

# PÅ GODA GRUNDER

## – att göra rätt i alla steg

Handbok i patientsäkerhet och läkemedelshantering



# PÅ GODA GRUNDER

## – att göra rätt i alla steg

Handbok i patientsäkerhet och läkemedelshantering

### **Tips, stöd och goda råd**

- För förskrivare som upptäckt att allt inte fungerar på bästa möjliga sätt i läkemedelskedjan
- För team som vill förbättra patientsäkerheten i läkemedelshanteringen

### **Redaktionskommitté**

Owe Lind, Annmargreth Kvarnefors,  
Ingeborg Franzén, Göran Henriks

Redaktör, Ulla Hanson Green

Grafisk form och illustrationer, Johan Werner



Culturum 2005

<b>Förord</b>	<b>3</b>
<b>Utvecklingsresan – hur det hela började</b>	<b>5</b>
Problem är möjligheter	5
Erfarenhetsresan – från generella till individuella insatser	6
<b>Problemidentifiering</b>	<b>11</b>
Vilka problem och brister kan finnas?	11
Var, när och varför skapas problem och brister?	11
Vilka specifika riskområden kan finnas?	12
Vad är det som brister i teamarbetet ?	12
<b>Viktiga utvecklingsområden</b>	<b>13</b>
Analysera situationer där problem skapas	13
<b>Verktyg som stödjer nya arbetssätt</b>	<b>19</b>
Utveckla en öppen och bra säkerhetskultur	19
Kulturenkät – en temperaturmätare för verksamheten	19
Safety briefing – mötesplats för säkerhetsdiskussioner	20
FMEA-riskanalys – minskar risken för skada	20
ADE metod – synliggör läkemedelsrelaterade skador	21
Händelseanalys för att lära av det som hänt	21
<b>Metoder och verktyg för förbättringsarbete</b>	<b>25</b>
Förbättringskunskap för framgångsrik utveckling	25
Vi har inte råd att inte ha tid	26
Ständiga förbättringar	26
Tvärprofessionellt lärande i team	27
Ledarskapets stöd en avgörande framgångsfaktor	28
Vikten av att sätta mätbara mål och mäta kontinuerligt	28
Värdera genom självskattning	28
Teamarbete – en nödvändighet för patientens bästa	29
Framgångsfaktorer i utvecklingsarbetet	29
Patientmedverkan i utvecklingsarbetet	29
<b>Till sist</b>	<b>33</b>
Vill du veta mer	33
<b>Lästips och länkar</b>	<b>34</b>
Litteratur och rapporter	34
Websidor	35
Föreskrifter och lagar	35
<b>Bilagor</b>	<b>36</b>

# Förord

Aldrig tidigare har det funnits så många, så bra och effektiva läkemedel och så många kompetenta personer kring patienten. Tack vare forskning och vetenskap finns det idag möjlighet att lindra och bota fler sjukdomar än någonsin. Samtidigt uppstår det i vardagen fel och brister och vi finner problem där felaktigt läkemedelsbruk orsakar onödigt lidande i form av biverkningar, skador och död.

2005 kom Socialstyrelsen med en ny föreskrift (*Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i Hälso- och sjukvård SOSFS 2005:12*). Föreskriften är ett uttryck för vikten av att vi behöver bli bättre på att hantera den komplexitet som sjukvården utgör. Trots att varje enskild insats utförs på bästa möjliga sätt kan helheten för patienten bli olycklig. Ett exempel på detta visar en studie gjord i Jönköping 2002, där äldre över åttio år på ett servicehus intar i genomsnitt tolv olika läkemedel, någon har så många som trettiotvå. Ingen vet hur dessa läkemedel totalt sett påverkar varandra.

Resan till en helt säker vård är lång. Flera av oss finner dagligen att vår verksamhet saknar metoder och angreppssätt som bidrar till ändrade rutiner och förbättringar i våra arbetsflöden. Stödsystem som underlättar det korrekta eller bästa möjliga arbetet i vår komplexa verksamhet saknas eller är otillräckliga och i behov av utveckling. Systemsyn, processledning och en djupare förståelse för samspelet mellan patient och behandlare är nödvändig. Hur blir vi ännu bättre på att initiera och stödja förändringar av detta slag?

Redan för cirka 2 500 år sedan formulerade Hierakleitos tanken att allting är i ständig rörelse. Han protesterade mot idén att ett urämne är alltings ursprung. Han hävdade istället att allting flyter och förändras. Därför är det enligt den lärde greken fruktlöst att leta efter lagbundenheter. Vad vi istället behöver fånga är rörelsens riktning och de fundamentala principer efter vilka denna dynamik genereras.

Hierakleitos idé har visat sig särskilt tillämpbar på våra sociala system och förhållanden där kulturen för en förbättrad patientsäkerhet skall växa fram. I vårt utvecklingsarbete kring säkerhetsfrågor har vi funnit att positiv utveckling sker när det finns en dynamisk harmoni mellan aktörerna och ett ledarskap som är bra på att hantera förändring och rörelse. I den miljön finns förutsättningar att en bra säkerhetskultur med patientens bästa för ögonen kan växa fram. Saknas detta blir vardagen lätt fylld av åtgärdsförslag som fastnar i projektplaner som sällan bidrar till verkliga förändringar i vardagsarbetet.

På följande sidor finner du exempel på vad vi i vår utvecklingsresa upptäckt vara extra tänkvärt. Handboken skall fungera som ett stöd i det patientnära arbetet. Konkretiseringsnivån är på flera ställen hög men vi tror att det är just det som är styrkan. Kärleken till detaljerna öppnar dörren för ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Lycka till med ditt!

Göran Henriks

Utvecklingsdirektör, Qulturum



# Utvecklingsresan – hur det hela började

Uppemot femtio procent av alla läkemedel används fel. Var sjunde patient drabbas av läkemedelsrelaterade skador. Under det första halvåret 2005 tog svenskarna nästan sjuhundra tusen doser lugnande medel och sömnmedel per dag. Felmedicinering kostar förutom stort mänskligt lidande minst tio miljarder kronor per år i Sverige.

## Problem är möjligheter

Exemplen ovan är hämtade från några av Sveriges stora morgontidningar och ger en vink om vilka fel och brister som kan förekomma i läkemedelskedjan. Flera rapporter ger liknande exempel och debatten är periodvis hög i medierna. Visst både kan och vill vi som arbetar inom hälso- och sjukvård åstadkomma bästa möjliga – men hur ska det gå till? Vi som redan har fullt upp med alla krav och förväntningar. Hur ska vi orka? Hur ska vi hinna?

Tanken med denna handbok i patientsäkerhet och läkemedel är inte att presentera den universella sanningen, den ska vara en inspiration för dig som arbetar med läkemedel att se problem som möjligheter. Ofta kan man finna enkla vägar till bättre resultat men ibland behövs det en mer genomgripande förändring. Förändringar har inget egenvärde i sig. En förändring måste alltid leda till en förbättring som gynnar den vi arbetar för; patienten!

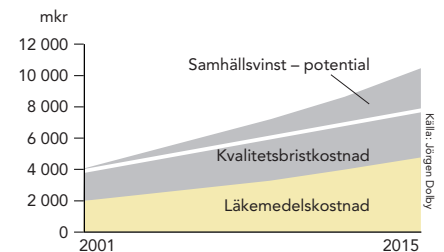
Oavsett vilken yrkesgrupp du tillhör, läkare, farmaceut eller sjuksköterska, kan du själv bidra med idéer till att lösa problem och brister.

Patientsäkerhet är en central del av kvaliteten i hälso- och sjukvård, det finns lagar och förordningar som reglerar hur läkemedel ska förvaras, ordinerar och överlämnas till patienten. Trots detta utgör nästan trettio procent av alla Lex Maria-ärenden fel som uppstår i samband med läkemedelsanvändning. Förutom det personliga lidandet är kvalitetsbristkostnaderna mycket stora. De uppskattas vara i samma nivå som läkemedelskostnaderna i sig. Genom att se över och förbättra våra arbetsmetoder kan dessa bristkostnader halveras enligt flera av varandra oberoende analyser.

En av flera förklaringar till att brister och problem uppstår är komplexiteten i systemet. En annan förklaring är att det finns förhållandevis lite forskning om hur läkemedel används av patienten i det dagliga livet. Det finns ett behov av att synliggöra och öka medvetenheten om detta.

## Nytt tänkande och nytt angreppssätt

Huvudmän inom hälso- och sjukvård söker användbara strategier och erfarenheter från andra branscher. Detta uttrycker ett behov av nya angreppssätt för att komma till rätta med de risk- och säkerhetsproblem hälso- och sjukvården brottas med. Syndabockstänkandet – individfokus, är



Det finns potentiella vinster att göra om man lyckas bryta trenden med de ökande kvalitetsbristkostnaderna.

## att fundera över

### Kan kommunikationen vara en svag länk?

Fundera över hur kommunikationen på din arbetsplats fungerar:

- mellan olika professioner, med patienten
- mellan läkare och patient vid förskrivning
- mellan läkare och sjuksköterska vid receptförnyelse
- mellan olika vårdnivåer vid övergångar
- vid överlämnandet till ny huvudman

ett förhållningssätt som alltmer övergivits till förmån för ett systemtänkande. Individerna är sällan den huvudsakliga bakomliggande orsaken till händelser. I stället rör det sig ofta om brist på rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap och organisation (*Händelseanalys 2005*).

