

ÅTTA STEG IDENTIFIERAR BRISTER I SYSTEMET

Landstinget i Östergötland har hittills utfört 103 analyser av allvarliga händelser. I dag används en metod som innehåller åtta systematiska steg och kan användas på såväl mindre som mycket allvarliga händelser där en patient skadats eller varit nära att komma till skada.

ANNICA ÖHRN, patientsäkerhetsamördnare, med mag
annica.ohrn@lio.se

JOHAN ELFSTRÖM, docent; båda

vid patientsäkerhetsenheten,
Landstinget i Östergötland



Svensk sjukvård har hög kvalitet. Av och till inträffar emellertid negativa händelser, som leder till en vårdskada. Trots att dessa händelser är sällsynta är de betydelsefulla av flera skäl. Utöver att en patient skadas påverkas den involverade personalen negativt, och allmänhetens förtroende för sjukvården kan minska. Därför bör händelsen utredas, de bakomliggande orsakerna identifieras och undanröjas så att risken för upprepning minskas. Här presenteras en metod för sådan analys.

Det är en systematisk metod som syftar till att ta reda på vad som hände, varför det hände och hur det kan undvikas att händelsen upprepas. En händelseanalys syftar till att identifiera brister i systemet, det vill säga i organisation, rutiner, teknik och hur människan klarat sin roll i händelsen. Däremot skall inte en särskild individs eventuella skuld värderas.

Systematisk analys i åtta steg

Den metod som kortfattat beskrivs i denna artikel finns publicerad i en handbok utgiven 2005 av Socialstyrelsen, SKL, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och landstingen i Östergötland och Stockholm [1]. Metoden, root cause analysis (RCA), är en bland många metoder [2-7]. Den har valts därför att den utnyttjas inom sjukvård i USA, Danmark och flera andra länder.

Landstinget i Östergötland har sedan 2003 analyserat 103 allvarliga händelser. Under de första åren användes en modifierad metod som utgick från MTO-perspektivet (människa, teknik, organisation). Sedan år 2005 analyseras samtliga händelser med nedan beskriven metod.

Analysen sker systematiskt i åtta steg: initiering; datainsamling; beskrivning av händelseförlopp; identifiering av bakomliggande orsaker; identifiering av barriärer/skydd; framarbe-

tande av åtgärdsförslag; utformning av analysrapport; beslut om åtgärder, uppföljning och utvärdering.

Initiering av analys

Då en negativ händelse inträffat skrivs en avvikelserapport, och händelsen rapporteras dessutom muntligt till verksamhetschefen. Verksamhetschefen/linjeansvarig ansvarar för att initiera en händelseanalys och blir sålunda uppdragsgivare. Till analysledare utses en person som kan metodiken. I uppdragsgivarens ansvar ligger att se till att resurser från verksamheten ställs till analysteamets förfogande både som resurspersoner i arbetsgruppen och för de intervjuer som skall genomföras.

I uppdraget skall det framgå vilken händelse som skall studeras men också ramarna för arbetet när det gäller tidsperiod och resursförbrukning. Uppdraget skall helst vara skriftligt. När analysen är färdig och avrapporterats tar uppdragsgivaren beslut om åtgärder och uppföljning.

Uppdragsgivaren har vidare ansvar för att patient eller närstående informeras om att en analys skall göras och likaså att informera anställda på berörda enheter. Det senare är viktigt för att ge legitimitet och förbereder för de intervjuer av personal som skall göras. Ytterligare en uppgift för linjechefen är att ge stöd till den eller de som varit involverade (både medarbetare och patient/närstående) i händelsen, något som tyvärr ofta blir bortglömt i den uppståndelse som händelsen orsakar.

Analysledaren utser ett analysteam i samråd med uppdragsgivaren. Teamet på 3-5 personer bör innehålla medicinsk kompetens i form av läkare. Enligt vår uppfattning bör den eller de som är direkt involverade i händelsen inte delta i analysteamet.

Datainsamling

Faktaunderlaget i en händelseanalys består främst av journaldokumentation och intervjuer med involverade personer. Andra dokument såsom rutinbeskrivningar, PM och eventuella manualer som kan ha haft en roll i händelsen samlas också in.

Intervjuerna av de involverade personerna utförs om möjligt av två personer, en som dokumenterar och en som är utfrågare. Intervjun inleds med att informera om uppdraget och vad en händelseanalys syftar till. Den intervjuade informeras om att det kommer att ske en avidentifiering av materialet och att hans/hennes namn kommer att koda.

