på avdelningen
- Utred och diskutera olika roller för läkare och sjuksköterskor

Länsverksamheten

- Utred hur tillförlitligheten i dokumenthanteringen kan förbättras
- Utred verksamhetens specifika behov för hälsodeklarationen, ursprungligen tänkt för narkosläkare
- Ta fram en tydlig övergripande processbeskrivning av inskrivning
- Gör en övergripande riskanalys baserat på beskrivningen.
- Avvikelsehantering: Utred hur feedbacken till personer kan förbättras
- Avdramatisera information om personliga misstag, se det som ett stöd att lära sig

Samverkan med kirurgen

- Utred gränssnittet mellan avdelningar och funktioner i ett helhetsperspektiv

Landstingsnivå

- Ta fram gemensam instruktion för läkemedelsjournal på landstingsnivå
- Utred och tydliggör hur Sköta Själv (SS) ska hanteras och ange i rutin
- Ett helhetsperspektiv på synonympreparat behövs, där inte enbart kostnaden är väsentlig. Besparingar vägs mot ökad risk och extra besvär
- Diskutera förändringarna av rollerna för sjuksköterskor och läkare, vilket bör utgå från patientens behov och sättas in i helhetsperspektiv.
- Initiera ett forsknings- och utvecklingsprojekt (ihop med KaU) på temat roller och behov
- Utred om hälsodeklarationen ska revideras

Nationell nivå

- Regler från Socialstyrelsen (SoS) som klarlägger krav på journalhandlingar etc. kopplat till Hälsodeklarationen
- Utred journalföring av ”enkla” fel. Begreppet ”avvikelse” enligt SoS är en allvarlig händelse. Kan man förenkla och avdramatisera (när detta är befogat) ökar benägenheten att notera. (Patienten skräms inte upp och personalen riskerar ej att bli anmäld)

4 Analys av resultat

4.1 Händelsen och dess förklaringar

Det studerade tillbudet föreföll först enkelt och med en okomplicerad förklaring. Den inskrivande läkaren hade ”glömt” att föra över patientens stående ordinationer till läkemedelsjournalen. Det framkom sedan en alternativ förklaring, som innebar att den del av läkemedelsjournalen där ordinationerna står försvann i hanteringen. Ingen av förklaringarna kunde uteslutas, och båda möjligheterna beaktades i den fortsatta analysen.

I analysen är det intressant att den saknade ordinationen inte upptäcktes förrän efter sex dagar vid avdelningen, och detta genom att patienten frågade. Teoretiskt borde detta ha kunnat upptäckas betydligt tidigare, eftersom flera olika personer tagit del av patientens handlingar.

4.2 Samspel mellan aktörer

Vid diskussionerna av tillbudet kom samspelet mellan aktörerna upp på flera sätt. Det är åtskilliga personer inblandade i detta vårdfall, och säkerheten är beroende av deras samarbete.

Patienten

Patientens fråga gjorde att avvikelserna upptäcktes. Diskussionen om detta ledde till åtgärdsförslaget att man vid verksamheten skulle fundera över hur man ytterligare kan uppmuntra patientens aktiva roll.

Ett annat tema är ”Sköta Själv” (SS), som innebär att patienten själv sköter sin medicinering. Detta har både fördelar och nackdelar. Det finns en varierande praxis, och exempelvis behöver man klargöra hur sjuksköterskan ska signera i läkemedelsjournalen vid SS. Ansvarsfrågor blir aktuella när något blir fel. Landstinget behöver här utreda och tydliggöra hur SS ska hanteras och tydliggöra ansvarsförhållandena.

Ett tredje tema som direkt berör patienten är *Hälsodeklarationen*, vilken överför information i båda riktningarna. I det aktuella fallet konstaterades några svagheter, både när det gällde dokumentation och hur säkert det var att patienten verkligen slutat med blodförtunnande medel.

Ett förslag var att landstinget borde utreda om hälsodeklarationen ska revideras. Den bör ses som ett stöd för samspel mellan olika verksamheter och med patienten. Den kunde bli en del av journalhandlingarna, med särskild plats i deklARATIONEN för mediciner som fylls i av patienten, och med datum för ifyllande.