Fel och brister i samband med läkemedelsanvändning kan finnas i hela läkemedelskedjan, se bilaga 1. Att finna en modell som leder till en större trygghet för patient och medarbetare är angeläget. Många fel kan förebyggas genom ett mer systematiskt angreppssätt, genom att nya rutiner tillämpas i samband med förskrivning och uppföljning och genom att hitta nya former för samverkan mellan professioner och organisationer. Att använda sig av personer med specialistkompetens, exempelvis apotekare, kan bidra till att förebygga läkemedelsrelaterade fel. Erfarenheterna visar, i internationella studier och inom Landstinget i Jönköping, att ett samarbete på systemnivå mellan sjukvård och farmaci leder till positiva resultat.

## ett exempel

### Lyckat samarbete mellan farmaci och sjukvård

Sedan 2001 arbetar en apotekare vid Gislaveds vårdcentral med att stimulera vårdpersonal till nya arbetssätt, arrangera utbildningar, bistå personal med rådgivning samt genomföra läkemedelsgenomgångar med patienter. Detta är unikt i landet och visar att ett nära samarbete mellan apotekare, primärvård och patienter bidrar till att identifiera och lösa läkemedelsrelaterade problem. I Sverige är ett sådant samarbete tyvärr relativt begränsat. I ett internationellt perspektiv är samverkan över organisationsgränser vanligare (*Nordling, Anell, 2003*).

### Erfarenhetsresan – från generella till individuella insatser

Owe Lind, före detta ordförande i Läkemedelskommittén, Landstinget i Jönköpings län, beskriver i följande fyra punkter det utvecklingsarbete som ligger till grund för dagens arbete med läkemedel och patientsäkerhet så här:

- **Förhistorien**

Sedan läkemedelsreformens start 1997 har Läkemedelskommittén, som består av representanter för Landstinget i Jönköpings län och Apoteket, drivit ett utvecklande arbete inom läkemedelsområdet. Det startade med Läkemedelsdialogen 1998–99. Fokus låg vid denna tid huvudsakligen på läkemedelsförskrivningsstatistik, upphandling och budgetfrågor. Årlig rekommendationslista, kriterier för förskrivning med uppföljning utarbetades och expertgruppernas arbete intensifierades och utökades. Under denna period var huvudfokus på rätt förskrivning och utbildningsinsatser.

- **Se hela läkemedelskedjan**

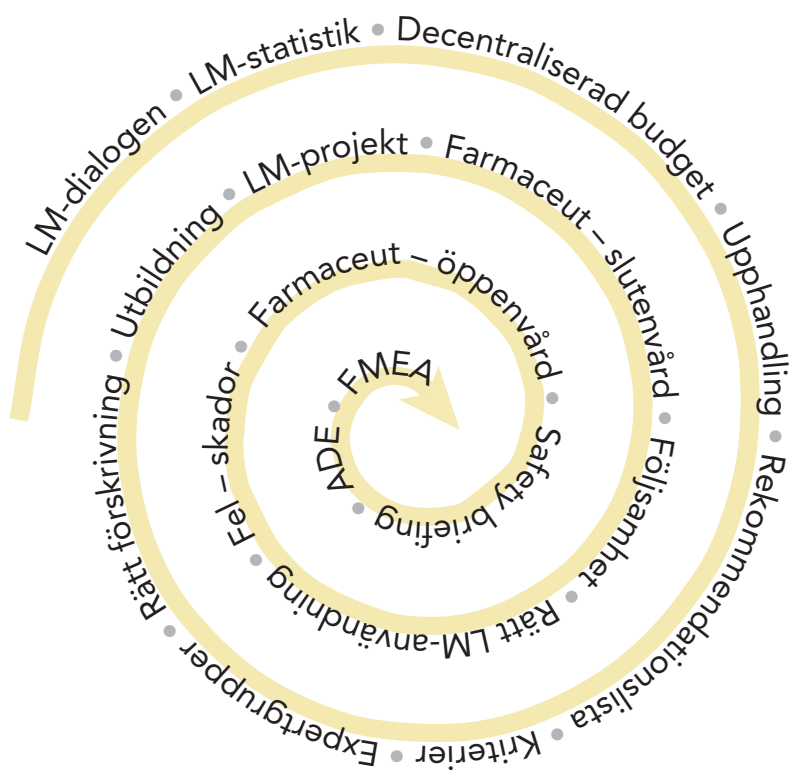
Med detta som plattform har Qulturum, Apoteket Qulturum och Läkemedelskommittén genomfört ett omfattande arbete för att utveckla kvalitet och säkerhet i läkemedelsanvändningen. Ett av resultaten är farmaceutisk kompetens, först i slutenvården och i ett senare skede på försök även inom delar av öppenvården. Medverkan av farmaceuter i öppenvården har bidragit till goda kunskaper och erfarenheter. Efter hand har arbetet med frågor rörande följsamhet varit viktiga. Det stod tidigt klart att behov fanns att fokusera på ett vidare begrepp: en bra och rätt läkemedelsanvändning med iakttagande av hela läkemedelskedjan.

- **QLIPS och andra program**

Ny kunskap och inspiration erhöles vid deltagande i IHI:s (*Institute for Healthcare Improvement*) QLIPS-projekt (*Quantum Leaps in Patient Safety*) 2001 – for okad patientsakerhet med fokus pa lakemedelsanvanding. Nyttan av detta arbete kan inte nog betonas. Efter QLIPS-projektet har lakemedelsrelaterade program drivits i team under rubriken *Bra lakemedelsanvanding I* och *Bra lakemedelsanvanding II* foljt av *Patientsakerhet och lakemedel 1*. Under resans gang har flera saval store som mindre utvecklings- och forbatteringsarbeten lett till positiva konsekvenser for patienter och medarbetare.

- **Att upptacka och forhindra lakemedelsskador**

Genom nya larodomar fran QLIPS har en kontinuerlig matning pa systemnivaa av lakemedelsrelaterade negativa händelser inom slutenvarden vidareutvecklats; den sa kallade ADE-metoden (*adverse drug events*). ADE-matningen visar pa var de store riskerna for skador finns. Med hjalp av riskanalysinstrumentet FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) kan kartlaggning ske av hur skador kan undvikas i framtiden. Verktugen finns narmare beskrivna i kap 4.



Källa: Owe Lind

Erfarenhetsresan – en kunskapsutveckling inom lakemedelsomradet i Landstinget i Jonkopings lan.





# Problemidentifiering

Problem och brister i samband med läkemedelsterapi är i första hand beroende på hur läkemedel används och hanteras av läkare, sjuksköterskor och patienter. I detta avsnitt exemplifieras problem och indikatorer som kan användas för att komma igång med utvecklingsarbetet.

## Vilka problem och brister kan finnas?

Undersökningar visar att åtta till tio procent av inläggningar på medicinklinik beror på felaktig läkemedelsanvändning. Felexpedition, feldosering och förväxling kan ske i pressade situationer. Kostnader för felanvända läkemedel är omfattande och medför merkostnader för inläggning, besök på akutmottagningar och vårdcentraler. Dessa kostnader är ungefär lika stora som kostnaderna för läkemedlen i sig.

Något är fel – men vad? Vilka är problemen kopplade till patientsäkerhet på din arbetsplats? Ett bra utvecklingsarbete har sin utgångspunkt i egna frågor, dem som vi dagligen brottas med på vårt arbete. Vad är det vi faktiskt behöver och vad kan vi bli bättre på? Värdera under läsningen vilka av de listade problemen eller indikatorerna som stämmer överens med din vardag och verklighet. Genom att söka svar på frågorna i detta kapitel kan ett utvecklingsområde ringas in. Lägg gärna till och dela med dig av egna exempel från den verksamhet du representerar.

## Var, när och varför skapas problem och brister?

Problem och brister i läkemedelsanvändningen finns överallt inom sjukvårdssystemet – på vårdcentraler, kliniker och äldreboenden, etcetera. Kopplingen mellan felet och dess orsak är inte alla gånger tydlig och problem dyker sällan upp där de skapats. I nästa kapitel fördjupar vi oss i denna fråga och presenterar en analysmodell till hjälp vid avgränsning av teamutvecklingsarbete. Problem uppstår ofta

- A vid patientmötet – konsultationen
- B vid receptförnyelsen
- C vid uppföljningen
- D på grund av förskrivarens och patientens attityd
- E då alternativ till läkemedel inte beaktas

## att fundera över

### Riskområden

Fundera på hur detta kan undvikas genom ett annat arbetssätt: Patient med välbehandlad hjärtsvikt får trauma/benskada och söker akut. Vårdcentral ordinerar NSAID som ger njurpåverkan, vätskeretention och livshotande lungödem. Vid analys utifrån ovan nämnda riskområden finner man flera risker: söker akut, ny diagnos och ny vårdgivare.

## ett exempel

### Undvik förväxling

Några exempel på förändringar som genomförts vid barnklinik för att undvika förväxlingar vid läkemedelshantering.

- Endast en styrka
- Liknande förpackningar separerades
- Hylla målades röd för speciella läkemedel som en påminnelse om dubbelkontroll i samband med beredning
- Färgade sprutor med annan luerfattning för per.os bruk infördes för att undvika förväxling mellan enterala och parenterala infarter.

