



Vasa sjukvårdsdistrikt
Vaasan sairaanhoitopiiri



*Trygg
läkemedels-
behandling med
nya rutiner*

Patientsäkerhetsmeddelande
04/2015

”

Hur bekräfta att rätt patient får rätt medicin i rätt mängd?

Patientsäkerhetsmeddelande 4/2015

Patientsäkerhetsmeddelandet utkommer fyra gånger per år i Vasa sjukvårdsdistrikt. Tanken är att lyfta fram viktiga, aktuella frågor om säkerhetshantering, men även få varje arbetsenhet att se över sin egen verksamhets säkerhet utgående från de händelser och teman som presenteras i patientsäkerhetsmeddelandet.

Patientsäkerhetsmeddelande

ISSN 1789-6281

Utgivare Vasa sjukvårdsdistrikt
Redaktion Patientsäkerhetsrådet
Ombrytning C2 Advertising Oy
Tryckning Waasa Graphics Ab
Upplaga 850



Innehåll

Pris för ett gott patientsäkerhetsarbete	3
Ledare.....	4
Rätt patient – rätt medicin – rätt dos	6
Operationsförberedelser för dejourpatienten	8
HaiPro-anmälningar som gav nya rutiner	10
Farliga situationer förknippade med produkter och utrustning	12
Statistik.....	14

Grattis ungdomspsykiatriska avdelningen!



Pris för ett gott patientsäkerhetsarbete

På Vasa centralsjukhus uppmuntras personalen till att aktivt anmäla händelser som äventyrar säkerheten. Samtidigt är det viktigt att komma på hur vi kan förhindra att dylika farliga situationer upprepas.

På ungdomspsykiatriska avdelningen har anmälningsaktiviteten märkbart förbättrats under det gångna året, samtidigt som personalen ständigt försökt hitta lösningar på hur man kan undvika att dylika farliga situationer upprepas. Personalen har på ett exemplariskt sätt visat sitt engagemang och sin vilja att utveckla värdarbetet.

”

*I år delade
kvalitetsteamet ut
sammanlagt
5 000 euro.*

Patientperspektivet viktigast i kvalitetstävlingen

Vasa centralsjukhus ordnar årligen en kvalitetstävling för enheterna på sjukhuset. I år gick första priset till en arbetsgrupp som utvecklat behandlingen av akut smärta hos barn. Arbetsgruppen har skapat anvisningar för läkemedelsbehandlingen av akut smärta hos barn, men också för hur säkerheten och patientbelåtenheten ska uppföljas i vården.

Syftet med kvalitetstävlingen är att hitta nya, mindre eller större innovationer som gör arbetet smidigare, vid sidan av nya arbetssätt som gärna ska kunna introduceras på andra enheter. I år var temat öppet så innovationerna kunde anknyta till vilket tema som helst. Kvalitetstävlingen är öppen för alla enheter vid Vasa centralsjukhus och vinnaren i tävlingen väljs av sjukhusets kvalitetsteam. I år delade kvalitetsteamet ut sammanlagt 5 000 euro.

Det finns klara kriterier för hur tävlingsbidragen poängsätts. Det viktigaste kriteriet är patient-/kundperspektivet, sedan kommer fördelarna i det praktiska arbetet och till sist hur väl innovationerna kan användas på andra enheter.

I år gick första priset till den arbetsgrupp som utvecklat behandlingen av akut smärta hos barn. Arbetsgruppen har skapat anvisningar för läkemedelsbehandlingen av akut smärta

hos barn, och har även utvecklat uppföljningen av säkerheten och patientbelåtenheten i vården. Den viktigaste motiveringen för valet av vinnare var de förbättrade möjligheterna att beakta barnens behov, välmående och positiva upplevelse av vården, vid sidan av främjandet av patientsäkerheten.

Andra priset gick till preoperativa polikliniken, som utvecklat dejourpatientens operationsförberedelser. Tredje pris gick till sjukhusets kommunikationsteam och förlösningseenheten, som tillsammans skapat informationsvideor för förstföderskor. Fjärde priset togs emot av den onkologiska polikliniken, som utarbetat en rutin för att främja läkemedelssäkerheten.

Årets kvalitetstävling var den andra i ordningen.

Pia Haglund, servicechef

Rätt patient – rätt medicin – rätt dos

Hur bekräfta att rätt patient får rätt medicin i rätt mängd? Enligt ny praxis på onkologiska polikliniken dubbelkollas beställningsblanketterna nu innan de vidarebefordras.

HaiPro-anmälan i början av 2014: "Fel medicin-dos hade beställts till en patient via mottagningen. Beställningen bekräftades också med den angivna felaktiga dosen. Först då det blev dags att påbörja behandlingen, kontrollerade jag dosen på cytostatikakortet och jämförde den med dosen i flaskan, och upptäckte felet."