Mellan avdelningar

Samarbetet mellan vård- och kirurgavdelningen fungerade i stort sett väl, men det fanns ändå skäl att fråga om samspelet kunde förbättras. Det fanns därför ett önskemål att utreda gränssnittet mellan avdelningarna och de olika funktionerna i ett helhetsperspektiv, där även hälsodeklarationen berörs.

Mellan yrkesroller

En intressant och viktig diskussion kom upp om yrkesrollerna, särskilt läkare och sjuksköterskor. Det finns stora skillnader mellan individer och mellan avdelningar, och dessutom förändras synen på detta över tiden. I det konkreta fallet handlade det om man skulle förvänta sig att sjuksköterskan skulle kontrollera dokumentationen och att läkaren skrivit rätt ordination. Det finns risker för patienten, om det finns felaktiga förväntningar om vem som granskar.

På avdelningen ville man utreda och diskutera olika roller för läkare och sjuksköterskor med ett kvalitets- och helhetsperspektiv. Konkret skulle detta leda till ett kort PM för avdelningen, där temat vårdideologi och roller belyses. Temat skulle ingå i introduktionsutbildning vid avdelningen, både för läkare och för sjuksköterskor.

Det borde även finnas ett behov vid landstinget att diskutera förändringarna av rollerna för sjuksköterskor och läkare, vilket bör utgå från patientens behov och sättas in i helhetsperspektiv. Det fanns även skäl att initiera ett forsknings- och utvecklingsprojekt på temat roller och behov

4.3 Övrig administration

Läkemedel och läkemedelsjournal

Vid analysen konstaterades svagheter i systemet för läkemedelshantering, och ett åtgärdsförslag var att ta fram en gemensam instruktion för läkemedelsjournal på landstingsnivå. Man bör undvika lokala varianter av instruktioner och benämningar, som kan öka problem vid informationsöverföring mellan enheter. I instruktionen bör kontroll av läkemedelsjournalen beaktas, och den behöver ge riktlinjer för kontrollen.

En korrekt hantering av synonympreparat är väsentlig för patientsäkerheten. Det är därför väsentligt att beakta dessa i instruktionen för läkemedelsjournalen. Landstinget borde utreda hur man får en enkel och säker hantering av synonympreparat - genom hela hanteringskedjan. Ett helhetsperspektiv på synonympreparat behövs, där inte enbart kostnaden är väsentlig. Besparingar behöver vägas mot ökad risk och extra besvär. Det behövs system på olika nivåer som säkerställer att alla berörda får information.

Tillbudsrapportering

Analysen av tillbudet hade visat på problem med avvikelserapporteringen, och man tyckte det behövdes en utredning om hur denna ska se ut vid verksamheten. Där ingår att utreda hur information och återkoppling till berörda personer kan förbättras. Man behöver sätta tidsgränser för detta. Det finns också behov att avdramatisera information om personliga misstag, och se det som ett stöd att lära sig.

5 Slutsatser och kommentarer

Utgångspunkten var ett enkelt tillbud – överföring av patientens stående ordination fungerade inte och det tog flera dagar innan detta upptäcktes och korrigeras. Det visade sig finnas många bidragande förklaringar till detta, varav huvuddelen låg på organisatorisk nivå.

Vid intervjuerna och textanalysen framkom cirka 40 avvikelser/riskfaktorer, varav över 30 bedömdes kräva någon form av åtgärd. Vid granskningen identifierades drygt 50 säkerhetsfunktioner, varav färre än 20 fungerat helt eller delvis. Utredningen pekar därmed på ett förbättringsbehov.

Vid diskussionerna framkom ett sextiotal förslag till åtgärder. Dessa sträckte sig från avdelningsnivå till myndigheter.

En erfarenhet har varit att den använda metodiken fungerade väl för att fånga upp information och att analysera denna. Arbetssättet har varit användbart för att diskutera resultatet, och visade sig ge kreativa och öppna diskussioner för att ta fram åtgärdsförslag.