## Vilka specifika riskområden kan finnas?

Problem och brister i läkemedelsanvändningen kan ske överallt men i vissa situationer är risken större. Dessa så kallade riskområden är ganska väl dokumenterade, många situationer kan dessutom vara av lokal natur. Exempel på riskområden är:

- I samband med prematurfödslar
- Patienter som är över 65 år
- När fler än fem läkemedel intas
- Vid användande av högriskläkemedel i öppen- och slutenvård
- Om det finns fler än tre läkare runt patienten
- När patienten byter vårdgivare/vårdnivå
- Vid uteblivet patientmöte
- Vid nyttillkommen diagnos/behandling
- När patienten söker akut
- När förväxlingsrisk finns

### Egna exempel

---

---

---

## Vad är det som brister i teamarbetet ?

Vikten av teamet kan inte nog poängteras. Att patienten skall ha en självklar plats i teamet glöms ofta bort. Exempel på brister i teamarbetet är:

- Patientens medverkan saknas
- Läkarmedverkan saknas
- Farmaceutmedverkan saknas
- Sjuksköterskemedverkan saknas
- Andra professioner som bör ingå i teamet saknas: till exempel sjukgymnast, psykolog, kurator?
- Gemensam kompetensutveckling saknas
- Utvecklingsarbete saknas
- IT-stöd saknas

### Egna exempel

---

---

---

Lined writing area consisting of 20 horizontal yellow lines.



# Viktiga utvecklingsområden

Med erfarenhet och kunskap om var, när och varför problem och brister skapas kan vi gå vidare och finna ett lagom avgränsat utvecklingsområde att arbeta med i teamet.

## Analysera situationer där problem skapas

Med tanke på att läkemedelsrelaterade problem kan initieras i hela läkemedelskedjan är det viktigt att arbeta tvärprofessionellt i team där läkare, sjuksköterska och farmaceut ingår. För att ta sig an problem som uppstår vid bristande läkemedelsanvändning kan man analysera förskrivning och användning genom att välja något av följande alternativ:

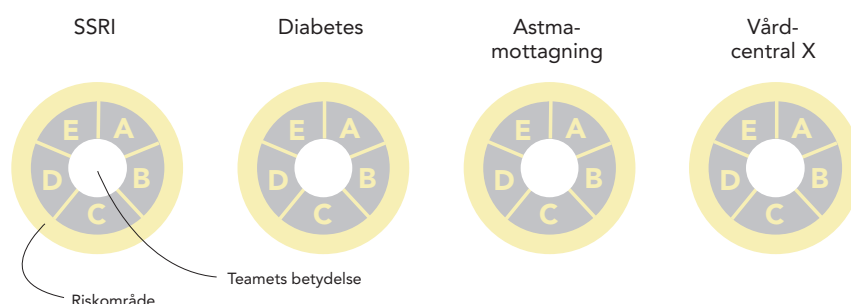
- Ett specifikt läkemedel, ex SSRI
- Vid en specifik diagnos, ex Diabetes
- Vid en specifik mottagning, ex Astmamottagning
- Vid en specifik verksamhet/klinik, ex Vårdcentral X

Denna analys kan göras utifrån följande fem situationer och aktiviteter, där kunskap finns om att problemen skapas:

- A Patientmötet/konsultationen
- B Receptförnyelsen
- C Uppföljningen
- D Förskrivares och patients attityd
- E Alternativ till läkemedel har ej beaktats

För att än mer avgränsa sig kan ytterligare två dimensioner läggas till. Dessa kan tillämpas i fördjupningssyfte från A till E:

- Riskområden
- Teamets betydelse



## två exempel

### Exempel på frågor utifrån analysmodellen

Vilka är riskområdena vid receptförnyelse av ett specifikt läkemedel?

Vad kan teamets betydelse i samband med alternativ till läkemedel innebära vid vårdcentral X?

Med hjälp av denna analysmodell har du möjlighet att identifiera ett område där utvecklingsarbete kan bedrivas.

## A Patientmötet/konsultationen

Ofta finns det alltför dåligt med tid för att studera en komplex läkemedels-situation. Bristande underlag vad gäller medicinlistor med mera kan vara en orsak till uppkomsten av fel. Patienten har inte alltid tillräcklig kontroll över situationen. Flera läkare kan vara engagerade från olika specialområden, men också från olika vårdnivåer. Det kan göra det hela svåröverskådligt.

Områden för analys:

- Finns det tillräckligt med tid avsatt för mötet?
- Är konsultationen förberedd?
- Är laboratorieprov tagna?
- Följs biverkningar upp?
- Är laboratoriesvar tillgängliga?
- Finns det en aktuell läkemedelslista?
- Använder patienten naturläkemedel/naturmedel?
- Är patienten undersökt?
- Är patienten informerad/kunnig om sitt läkemedel?
- Finns det indikation för läkemedlet?
- Finns det utvärderingar av läkemedlets effekt?
- Är provförpackning ett alternativ?
- Finns läkemedlet på rekommendationslistan?
- Är läkemedelsterapin enligt EBM:s riktlinjer/vårdprogram/SoS kvalitets-indikatorer?
- Har patientens identitet kontrollerats?
- Finns det störningar i samband med läkemedelsdelning eller överlämning?

### ett exempel

#### I Gislaved arbetar apotekare i nära samarbete med läkare

Tillsammans går patient och apotekare igenom läkemedelslistor, eventuella problem etc. Kontroll av lab.listor som behövs för ett optimalt läkarbesök. Vid behov lämnar apotekaren förslag till förändrad medicinering till läkaren.

### Egna Exempel

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## B Receptförnyelsen

Cirka trettiofem procent av all receptförnyelse sker utan patientkontakt (*Qulturum, Apotekets rapport 2004:2 och 2004:3*). Det innebär att det i de fallen inte ges möjlighet till förnyad analys, utvärdering och intervention.

Områden för analys:

- Hur mycket av receptförnyelse görs utan patientkontakt?
- Patientkontakten – hur går den till?
- Finns det något nytillkommet läkemedel?
- Finns det någon ny förskrivare?
- Utvärderas
  - effekt?
  - biverkningar?
  - dosjustering?
  - indikation?
  - laboratoriedata?

## Egna Exempel

---

---

---

## C Uppföljningen

Läkemedelsanvändningen är för patienten ofta en lång och komplex kedja av processer och funktioner; diagnos, rätt terapi och rätt läkemedel. Bristerna i samband med läkemedelsanvändning sker ofta i steget efter förskrivning. Det vill säga i en bristande uppföljning och utvärdering av insatt läkemedel.

Områden för analys:

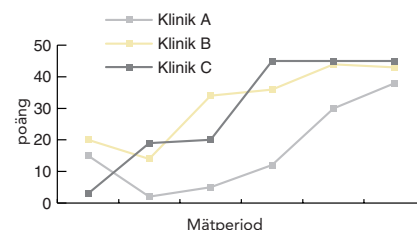
- Hur ofta utvärderas insatt läkemedel?
- Hur fungerar uppföljning av laboratoriedata?
- Vilka ingångar finns för patienten i systemet?
- Hur fungerar kommunikationen vid
  - återbesök?
  - telefonkontakt?
  - e-postkontakt?
  - sjuksköterskekontakt?
  - farmaceutkontakt?
  - läkarkontakt?

## Egna exempel

---

---

---



Tre kliniker hade som mål att alla eventuella biverkningar i samband med cytostatikaanvändning skulle värderas enligt ett skattningsformulär och dokumenteras. Maxvärdet var fyrtiofyra poäng som också sattes som målvärde. Resultatet visar att alla tre var mycket nära måluppfyllelse vid avslutat projekt.

## ett exempel

### Uppföljning av SSRI

I Huskvarna och Habo undersöktes på vårdcentral hur fortsatt behandling med SSRI följdes upp och utvärderades. Genom kontakt med och uppföljning av sjuksköterska och farmaceut lyckades man med framgång sätta ut preparatet på fjorton av tjugotvå patienter.



## D Förskrivares och patients attityd

Attityd till läkemedel och till olika sätt att se på symptombehandling har stor betydelse. Patienten ser ofta medicinering som den säkraste vägen till förbättring och misströstar lätt om läkaren inte skriver ut ett recept. Attityd kan också gälla ett naturvetenskapligt eller humanistiskt perspektiv på att bota – medicin kontra lindring och tröst, eller attityd till patientnytta, livskvalitet och kostnader.

Områden för analys:

- Analysera och bedöm attityd hos förskrivare och patient avseende
  - läkemedel
  - symptombehandling
  - alternativa behandlingsmetoder

## Egna exempel

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ett exempel

### En livsstilsförändring är effektiv

Hans Lingfors, distriktsläkare i Habo, är en av de mest namnkunniga läkarna i landet när det gäller livsstilsfrågor. Han ger exempel på flera undersökningar som visar hur stor betydelse kost och motion har för hälsan. En halvtimmes promenad om dagen är lika effektivt som blodtryckssänkande preparat, och risken att insjukna i diabetes minskar med sextio procent om man äter sund mat och motionerar.

## E Alternativ till läkemedel

Alternativ behandling till läkemedel finns inom flera områden. Ställningstagande till alternativa behandlingsmetoder bör ske vid varje läkemedelsbehandling. Vår attityd till alternativa behandlingsmetoder, till exempel livsstilsförändring, är viktig. En livsstilsförändring kan många gånger vara mer effektiv än läkemedel. Detta är en punkt man gärna kan lägga lite mer energi på. Flera alternativ till traditionell behandling har visat sig vara effektiva, ha få biverkningar och är dessutom ofta billiga. Ett bra exempel på detta är FAR, fysisk aktivitet på recept.

Exempel på områden för analys:

- Hjärt- och kärlsjukdom, övervikt och diabetes
  - livsstilsförändring
  - kostförändring
  - fysisk aktivitet

- Lindrig depression
  - samtalsterapi med kurator/psykolog
  - fysisk aktivitet
- Smärta
  - akupunktur
- Sömnbesvär
  - sömnhygieniska åtgärder
  - akupunktur
  - fysisk aktivitet
- Oro, ångest
  - samtal, kognitiv beteendeterapi, med mera
- Rhinosinuit
  - exspektans och uppföljning enligt STRAMA

## ett exempel

### Byte av vårdnivå

Patienter som läggs in på sjukhus fråntas regelmässigt eget ansvar för sin medicinering. Försök pågå nu att låta patienten ha kvar ansvaret för medicinering under sjukhusvistelsen.