Ifrågavarande HaiPro-anmälan var den tredje i sitt slag inom en kort tid och utgjorde samtidigt startskottet för arbetet med att utveckla läkemedelssäkerheten på onkologiska polikliniken.

Polikliniken ansvarar för behandlingen av fasta cancertumörer. Läkarmottagningen sköts på polikliniken, medan läkemedelsbehandlingen och övriga stödbehandlingar tas om hand på dagavdelningen. Dagavdelningens viktigaste uppgift är att ta hand om den cancerbehandling som genomförs med intravenösa läkemedel. Läkemedelsbehandlingen som helhet kan sammanfattas på följande sätt: rätt patient bör få rätt medicin i rätt mängd.

Till en början funderade arbetsgruppen över vad som egentligen avses med läkemedelssä-

kerhet och vilka områden som borde utvecklas. Arbetsgruppen beslutade att uppdatera anvisningarna och uppgiftsbeskrivningarna samt att förändra den process som finns för beställning av cytostatika.

Det fanns redan instruktioner för en säker läkemedelsbehandling, men de fungerade inte riktigt i praktiken. Vi försökte komma på hur personalen bättre kunde tillägna sig dessa instruktioner. Lösningen var samarbete - vi ordnade en intern utbildningsdag, där varje skötare deltog i uppdateringen av uppgiftsbeskrivningarna. Det här ledde till livliga diskussioner och vi ifrågasatte många av våra tidigare rutiner. Förståelsen för vikten av läkemedelsbehandling fördjupades.

Beställningen av cytostatika identifierades som den mest omfattande risken: hur kan man bekräfta att rätt patient får rätt medicin i rätt mängd. Det är mänskligt att göra misstag: det händer lätt att siffrorna hamnar fel då man knappar in dem på tangentbordet. Vi har nu ändrat våra rutiner så att vi dubbelkollar beställningsblanketterna innan vi skickar dem vidare, för att lättare upptäcka eventu-

ella fel. Vi har också aktivt strävat efter att freda arbetsmiljön för den förberedande skötaren, dvs. skötaren som beställer cytostatika. Till pappers verkar anvisningen klar och tydlig, men den verkliga utmaningen blir att få

anvisningen att fungera i praktiken. Det är svårt att förändra inarbetade arbetssätt. Utvecklingen av behandlingarna och introduktionen av nya läkemedel skapar ständigt nya anvisningar och ny information som måste memoreras. Det är en utmaning att lära sig nytt och samtidigt förändra gammalt. Utvecklingsarbetet fortsätter.

Sonja Karinkanta, biträdande avdelningsskötare, onkologiska polikliniken
Elvi Nordlund, avdelningsskötare, onkologiska polikliniken

”

Beställningen av cytostatika identifierades som den mest omfattande risken.

”

På våren inkom flera HaiPro-anmälningar om bristfälliga förberedelser för dejourpatienten inför en operation.

Operationsförberedelser för dejourpatienten

HaiPro-anmälan: ”En 72-årig patient kom in för en frakturoperation. Patienten var i grunden frisk, ingen mediciner. På operationssalens monitor kunde man se att patienten hade ett snabbt flimmer. Inget tidigare EKG fanns att tillgå, eftersom det inte tagits vid ankomsten till sjukhuset. Patienten hade redan varit på sjukhuset i över ett dygn innan operationen. Med patienten kom heller inga andra dokument. Enligt rådande anvisningar ska det automatiskt tas ett EKG på en patient som är över 60 år, då patienten förbereds inför en operation. Nu var det omöjligt att veta om patienten hade ett ”färskt” flimmer. För att kunna ge patienten en adekvat vård borde den här informationen finnas till förfogande, eftersom det kan förorsaka patienten avsevärd skada.”

På våren 2015 inkom flera HaiPro-anmälningar om situationer där en dejourpatient hade genomgått bristfälliga förberedelser inför en operation eller där patienten inte hade genomgått några operationsförberedelser överhuvudtaget. Det här ledde till tilläggsarbete och dröjsmål i vården på operationsavdelningen. Också patientsäkerheten äventyrades ofta. Faktum är att de undersökningar som ska utföras inför en operation samt bedömningen och vården av avvikelser, som upptäckts i samband med dessa undersökningar, tar tid och kräver mångprofessionellt samarbete. På vårvintern utarbetade personalen på den preoperativa polikliniken anvisningar för vad som ska beaktas inför en dejouroperation. Anvisningarna ”dejourpatientens operationsförberedelser” kan användas av alla enheter och hittas på intra med sökorden ”dejour-

patient”, ”dejouroperation” eller ”jour”. Under Hoitosuunnitelma i Esko finns också en kontrollista som kan användas som stöd vid dokumenteringen av vårdplanen. Då operationsförberedelserna görs i enlighet med ifrågasvarande anvisning tryggas patientsäkerheten och smidigheten i vården.

Personalen på den preoperativa polikliniken uppdaterar anvisningarna regelbundet och besvarar gärna frågor om operationsförberedelserna. Också operationsavdelningen kan rådfrågas.