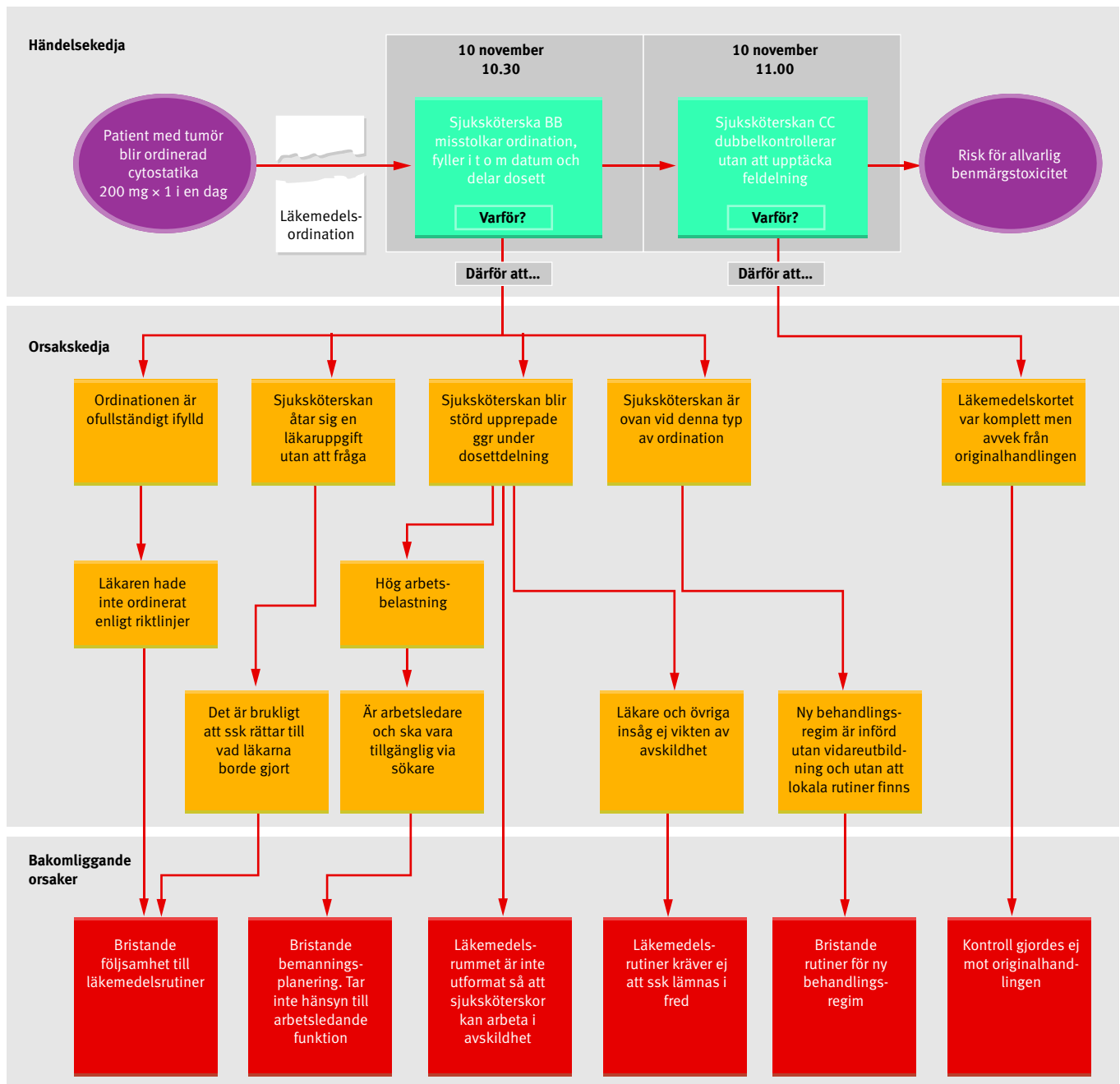
Intervjun sker i semistrukturerad form och inleds med en öppen fråga av typen »Beskriv din roll i händelsen«. Därefter ombeds den intervjuade att redogöra för om han/hon kunde ha handlat annorlunda så att händelsen inte hade kunnat utvecklas. Den intervjuade får också svara på frågan »Vilka åtgärder tycker du skall sättas in så att liknande händelser inte uppkommer inom din enhet?«. Innan intervjun avslutas sammanfattar utfrågaren vad han/hon uppfattat och verifierar detta med den intervjuade. Dagen efter får den utfrågade se de nedskrivna anteckningarna från intervjun och får då möjlighet att komma in med eventuella rättelser om något har missuppfattats.