Patientkommentar: – Det är bra, då kan jag följa mina rutiner som jag är van vid. Jag vet att jag får rätt medicin och slipper kolla varje gång vad det är jag får.

### Egna exempel

---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Analys utifrån Riskområden

Ytterligare en dimension i utvecklingsarbetet är att analysera utifrån riskområden, det vill säga situationer där vi vet att fel ofta uppstår. Se exempel i kap 2.

### Analys utifrån Teamets betydelse

Patienten bör ingå som en självklar deltagare i teamet. Patientens aktiva medverkan är en förutsättning för en säker läkemedelanvändning. Alla teamets kompetenser ska medverka för ett bra resultat. Se exempel i kap 2.







# Verktyg som stödjer nya arbets sätt

I arbetet med patientsäkerhet och läkemedel har vi god hjälp av standardiserade verktyg och metoder som bidrar till att skapa bättre kliniska resultat, säkrare system och stödjande miljöer i utvecklingen av en öppen och bra säkerhetskultur.

## Utveckla en öppen och bra säkerhetskultur

Det som utmärker nedan beskrivna metoder är att de inte fokuserar på enskilda medarbetares tillkortakommanden utan snarare på hur systemet är utformat – det vill säga, hur vi förflyttar oss från en straffande till en stödjande säkerhetskultur.

Metoder och verktyg som vi rekommenderar är:

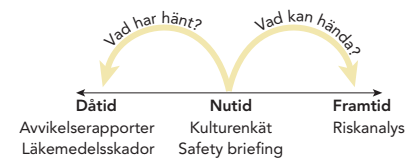
- Kulturenkät
- Safety briefing
- FMEA-riskanalys (Failure Mode and Effects Analysis)
- ADE (Adverse drug events)

Det är bra att börja med kulturenkäten där alla medarbetare involveras. Därefter känns det ofta naturligt att aktualisera och pröva angreppssättet safety briefing.

FMEA är ett verktyg för riskanalys som synliggör komplexiteten i läkemedels- och patientsäkerhetsarbetet. ADE skapar förutsättningar för att se sådant som vi bara har anat, men som vi inte säkert vet förekommer.

## Kulturenkät – en temperaturmätare för verksamheten

En säkerhetskultur kan ses som en temperaturmätare på vikten av säkerhetsarbete, chefens engagemang och benägenheten att rapportera ej önskade händelser, avvikelser och skador i verksamheten. En kulturenkät kan användas på minst två sätt, dels som ett diagnostiskt verktyg med vars hjälp man kan mäta hur säkerhetskulturen förändrats, antingen vid ett enskilt tillfälle eller regelbundet återkommande; dels som medel att skapa dialog och ökad medvetenhet kring säkerhetsfrågor. Den kan också vara en hjälp i att gå från en straffande till en stödjande kultur. Enkät och lathund för genomförande finns i bilagorna 2 och 3. Anpassa dem efter dina förhållanden.



Verktyg för lärande.

## några tips

### Kulturenkät

Efter det att undersökningen genomförts och sammanställts kan ni på en arbetsplatsträff gå igenom resultatet och reflektera över följande:

- Varför det ser ut som det gör.
- Om det är något som ska förändras i rutinerna för uppföljning.
- Om enkätstudien ska genomföras på nytt om ett halvår eller ett år.
- Om safety briefing eventuellt är en metod som ska testas.

## några tips

### Safety briefing

- Testa verktyget först under några dagar i en liten grupp.
- Följ upp vid arbetsplatsträffen vilket värde man upplevt.
- Bestäm efter genomförd testperiod när det är dags för nästa.

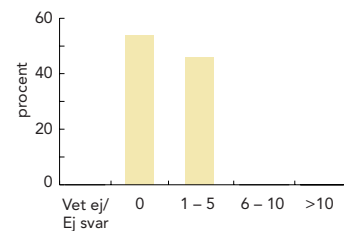
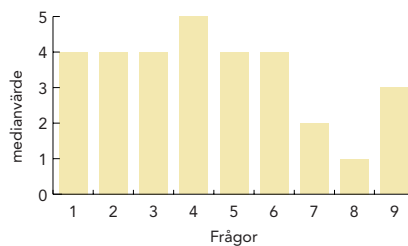
En klinik besvarade kulturenkäten, medianvärdet är högt och visar att medarbetarna upplever att det finns ett tillåtande klimat. Två frågor fick lägre poäng, dessa avser huruvida man känner till antalet avvikelser enheten har och om ett forum för att lära av dessa avvikelser finns.

Kliniken testade vid två tillfällen safety briefing. Ungefär var tredje sjuksköterska kunde under en period av fjorton dagar rapportera en nära miss.

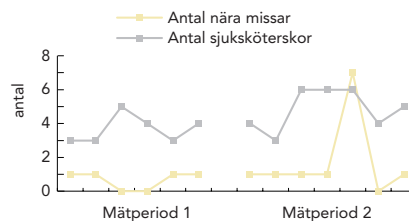
## Safety briefing – mötesplats för säkerhetsdiskussioner

Safety briefing, eller säkerhetssamtal, är ett stödverktyg för att leda samtal i personalgruppen med fokus på att dela med sig av nära missar, relaterade till det dagliga vårdarbetet. Med nära missar menas en iakttagelse eller situation som kunde ha lett till en händelse med risk för patientskada. Verktyget öppnar upp för dialog om vardagsarbetet och om hur vi kan minska risker genom nya arbetssätt.

Det innebär att medarbetarna på en arbetsplats träffas högst tio minuter vid slutet av arbetspasset och berättar för varandra om nära missar som inträffat under dagens arbete. En person ansvarar för dokumentation och efter en testperiod om sju till tio dagar görs en uppföljning. Man kan använda sig av en enkel dokumentationsmall, se bilaga 4.



När samma klinik fick besvara frågan om hur många avvikelser man rapporterat är det endast cirka fyrtiofem procent av alla som någon gång skrivit en rapport.



## några tips

### FMEA-verktyget

- Enas om att starta med en väl avgränsad process som ni vill arbeta med.
- Beskriv i detalj alla processteg
- Låt alla i teamet bedöma vilka steg som finns och vilka de tänkbara riskerna är.
- Poängsätt tillsammans – det som bedöms som en liten risk för en yrkesgrupp kan vara en betydligt större risk för en annan.

## FMEA-riskanalys – minskar risken för skada

FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) är ett förebyggande riskanalysverktyg. FMEA har funnits sedan 1940-talet då det utvecklades av militären för att kunna göra riskanalyser i olika krigssituationer. Verktyget är numera väl beprövat i civil högriskindustri och har senare utvecklats och anpassats efter sjukvårdens förutsättningar.

FMEA baseras på en matematisk modell för att identifiera, förebygga och prioritera risker. Det används för att upptäcka brister i processer innan skada uppstår. Målet är att minska risken för skada framförallt inom högriskområden. FMEA innebär riskanalyskattning vilket ska ske på ett strukturerat och systematiskt sätt. I bilaga 5-8 finns en detaljerad beskrivning av arbetsgången samt de tabeller och skattningsskalor som används.

## ADE – synliggör läkemedelsrelaterade skador

ADE står för Adverse drug event eller skadlig läkemedelhändelse. Verktuget är framtaget och utvecklad på ett antal sjukhus i USA i samverkan med IHI (*Institute for Healthcare Improvement*), för att på systemnivå mäta skador av läkemedelsanvändning. ADE fångar upp skador som för närvarande inte rapporteras i befintliga incident- eller avvikelshanteringssystem. Verktuget synliggör därmed dolda problem med läkemedelsrelaterade skador.

ADE ger ett mått på säkerhet och kvalitet i läkemedelsanvändning på systemnivå. Med systemnivå menas till exempel ett sjukhus. Genom att systematiskt göra mätningar över tid erhålls systemets status gällande kvaliteten i läkemedelsanvändningen. ADE handlar dock inte enbart om att mäta, utan syftar framför allt till att utveckla och lära och ger en kartbild över var problemen finns. Det visar hur stabil skadeprocessen är, identifierar riskområden samt gör medarbetarna medvetna om problemen. Med detta som grund kan förbättringsarbeten utföras. Nya mätningar bidrar till kunskap om insatserna lett till signifikanta förbättringar.

Verktuget baseras på en statistisk modell och kräver ett standardiserat förfaringsätt. Vid ett sjukhus granskas tjugo slumpvis utvalda journaler retrospektivt varje månad. Kriterier för att ingå i slumpningen är att patienten varit inneliggande i minst fyrtioåtta timmar. Journalgenomgången skall vara standardiserad och ta max tjugo minuter. Under den tiden skall antalet doser räknas, triggers skall ha identifierats och eventuell ADE konstaterats. I bilaga 9 återfinns ett formulär som används där bland annat erfarenhetsbaserade triggers finns uppställda. Vidare skall allvarligheten av ADE klassas från skalan *tillfällig skada* till *bidragit till död*. En sammanräkning görs därefter och antal ADE per tusen doser räknas fram. En beräkning görs även på procentuell andel patienter som drabbas av en ADE.

## Händelseanalys för att lära av det som hänt

Då en händelse inträffat, som medfört att en patient kommit till allvarlig skada kan en händelseanalys utföras. Analysen ger förståelse för hur och varför händelsen inträffade samt ger värdefull information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas. En händelseanalys mynnar alltid ut i konkreta åtgärder till en förbättrad patientsäkerhet. (*Händelseanalys – handbok för patientsäkerhetsarbete*).

## några tips

### ADE-verktuget

- Ta triggerformuläret i bilaga 10 och gå igenom vilka triggers som känns relevanta för den verksamhet ditt team representerar. Komplettera eventuellt med ytterligare några triggers.
- Välj ut ett antal journaler, till exempel fem, och granska dessa, använd samma metod som rekommenderas. Max tjugo minuter per journal, notera triggers, finns någon ADE?
- Upprepa detta vid några tillfällen. Använd resultatet som underlag till diskussion i arbetslaget.





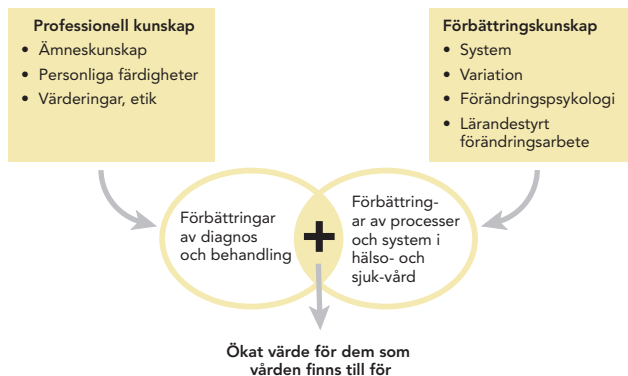
# Metoder och verktyg för förbättringsarbete

Traditionellt utvecklas vården genom att respektive profession förbättrar sina metoder. Det finns också kunskaper och färdigheter utöver de rent yrkesrelaterade som är väsentliga för hur vården utformas och uppfattas av patienterna. Denna kunskapsutveckling har vården ännu så länge inte uppmärksammat i tillräcklig omfattning.

## Förbättringskunskap för framgångsrik utveckling

Det finns behov av ökad kunskap om och tillämpning av förbättringskunskap. Förbättringskunskap omfattar kunskap om system, förändringspsykologi, variationer och det vi avser med lärandestyrt förändringsarbete (*Gör och lär 1998*). För att åstadkomma förändringsarbete är nedanstående fyra utgångspunkter av avgörande betydelse, System, förändringspsykologi, variationer och lärandestyrt förändringsarbete.

- Utifrån *systemperspektivet* arbetar ingen i vården i ett isolerat vakuum. Alla delar är beroende av ett större sammanhang. Ett *system* är en helhet vars delar agerar och interagerar med varandra och omgivningen. En förändring i en del påverkar alltid helheten.
- Att genomföra förändringar, överge gamla tankesätt, uppnå hög delaktighet och samverkan är nödvändigt i dagens och morgondagens hälso- och sjukvård. Det underlättas om det finns en insikt och kunskap om gruppdynamiska mekanismer och *förändringspsykologi*.



*Vi har alla två jobb: att göra vårt arbete idag och att förbättra det inför framtiden.*

## ett citat

– Vi har alla två uppdrag att sköta. Det ena utgår från den egna professionen. Är jag till exempel läkare, då gör jag det som en läkare med min specialitet förväntas göra. Är jag sjuksköterska gör jag en sjuksköterskas uppgifter. Det andra jobbet vi alla har är att ständigt förbättra, utveckla och förmedla inför morgondagen... ..det är de ständiga förbättringarna som gör att vi kan fortsätta att ge bra vård. Stannar vi upp och slår oss till ro med hyggliga resultat kommer vi snart att upptäcka att vi är i otakt med våra patienters behov och krav på oss.  
*Sven-Olof Karlsson, Landstingsdirektör, Landstinget i Jönköpings län*

- Vad är normala *variationer* i vår verksamhet? Hur stora variationer kan accepteras? En del variationer beror på slumpen, andra inte, hur vet man vilket som är vilket? Genom att mäta variationer över tid kan vi få en uppfattning av dess karaktär. Finns det en grundorsak som vi kan analysera och påverka? Vi behöver mer kunskap om variationer och hur man analyserar dem för att förbättra vården för patienten.

- Inläring handlar något förenklat om att ta till sig på förhand given kunskap eller fakta i planerade inläringssituationer. Lärande däremot avser bearbetandet av egna iakttagelser och information så detta blir till en ny kunskap specifik för individen. Ofta avses det informella lärandet som sker i vardagslivet och arbetet. Vi drar helt enkelt lärdom genom att reflektera över våra egna handlingar och upplevelser. Den grundläggande tanken i *lärandestyrt förändringsarbete* är att handling och reflektion varvas. Man prövar förändringar i små steg och lär sig av erfarenheterna innan man går vidare med nästa steg i förändringsarbetet.

## ett citat

Knowing is not enough; we must apply. willing is not enough; we must do! Goethe

### Vi har inte råd att inte ha tid

Inom hälso- och sjukvård finns en mycket god klinisk kompetens. Nya kunskaper finns väl dokumenterade och utbudet av tidsskrifter och artiklar som förmedlar dessa är omfattande. Ändå finns det ett gap mellan dokumenterad kunskap och vardagens kliniska arbete. Vår utmaning är att hinna med allt som måste göras. Vi för en ständig kamp mot tiden. Bra förändringar leder oftast till förenklingar och ibland till tidsvinst vilket möjliggör ett mer effektivt arbete. Utan tid för reflektion, dialog och moderna verktyg är risken stor att förändringar genomförs förhastat (*Strindhall Pettersson, m. fl. 2005*).

### Ständiga förbättringar

För att hantera denna problembild har statistikern Tom Nolan arbetat fram en modell för kontinuerligt förbättringsarbete, den så kallade PGSA-cykeln, som är baserad på Edward Demings kvalitetsteori (*Deming, 1994*). PGSA-cykeln består av de fyra faserna: Planera, Göra, Studera, Agera. Grundläggande för metoden är att förändring och lärande sker genom så kallat aktionsbaserat lärande. Ett förbättringsarbetes utgångspunkt är därför teamets egna angelägna utvecklingsfrågor. Det handlar inte om en traditionell utbildning där sakkunskap skall läras ut, utan om att etablera en plattform där teamet får stöd i form av systematisk reflektion, erfarenhetsutbyte samt direkt handledning kopplad till det egna utvecklingsarbetet.

Modellen är tillämpbar inom flera områden och innebär en hjälp att systematiskt pröva förändringar och följa upp om förändringen verkligen leder till den förbättring man vill uppnå. Förändringarna testas i liten skala för att bli mer hanterbara. Arbetet med PGSA-cykeln kan struktureras steg för steg med hjälp av en frågemall (*bilaga 10-11*). När en cykel är genomförd har mallen blivit ett protokoll. Teamen hinner under utvecklingsarbetet genomföra flera PGSA-cykler.

## Förbättringsarbetet utgår från tre frågor:

- Vad vill vi uppnå? – sätt mål!
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring? – mät!
- Vilka förändringar resulterar i förbättringar? – testa!

### Planera

Teamet planerar förändringsarbetet och sätter mål. Vad vill vi uppnå? Hur kan vi veta om en förändring är till det bättre? Hur ska vi mäta? Hur ska testen genomföras? Vad behöver vi veta innan testen påbörjas? Vem gör vad, var och när? Hur ska datainsamling ske? Det är viktigt att alla i teamet är överens om hur arbetet ska bedrivas.

### Gör

Förändringen som planerats genomförs och effekterna mäts. Svårigheter och oförutsedda effekter beskrivs. Avvikelse från den ursprungliga planen ska noteras. För att slå fast att vägen är den rätta registreras mätningar och testjournaler används som underlag för analysen.

### Studera

Data studeras och analyseras. Jämför resultaten med er hypotes och sammanfatta vad ni lärt. Var förändringen en förbättring? Kanske måste man nu gå tillbaka till planeringsfasen och ändra något och eventuellt göra en ny test. På så sätt provar man sig fram till en förändring som leder till förbättring.

### Agera

Vilka slutsatser kan dras av testerna? Behöver de testas i större skala? Vilka förändringar behöver göras mot bakgrund av de resultat testen visade? Hur ser spridningsplanen ut för alla de goda idéer som teamet kommer fram till.

## Tvärprofessionellt lärande i team

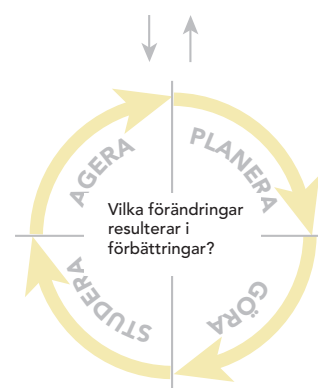
Vår erfarenhet är att det bästa sättet att bedriva utvecklingsarbete är att i tvärprofessionella team skapa en form och struktur för att fånga framsteg och resultat. Vi har funnit ett stort värde i det arbetssätt där vi tillsammans med andra vågar gå från att prata om problem till att agera oss in i ett nytt lärande.

I förändringsarbeten arbetar vi ofta med ett programupplägg som består av fyra lärseminarier om en till två dagar med ett antal team tillsammans. Där frigörs nytt tänkande och grunden till nya arbetssätt växer fram. Seminarierna är forum för erfarenhetsutbyten, planering, analys och värdering av framsteg.

Det verkliga utvecklingsarbetet sker alltid genom det förbättringsarbete som genomförs på hemmaplan under de mellanliggande perioderna, då teamen provar olika förändringar i den egna verksamheten.

Vad är det vi vill uppnå?