Då det är vanligt att flera analysmedlemmar inte direkt kommer från den aktuella enheten är det av värde att besöka den arbetsplats där händelsen inträffat. Detta ger ofta ökad insikt om de förhållanden som rådde under händelsen.

Patient och/eller närstående kan med fördel intervjuas. Ofta bidrar de med fakta som inte framkommer i medarbetarintervjuerna. Det gäller framförallt i de fall då flera enheter varit involverade i händelsen. Patient och/eller närstående är i de fallen de enda som har varit med under hela vårdprocessen.

Händelsebeskrivning

Utifrån det insamlade materialet skapas en händelsebeskrivning. Händelsen beskrivs både i löpande text och grafiskt. Den



Figur 1. Händelsediagram med händelsekedja, orsakskedja och bakomliggande orsaker. Till händelsediagrammet knyts sedan åtgärder mot de bakomliggande orsakerna.

Riskerade allvarlig benmärgsskada efter feldelning av cytostatika

RCA-metoden för händelseanalys exemplifieras här med följande fallbeskrivning, som också återges i Figur 1.

Patienten hade en tumör som efter operation och strålbehandling behandlades med cytostatika. Den 10 november kom patienten för en ny serie av cytostatikabehandlingar.

Sjuksköterskan BB, som ansvarade för beredningen, läste ordinationen på cytostatikakortet och uppfattade det som att ordinationen var ofullständig och fyllde därför i »t o m datumet« på kortet.

Den korrekta ordinationen var 200 mg dag ett, men BB tolkade ordinationen som att den gällde i sju dagar. Läkemedlet delades i dosett, men då det saknades tabletter av rätt styrka delade hon

fem tabletter à 40 mg för sex dagar och tre tabletter för sista dagen, eftersom det dessutom inte fanns tillräckligt med kapslar i läkemedelsförrådet.

De resterande tabletterna avsåg hon att skicka hem till patienten då dessa anlät från apoteket. Dubbelkontroll utfördes av sjuksköterska CC utan att misstaget upptäcktes.

Misstaget uppdagades tre dagar senare när ansvarig läkare informerades om att resterande tabletter skickats till patienten eftersom denne inte fått planerad dos. Patientens hustru kontaktades och behandlingen avbröts.

TABELL I. Orsaksområden med tillhörande exempel.

Orsaksområde	Exempel på brister
Information/kommunikation	Bristande tillgänglighet Bristande tolkning av laboratoriesvar Ofullständigt samarbete inom arbetsgruppen Avsaknad av delaktighet
Procedurer, rutiner och riktlinjer	Avsteg från rutiner för läkemedelsordination Bristande signeringsrutiner Avsaknad av planering/prioritering
Teknik, utrustning och apparatur	Felaktig tolkning av display och liknande Bristande underhåll av t ex endoskop Tillverkningsfel
Utbildning/kompetens	Otillräcklig utbildning och erfarenhet Avsaknad av introduktion/fortbildning
Omgivning	Brister inom fysisk arbetsmiljö (ljud, ljus etc) Otillräcklig bemanning Olämplig schemaläggning Uttrötning till följd av långa arbetspass

skrivna texten ger möjlighet till detaljerad beskrivning medan den grafiska ger bättre överblick och sammanhang främst kring orsak och verkan i förloppet. Den grafiska delen beskriver de delhändelser som var de som hade betydelse för utvecklingen av händelsen. Förutsättning för och resultat av händelsen beskrivs med en ellips och aktiviteterna med rektanglar. Det är av vikt att aktiviteterna formuleras så att frågan »Varför?« kan ställas (Figur 1). Metoden exemplifieras här utifrån en fallbeskrivning (se föregående sida).

Identifiering av bakomliggande orsaker och barriärer/skydd

När händelsen är beskriven identifierar analysteamet bakomliggande orsaker till händelsen. De bakomliggande orsakerna återfinns i de allra flesta fall på systemnivå och sällan på individnivå. När analysteamet identifierar bakomliggande orsaker frågar de sig för varje delhändelse »Varför kunde detta hända?«. De besvarar frågan med »Därför att ...«. Svaren skrivs in i ett händelsediagram (Figur 1). När det inte längre känns meningsfullt att fråga mera så har den troliga bakomliggande orsaken identifierats.

De områden där systembrister oftast återfinns är: information/kommunikation, procedurer, rutiner & riktlinjer, teknik, utrustning och apparatur, utbildning/kompetens, omgivning.