Hur kommer vi att veta att en förändring är en förbättring?

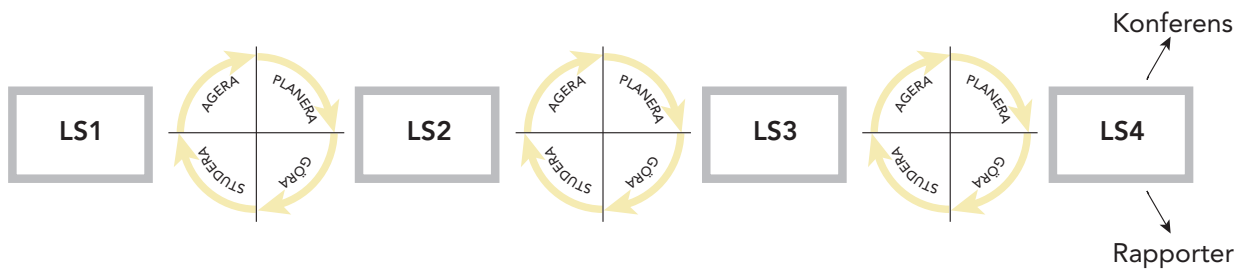


PGSA-cykeln baserad på Demings kvalitetsteori.

## ett citat

Peter Nordlund, överläkare på IVA, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping med stor erfarenhet av förbättrings- och utvecklingsarbete säger:

– Undersköterskor, sjuksköterskor och läkare, de som känner sig engagerade av ett problem lämpar sig bäst att arbeta med just det. Det gäller att fånga upp intresset. Har någon idéer så lyssnar vi, alla idéer lämpar sig inte, men det finns en öppenhet på avdelningen som vi försöker ta tillvara.



Teamen träffas vid fyra lärandeseminarier och tiden däremellan testas förändringar på hemmaplan. Under utvecklingsarbetet som vanligtvis sträcker sig över åtta månader hinner teamen genomföra flera PGSA-cykler.

### Ledarskapets stöd en avgörande framgångsfaktor

Att ledningen stödjer och efterfrågar resultat av det utvecklingsarbete som bedrivs är avgörande. En positiv säkerhetskultur med öppenhet och dialog bidrar till framgång, liksom en god samverkanskultur på hemmaplan. En bra arbetsmiljö är också betydelsefull.

#### ett tips

SMARTa mål bör vara Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska och Tidssatta

### Vikten av att sätta mätbara mål och mäta kontinuerligt

I alla utvecklingsarbeten är betydelsen av att sätta realistiska, avgränsade mål avgörande för att nå bra resultat. Först formuleras strategiska mål som bryts ner i ett antal delmål. Mål bör formuleras enkelt och tydligt. Samtidigt som målet ska vara realistiskt ska det vara utmanande och locka till nytänkande och rörelse framåt. Det är bra med ett flexibelt förhållningssätt; att vara beredd på att formulera om målen vid behov.

Mätmetoder som matchar målen är viktigt. Mätningar ger möjlighet att följa upp mål, analysera och jämföra resultat. Enskilda mätningar ger sällan tillfredsställande svar. Förändringar som leder framåt bygger vanligen på ett antal mätningar som görs över tid.

### Värdera genom självskattning

Självskattning är en hjälp vid värderingen av det egna förbättringsarbetet. Under utvecklingsprogrammets gång bedömer vi vårt förbättringsarbete med hjälp av en femgradig skala:

- 1 Inga aktiviteter har påbörjats
- 2 Aktivitet pågår men inga förändringar är testade – mäter nuläget och planerar förändringar men ännu inte provat någon av dem i praktiken
- 3 Några förändringar har prövats och enstaka förbättringar kan noteras
- 4 Påtagliga förbättringar och ändrade arbetssätt kan redovisas
- 5 Påtagliga och kvarstående resultat kan uppvisas

Denna skattning är ett viktigt stöd för såväl det egna teamet som ledningen för att förstå mognadsgraden i ett förändringsarbete.

## Teamarbete – en nödvändighet för patientens bästa

Deltagande i ett utvecklingsteam bör ske frivilligt och grundas på intresse och engagemang. Att ta tillvara medarbetare som är entusiastiska och motiverade är en bra utgångspunkt, liksom att företrädare för olika professioner finns representerade. Deltagarna sätter gemensamma mål och förhållningsregler och förankrar förändringsarbetet på hemmaplan med stöd av enhetens ledare. En utmaning i allt förbättringsarbete är att parallellt med det arbete som teamet driver involvera kollegorna på hemmaplan och reflektera över vilka mötesplatser som finns? Hur synliggörs det arbete som pågår? Hur kan man redan under arbetets gång försäkra sig om att det inte är ett tillfälligt projekt utan en del i ett ständigt pågående förbättringsarbete?

## Framgångsfaktorer i utvecklingsarbetet

Följande punkter har team som tidigare deltagit i utvecklingsprogram sett som framgångsfaktorer.

- **Ett väl fungerande team**

Motiverade teammedlemmar som tar ansvar är avgörande. Vidare att teamet består av olika professioner som kan belysa problemet från olika håll. Farmaceuternas medverkan har lyfts fram som mycket berikande.

- **Kommunikation**

En god kommunikation är viktig, liksom en tydlig, kontinuerlig information och dialog i teamet och på arbetsplatsen. Att det är högt i tak i gruppen bidrar till en öppen atmosfär.

- **En strukturerad och avgränsad frågeställning**

Detta är viktigt för att kunna nå ett bra resultat. Risken finns att man väljer för omfattande utvecklingsområden.

- **Tidigare erfarenhet av att driva förändringar underlättar**

Genom förkunskaper i förändringsarbete är förutsättningarna större att under programtidens gång nå mätbara resultat.

- **Ledningens och arbetskamraters stöd**

Detta är en förutsättning för att lyckas på hemmaplan. Ledningens stöd kan tyckas självklar, men intressant är att deltagarna menar att arbetskamraternas stöd är lika viktigt för att lyckas.

## Patientmedverkan i utvecklingsarbetet

I en kedja av säkerhetsbarriärer för att minska riskerna i läkemedelshanteringen är patienten själv tillsammans med anhöriga kanske den viktigaste. Därför är det värdefullt att i ett utvecklingsarbete ha representanter för patienter och/eller anhöriga för att tillgodose patientperspektivet. Här är några olika modeller:

## några tips

### Teamarbete

- Tilldela roller; som till exempel ledare/ordförande, sekreterare/dokumenterare/tidhållare
- Klargör målet för mötet
- Gå kort igenom dagordningen och tidsätt de olika punkterna
- Arbeta igenom dagens uppgifter
- Summera mötet. Vad kan vi dra för slutsatser?
- Gör en dagordning och planera för nästa möte
- Utvärdera kort dagens möte, vad var det som gick bra och vad kan vi göra bättre till nästa gång.

## några tips

### Patientmedverkan

- Tänk igenom när ni väljer modell för patientmedverkan.
- Hur mycket tid kan och vill personen avsätta?
- Gör syftet tydligt för deltagarna.
- Se till att representanterna har så nära koppling som möjligt till de utvecklingsområden som finns i programmet. Till exempel Barnklinik: en förälder med erfarenhet av egna sjuka barn. Medicinklinik: en patient eller anhörig med erfarenhet av många vårdkontakter och läkemedelsanvändning.

- **Referensgrupp av patienter**

En grupp av patienter/anhöriga kan utgöra en referensgrupp till det arbete som bedrivs. Gruppen kan ges tid att reflektera och återföra till teamen och eller programledning vad de vill bidra med i diskussionen.

- **Deltagare i respektive team**

En annan modell är att erbjuda patientföreträdare att följa ett teams arbete och kontinuerligt få in ett patientperspektiv.

- **Representant på hemmaplan**

En tredje modell är att varje team rekryterar en patient eller anhörig inom sitt utvecklingsområde på hemmaplan.







# Till sist

Hoppas att du haft glädje och nytta av de erfarenheter och tips som finns sammanställda i denna handbok. Har du frågor eller synpunkter på innehållet hör av dig till Qulturum.

Ingen kan göra allt men alla kan göra något  
*okänd*

## Vill du veta mer

**Ingeborg Franzén**  
Qulturum  
036-32 12 10  
ingeborg.franzen@lj.se

**Carin Svensson**  
Apoteket Qulturum  
036-32 51 82  
carin.svensson@apoteket.se

**Ann-Margreth Kvarnefors**  
Qulturum  
036-32 11 85  
ann-margreth.kvarnefors@lj.se

**Qulturum**  
Box 702  
551 20 Jönköping

**Owe Lind**  
f.d ordförande i läkemedelskommittén,  
Landstinget i Jönköpings län  
0370-493 11  
037049311@telia.com

Besöksadress Hus B4  
Länssjukhuset Ryhov  
tfn 036-32 50 97  
fax 036-32 50 85  
[www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum)

# Lästips och länkar

## Litteratur och rapporter

Batalden P., Mohr J. (1997) *Building Knowledge of Health Care as a System*, Quality Management in Health Care

Bergman B., Klevsjö B. (1995) *Kvalitet från behov till användning*, Lund: Studentlitteratur

Bengtsson K., Morén Hybbinette I-L. (2004) *Läkarroll i förändring – att våga nya vägar*, Lund: Studentlitteratur ISBN 91-44-02463-0

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st Century*, (2001) Washington: National Academy press. Boken kan laddas ner från [www.nap.edu](http://www.nap.edu).

Deming W. E. (1994) *The New Economics – for Industry, Government, Education*, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Educational Services

Dolby J. (2005) *En utvecklingsresa i farmacins tjänst – med fokus på kvalitet och patientsäkerhet*, Stab Forskning och Utveckling, Apoteket AB

Kohl, L., Corrigan, J., Donaldson M. *To Err is Human – Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington DC 1999

Landstingsförbundet, *Gör och lär – ett smakprov på förbättringskunskapens teori och praktik*, Best nr 1820 ISBN 91-7188-475-0

Leonard M., Frankell A., Simmonds T. *Achieving Safe and Reliable Healthcare*, ACHE Management Series. ISBN 1-56793-227-4

Lundgren C. (2005) *FAS-UT – råd vid utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling*, Västerbottens Läns Landsting

Lyngley G. J., Nolan, K. M., m.fl. (1996) *The Improvement guide – a Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Morath, J. M., Turnbull J. E. *To do no harm*, Published by Jossey-Bass ISBN 0-7879-6770-X

Nordling S., Anell, A. (2003) *Apotekare på vårdcentral – utvärdering av vårdorienterad apotekarservice i Gislaved*, IHE rapport 2003:3: Lund. Rapport kan beställas från IHE, [info@ihe.se](mailto:info@ihe.se)

Rollenhagen C. (2003) *Att utreda olycksfall, teori och praktik*, Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen, Landstinget i Östergötland m fl.(2005) *Händelseanalys – handbok för patientsäkerhetsarbete*, kan laddas ner från [www.patientsakerhet.nu](http://www.patientsakerhet.nu)

Socialstyrelsen (2003) *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt*, Stockholm

Stockholms läns Landsting, (2005) *Fokusrapport: Patientsäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL*

Strindhall M., Pettersson A., m.fl. (2005) *När tiden inte räcker till – en handbok i tillgänglighet*, Jönköping; Qulturum

Ternov S. (1998) *Människor och misstag i vården*, Lund: Studentlitteratur

Thor J. *Förbättringskunskap bör tillämpas i förbättrings-  
arbetet inom vården*, Läkartidningen nr 34, 2002,  
volym 99

Qulturum, Apoteket, *QLIPS – Säker läkemedelsanvänd-  
ning och Patientsäkerhet*, pdf, hämtas på  
[www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum)

Qulturum & Apotekets rapport 2004:2 och 2004:3,  
kan laddas ner från [www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum)

Ödegård S. (1999) *Säkerhetsarbete i högrisksystem –  
tänkbara tillämpningar för ökad patientsäkerhet*,  
Eskilstuna: Graf och print

## Websidor

Apoteket [www.apoteket.se](http://www.apoteket.se)

FMEA Information Center Internet Site  
<http://www.fmeainfocentre.com>

IHI – Institute for Healthcare Improvement  
[www.ihl.org](http://www.ihl.org)

NPSF – National Patient Safety Foundation  
[www.npsf.org](http://www.npsf.org)

Landstinget i Östergötland [www.lio.se](http://www.lio.se), via riktlinjer,  
program, patientsäkerhet

Socialstyrelsen [www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet)  
Publikationer Riskronden m.fl.

STRAMA [www.strama.org](http://www.strama.org)

Sveriges Kommuner och Landsting [www.skl.se](http://www.skl.se) och  
[www.patientsakerhet.nu](http://www.patientsakerhet.nu)

Qulturum, Landstinget i Jönköpings län  
[www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum)

## Föreskrifter och lagar

Socialdepartementet, Hälso- och sjukvårdslagen, SSF  
1982:763

Socialdepartementet, Tandvårdslagen, SSF 1985:125

Socialdepartementet, Lagen om yrkesverksamhet på  
hälso- och sjukvårdens område, SFS 1998:531

Socialstyrelsen, Socialstyrelsens föreskrifter om led-  
ningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso-  
och sjukvården, SOSFS 2005:12

## History-Taking

Obtain Medication-related History

Dokument medication history

# Medication Management Process

Where the Drug Events Originate

Bates et al. ; JAMA 1995;274:29-34

## Ordering

Diagnostic/Therapeutic Decisions Made

Medication Ordered

Order verified and submitted

49%

11%

## Medication Inventory Management

Formulary, purchasing, decisions

Inventory management

## Pharmacy Management

Evaluate order

Select medication

Prepare medication

Dispense/distribute medication

14%

## Surveillance

Incident/adverse event Surveillance and respons

## Administration Management

### Monitor/Evalute Response

Intervene as indicated for adverse reaction/error

Assess and document patient response to medication according to defined parameters

### Document

Document administration and associated information

### Administer Medication

Administer According to order and standards for organisation

Select the correct drug for the correct patient

### Education

Educate patient regarding medication

Educate staff regarding medication

26% (Mostly IV)

First Consulting Group

## Patientsäkerhet på min arbetsplats

**Avvikelse** = enligt SOSFS 2002:4 (M) en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunnat medföra skada för en patient.

**Markera med kryss på skalan:**

*Obs! Endast ett kryss per fråga. Ej fullständigt ifyllt enkät Exkluderas.*

Håller med					Håller inte med
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	

1. Chefen (verksamhetschef eller motsvarande) på **min** egen enhet lyssnar på mig och bryr sig om det jag tar upp avseende säkerhet

--	--	--	--	--

2. Om jag tar upp förslag avseende säkerhet med min närmaste chef/arbetsledare skulle dessa beaktas

--	--	--	--	--

3. Jag uppmuntras av min chef/arbetsledare att rapportera allt som jag lägger märke till, som kan innebära en risk vad gäller patientsäkerhet

--	--	--	--	--

4. Jag vet hur jag rapporterar avvikelser på min arbetsplats

--	--	--	--	--

5. Jag är alltid villig att rapportera avvikelse (nära miss) även om patienten inte tagit skada

--	--	--	--	--

6. Jag blir inte negativt bemött på min arbetsplats om jag tar upp avvikelser eller diskuterar nära missar

--	--	--	--	--

7. Jag känner till hur många avvikelserapporter min arbetsplats har

--	--	--	--	--

8. På min enhet har vi mötesforum där vi tillsammans går igenom och lär av våra avvikelser

--	--	--	--	--

9. Våra chefer kompromissar aldrig med säkerhetsfrågorna för att prioritera andra arbetsuppgifter

--	--	--	--	--

10. Hur många avvikelserapporteringar har du hittills gjort i år

Summa:

0  1-5  6-10  >10

Jag arbetar inom:  Apoteket  
 Slutenvård  
 Öppenvård

Som: .....

## FÖLJEBREV TILL KULTURENKÄT

Hej!

Jag deltar i ett program som handlar om Patientsäkerhet och Läkemedel. I detta arbete ingår som ett delmoment att studera kulturfrågor kopplade till profession och verksamhet. Antagligen finns det en hel del skillnader i kulturen kopplade till våra olika arbetsplatser.

I projektet arbetar vi i team – läkare, sköterska och farmaceut.

Tacksam om du vill fylla i den bifogade enkäten och återsända den till mig. Vill du också fylla i vilken profession du tillhör är jag tacksam.

Jag kommer att återkoppla till er som medverkat i denna enkät och rapportera utfallet.

Hälsningar

.....

Namn

Tel.

Har du frågor hör gärna av dig till mig!!

Tacksam om du lämnar detta enkätsvar i mitt postfack.

## **Lathund**

### **PATIENTSÄKERHET PÅ MIN ARBETSPLATS**

#### **Till dig som skall dela ut enkäten**

##### **Syftet med enkäten**

Enkätens syfte är att flagga upp för säkerhetskulturen och att din arbetsplats skall få igång en gemensam dialog kring patientsäkerhet.

##### **Informera innan!**

Ta först kontakt med din chef för information och godkännande att enkäten delas ut på arbetsplatsen. Det underlättar svarsfrekvensen om du och/eller chefen informerar innan på en arbetsplatsträff, eller via någon annan informationskanal. Informera om syftet med enkäten och att du och ditt team deltar i ett program kring patientsäkerhet och läkemedel.

##### **Till vem skall enkäten delas ut?**

Till samtliga på din arbetsplats som arbetar med patienter. Direkt t.ex. sjuksköterskor, läkare och indirekt till t.ex. läkarsekreterare.

##### **Hur går jag till väga?**

Varje arbetsplats brukar ha sina egna rutiner för snabb postgång. Har ni interpostlådor så använd dem. Träffas alla på annat sätt kan du dela ut den personligen. Använd följebrevet till enkäten om du vill. Notera hur många enkäter som delats ut. Låt inte tiden bli för lång max 2 veckors svarstid.

##### **När enkätsvaren kommit in**

Notera hur många enkäter du fått in så du vet svarsfrekvens.

Räkna ner totala svarssumman på varje enkät och skriv summan i rutan på enkäten. Nio frågor och svar från 1 till max 5 poäng per fråga ger totalt resultat mellan 9 och 45 poäng. Är inte alla nio frågorna besvarade eller finns flera svarsalternativ på en fråga så är enkäten ogiltig och den utesluts då.

##### **Hur kan resultatet användas?**

Nu har du möjlighet att jämföra resultatet inom ditt team och mellan övriga deltagande team. Du bör redovisa för din chef utfallet och diskutera hur ni kan sprida det inom arbetsplatsen och få till stånd en dialog.

Det är nu viktigt att fundera vidare på förändringsidéer inom arbetsplatsen för att förbättra de resultat som ni inte känner er tillfreds med.

Ett riktmärke är att resultatet på arbetsplatsen bör ligga på en median på 4 eller mer.