I orsaksområdet procedurer, rutiner och riktlinjer ingår brister i hur arbetet organiserats och hur man dokumenterat att det skall gå till. Med omgivning menas arbetsmiljö, både psykisk och fysisk, och medarbetarfrågor som exempelvis schematekniska möjligheter till vila och sömn. Fler exempel på brister inom de olika orsaksområdena framgår av Tabell I.

I händelser som inträffat finns ofta barriärer/skydd som brustit. En barriär/skydd är en funktion som förhindrar eller begränsar konsekvensen av en negativ händelse och kan vara av teknisk/fysisk, symbolisk eller administrativ karaktär. Exempel på barriärer/skydd inom sjukvården är särskiljande fattningar för slangkopplingar (teknisk), larmfunktioner av olika slag (symbolisk) och PM/riktlinjer (administrativ). De barriärer som fanns men som brustit under händelseutvecklingen illustreras i händelsediagrammet (Figur 1).

Framarbetande av åtgärdsförslag

Då analysteamet identifierat de bakomliggande orsakerna diskuteras vilka åtgärder som skall föreslås. Ofta har de som är intervjuade i händelsen bidragit med förslag på åtgärder. Åtgärds-

förslagen skall riktas mot de bakomliggande orsakerna, och det är av vikt att sätta in åtgärder som verkar på både kort och lång sikt.

Åtgärder är olika effektiva. Mycket effektiva åtgärder är exempelvis standardisering av utrustning/produkter, förenkling av processer samt tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning.

Effektiva åtgärder är bland annat checklistor, minskning/eliminering av produkter/preparat med liknande utseende och namn och motläsning av muntliga ordinationer.

Till de mindre effektiva åtgärderna räknas visuella varningssignaler, rutinbeskrivningar och undervisning.

Inom gruppen mycket effektiva åtgärder återfinns oftast de mer långsiktiga och lite mer resurskrävande åtgärderna. Därför behövs oftast de mindre effektiva åtgärderna som ett komplement medan de mer effektiva åtgärderna implementeras.

Utformning av analysrapport

Händelseanalysens resultat presenteras i en analysrapport. I rapporten är alla involverade personer avidentifierade, inte heller förekommer några identitetsuppgifter som gäller patienten. Till den skrivna rapporten bifogas den grafiska presentationen som bilaga. Efter att analysrapporten är skriven och förankrad hos uppdragsgivaren förstörs journalkopior och intervjuunderlag. Rapporten märks med den avvikelserapports ärendenummer som legat till grund för analysen samt eventuellt diarienummer för Lex Maria-anmälan för att möjliggöra spårbarhet.

I de fall där händelsen är Lex Maria-anmäld blir analysrapporten en komplettering till anmälan till Socialstyrelsen.

Beslut om åtgärder, uppföljning och utvärdering

När uppdragsgivaren får tillbaka analysrapporten beslutas om vilka av de åtgärdsförslag som analysteamet föreslagit som skall realiseras. I Östergötland har vi valt att ge uppdragsgivaren möjlighet att beskriva sitt ställningstagande under en särskild punkt i analysrapporten. Uppdragsgivaren utser ansvarig person för genomförande av åtgärd samt beslutar hur åtgärden skall följas upp.

Uppdragsgivaren ansvarar vidare för att återföra händelseanalysens resultat till involverade personer och sin enhet. Hon/han ansvarar dessutom för att informera patient/närstående om analysens resultat i de fall där de blivit intervjuade och där önskemål finns om återkoppling.

En händelseanalys kan peka på systembrister som inte är unika för den aktuella enheten/specialiteten utan även förekommer inom andra enheter. Det är då av vikt att sprida analysresultatet till hela organisationen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Socialstyrelsen, Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland. Händelseanalys och riskanalys. Handbok för patientsäkerhet. Alfa Print AB; 2005. ISBN 91-7164-093-2.
- Hollnagel E. Cognitive reliability and error analysis method. Oxford: Alden Group; 1998.
- Harms-Ringdahl L. Safety analysis, principles and practice in occupational safety. London: Taylor & Francis; 2001.
- Rollenhagen C. MTO – en introduktion. Sambandet Människa, Teknik och Organisation. Lund: Studentlitteratur; 1995.
- Rollenhagen C. Att utreda olycksfall: teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2003.
- Sklet S. Methods for accident investigation. Trondheim: Gnist Tapir; 2002.
- Ternov S. Människor och misstag i vården. Lund: Studentlitteratur; 1998.