# Data "Safety Briefing"

Bilaga 4

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Genom- snitt	Totalt
Tid i minuter												
Antal "nära missar"												
Antal närvarande medarbetare												

Datum Mätperiod \_\_\_\_\_

Klinik/Avdelning \_\_\_\_\_

## Kort beskrivning av arbetsgång vid riskanalysskattning

1. Välj process och gör en flödesbeskrivning. Numrera varje processteg. Beskriv i ord: Så här gör vi. Beskriv hela processens samtliga steg, detaljeringsgrad beroende på hur omfattande hela processen är. Beskriv hur vi gör, inte hur det borde vara.
2. Återgå till processteg 1, bedöm där eventuella riskmoment som kan finnas. Vad kan gå fel? Beskriv risken i ord.
3. Skatta därefter enligt fastställda skattningsskalor förekomst, allvarlighetsgraden och sannolikheten för upptäckt. Beräkna därefter RPN (riskprioriteringsnummer) för detta riskmoment. Upprepa detta för alla processtegen i flödesbeskrivningen, ange också eventuella kommentarer till era skattningar så att inte tveksamheter senare i arbetet uppkommer.
4. Räkna ut total RPN för beskriven process. Skriv summan högst upp till höger på RPN-bedömningsblanketten. Detta är baslinjemåttet.
5. Gå vidare till Aktivitetstabellen och för över de 5 högst skattade processtegen samt de med allvarlighetsgrad större än eller lika med 8.
6. Fundera på tänkbara orsaker till bedömda riskmoment t ex med hjälp av fiskbensdiagram.
7. Vilka förändringar kan ni tänka er att pröva. För över dessa till PGSA -blanketten samt ange PDSA numret på aktivitetstabellen. Beskriv på PGSA -blanketten mål/ syfte med förändringen. Fundera också de mätningar som kan komma att behöva göras för att se om förändringen blir en förbättring.
8. Efter införandet av förbättringen görs ny RPN skattning. Skriv in datum och ny RPN skattning i aktivitetstabellen.
9. Gå tillbaka till blanketten för RPN bedömning revidera processteget och total RPN.





## Sannolikhet

(använd skalornas förklaring efter vad som är bäst för teamets verksamhetsområde)

### Förekomst

Skala			
1	Näst intill omöjligt	Händer nästan aldrig, <i>ex 1 gång /år</i>	1 på 1 500 000
2	Avlägset		1 på 150 000
3	Låg	Enstaka gånger <i>ex 1 gång /månad</i>	1 på 15 000
4	Relativt låg		1 på 2000
5	Måttlig risk	Förekommer <i>ex 1 gång /vecka</i>	1 på 400
6	Måttligt hög risk		1 på 80
7	Hög felsannolikhet	Händer ofta <i>ex flera gånger /vecka</i>	1 på 20
8	Upprepade fel	Händer ganska ofta	1 på 8
9	Mycket hög sannolikhet för fel	Händer mycket ofta	1 på 3
10	Extremt hög felsannolikhet	Fel kan nästan inte undvikas <i>Ex 1-2 gånger / dag</i>	1 av 2

### Allvarlighetsgraden

Skala		
1	Ingen effekt alls	Påverkar inte
2	Väldigt liten effekt	Mycket, mycket liten påverkan
3	Liten effekt	Mycket liten påverkan
4	Små effekter	Kräver inga åtgärder
5	Måttlig effekt	Kräver åtgärder
6	Signifikant effekt	Skada men utan följd problem kräver kontroller
7	Stor effekt	Skada förlängd vård tid, stor påverkan
8	Extern påverkan	Allvarlig skada med följd besvär
9	Allvarlig effekt med förvarning	Invalidiserande, Allvarlig påverkan med förvarning
10	Allvarlig effekt utan förvarning	Skada/död, Allvarlig påverkan utan förvarning

### Upptäckt

Skala			
1	Upptäcks alltid	Kan inte missas	1 av 2
2	Mycket hög sannolikhet för upptäckt		1 av 3
3	Stor sannolikhet för upptäckt	<i>Går att upptäcka i flera steg</i>	1 av 8
4	Måttligt hög chans att upptäcka fel		1 av 20
5	Måttlig chans för upptäckt	<i>Går att upptäcka i 1-2 steg</i>	1 av 80
6	Låg chans att upptäcka felet		1 av 400
7	Mycket låg chans att upptäcka	<i>Går att upptäcka i endast 1 steg</i>	1 av 2000
8	Liten chans att upptäcka felet		1 av 15 000
9	Väldigt liten chans att upptäcka		1 av 150 000
10	Ingen kontroll, kan inte upptäckas	Missas alltid	1 av 1 500 000

## Händelser där läkemedel orsakat oväntad skada för patienten (ADE) Bilaga 9

Avdelning/ar:

Datum:

Kön:

Ålder:

Initialer:

Inskrivningsdatum:

Utskrivningsdatum:

Totalt antal läkemedel för patienten:

Totalt antal doser givna under vårdtiden:

Markörer ("Trigger")	Trigger funnen	ADE	NCC MERP
1. Högdos antihistamin (+/- Högdos kortison) plötsligen insatt			
2. Vitamin K eller Beriplex			
3. Lanexat			
4. Antiemetika (exklusive förebyggande i samband med operation samt cytostatika)			
5. Narcanti			
6. Serumglukos<3			
7. C. Difficile positiv eller "svampbehandling"			
8. PTT>100			
9. INR>5			
10. Trombocyter<50			
11. Digoxin>1,1			
12. Ökande kreatinin (större än 50 under vårdtiden)			
13. Fall			
14. Konfusion			
15. Hypotension			
16. Hudpåverkan inklusive klåda			
17. Plötslig utsättning av läkemedel			
18. Överförd till IVA			
19. Död			
20. HLR			
21. Blodtransfusion			
22. Övrigt.....			
23. Plötsligt insättn. Av Akineton/ Disipal			
24. Högdos psyk.med. SIC(då vi skulle ringt)			
25. Urinstämna/KAD (i komb. med psykmedicin)			

1. Inkludera enbart patienter vars vårdtid överstiger 48 timmar.
2. Använd alla delar av journalen. Journalgenomgången bör ta max 20 minuter, och enbart det aktuella vårdtillfällets händelser skall tas med. Skriv en kort redogörelse som inkluderar händelseförloppet och varför Du klassificerat som Du har gjort.

**NCC-MERP** index (se nedan) är: **E**: bidragit till eller åstadkommit tillfällig skada för patienten och/eller orsakat någon typ av intervention. **F:1** som E+orsakat inläggningen på sjukhus **F:2** som E+ förlängd vistelse på sjukhus. **G**: bidragit till eller orsakat permanent skada hos patienten. **H**: åtgärder för att hålla patienten vid liv har krävts. **I**: bidragit till dödsfall.

Som bifynd till granskningen vill vi också notera:

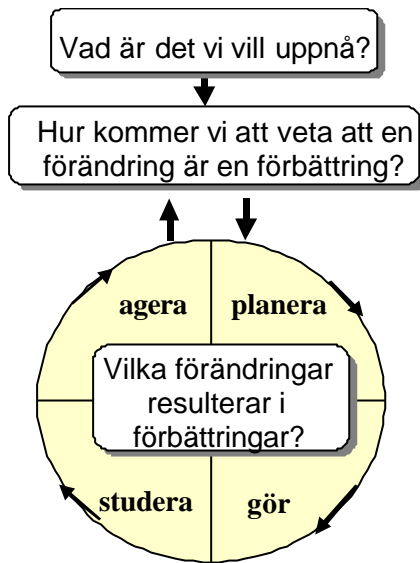
? Aktuell sjukhusvistelse orsakad av att patienten slutat ta sin medicin.

Beskriv :

? Aktuell sjukhusvistelse orsakad av att patienten tagit för mycket av sin medicin.

Beskriv :

Test nr.....



Mål .....

.....

Tidsplan .....

.....

⊕ **Planera**

Behöver vi veta mer innan testen påbörjas , gör en detaljerad plan för testen (vem skall göra vad, var och när) och för hur data skall samlas in.

⊕ **Pröva**

Genomför förändringen enligt planen ovan. Beskriv eventuella svårigheter, avvikelser från planen och oförutsedda effekter.

Test nr.....

**Analysera**

Redovisa och tolka era data (bifoga diagram med en tidsaxel). Jämför resultaten med er hypotes och sammanfatta vad ni lärt. Var förändringen en förbättring?

⊕ **Agera**

Vilka slutsatser drar vi av testet? Behöver vi testa i större skala? Vilka förändringar bör göras mot bakgrund av de resultat testen visade?



**Mål:**

Beskriv första steget (cykeln) till förändring Ett flertal steg(cyklar) bör ledatill måluppfyllelse	Ansvarig person	Klart datum	Plats

**Planera**

Lista aktiviteter i förändringsarbetet	Ansvarig person	Klart datum	Plats

Vad kan inträffa i genomförandet av testet?	Mät händelser genom

**Gör**

Beskriv i text vad som hände under prövotiden (testet)

**Studera**

Kommentera mätresultaten och hur de utföll mot förväntade resultat

**Agera**

Utifrån mätresultat och lärande i första testcyklen – vilka förändringar bör genomföras i nästa testcykel för att nå förbättring?

Qulturum är en mötesplats för alla som vill vara med och utveckla och förbättra hälso- och sjukvården. Vi genomför utvecklingsprogram, förbättringsarbete, ledarutveckling, konferenser och andra aktiviteter.

Qulturum ingår i ett partnerskap mellan Landstinget i Jönköpings län och Apoteket AB.

#### **Qulturum**

Box 702  
551 20 Jönköping

#### **Besöksadress**

Hus B4 Länsjukhuset Ryhov  
tfn 036-32 50 97  
fax 036-32 50 85  
[www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum)