Minna Nurmikoski

Avdelningsskötare
Operationsavdelningen och preoperativa polikliniken

Haipro- anmälningar som gav nya rutiner

Förstört blododlingsprov

Under mitt arbetspass märkte jag att det fanns en blododlingsflaska och en ytodling i kylskåpet i sköljrummet. Proven hade tagits 9.9.2015. De var alltså förstörda. Ifrågavarande prov hade tagits under nattskiftet och på morgonen hade man glömt att föra odlingarna till laboratoriet, och/eller informera morgonskötaren om att det finns prov i kylskåpet. Patienten var på avdelningen för en snabbvisit, ingen antibiotikabehandling hade påbörjats, så ingen skada hade skett. Blododlingsflaskor ska enligt laboratoriets anvisningar under inga omständigheter förvaras i kylskåp, vilket innebär att vi redan under längre tid hade gjort fel? Då jag konsulterade laboratoriet kom det fram att blododlingsflaskor ska tas dit så fort som möjligt och placeras i ett separat skåp som finns i laboratoriets aula. Det är ofta en aning jäktigt då en patient tas emot och därför hinner man inte genast ta odlingar till B3. Många gånger händer det därför att man inte kommer ihåg att ta dem till laboratoriet senare, till exempel på morgonen.

Handläggning:

Klara anvisningar om det korrekta tillvägagångssättet till alla: i avdelningens häfte och i allas e-post, dessutom skrivs anvisningen ut och läggs bland avdelningens alla andra labbanvisningar.

Ifyllande av Leponex-medicinkortet

Vid granskning av Leponex-kort upptäcktes att patienten fått 7,5 Leponex, men inget Leponex-kort hade fyllts i. TVK hade tagits tre gånger, men ingen hade fyllt i kortet eller dokumenterat resultaten på kortet. Läkaren hade nog kontrollerat svaren som inte innehöll något avvikande – ingen skada för patienten.

Det blev en del tillägsarbete då alla svaren måste fyllas i på en och samma gång. I något skede hade man beslutat att Leponex-korten ska fyllas i av nattskötaren, men det verkar som om det finns oklarheter i arbetsuppgifterna, eftersom det inte är klart vem som ska dokumentera svaren.

Handläggning:

På avdelningstimmen måste det muntligt och skriftligt informeras om att kanslisten skriver in TVK-svaren på blanketten samma dag då proven tas. Nattpersonalen kontrollerar att dagens dokumentation har blivit gjord.

Bristfälliga uppgifter i laboratoriebegäran

Under tidsperioden 03/2015-04/2015 har många labbprovbeställningar saknat viktiga uppgifter gällande isoleringen av patienten eller anteckningen "ta först/jour" – totalt har detta inträffat minst 15 gånger. Labbpersonalen behöver dessa uppgifter för att kunna planera sin provtagningsrunda i rätt provtagningsordning. Utan anteckningar kan det hända att en eventuell renisolering lämnas till sist eller att analysen av ett brådskande prov fördröjs.

Handläggning:

Varje dator har försetts med en anvisning om labbeställningar. Problemet har lyfts upp till diskussion på avdelningstimmen. Labbskötaren har ombetts kontakta kansliet om hon upptäcker fel i beställningsrutinerna, för att felet omedelbart ska kunna åtgärdas och för att det ska kunna klargöras varför misstaget inträffat.

Patientens id-dekaler

En patient som skulle genomgå en Aso-operation saknade dekaler försedda med patientens namn och streckkod. Det här försvårar provtagningen och dokumentationen av uppgifter i laboratoriets datasystem. Alla har nytta av att uppgifterna lagras i ifrågavarande program, eftersom alla också kan läsa dem via

programmet. Den 1.5.2015 inträffade en liknande händelse, då en nefrektomipatient som opererats dagen innan blev utan dekaler. För operationssalen är det här ytterst viktig information med tanke på prover och blodprov.

Handläggning:

En kontrollista utarbetas där det framkommer att ifrågavarande dekaler måste finnas då patienten överflyttas till operationssalen.

Felinlagd sugslang

Sugen hade lagts in fel/eller bristfälligt. Påsen hade öppnats så pass att andan på sugslangen hade kunnat kopplas, men i övrigt hade slangen lämnats i påsen utan att den hade kopplats till sugkatetern. Ifall patienten genast hade behövt sugen, skulle värden ha fördröjts.

Handläggning:

Personalen informeras om det inträffade och det repeteras att det hör till var och ens uppgifter att ställa rummet i ordning. Upplysning ges om den kommande bruktagningen av apparatpass.

Medicinlista och informationsutbyte

Enligt medicinlistan hade medicinen tagit slut den 31 augusti. En ny ordination hade inkommit först på eftermiddagen kring kl. 17. Det här upptäcktes inte på kvällen, men under morgonen hade detta nog kontrollerats innan administreringen av läkemedel och utdelning av läkemedel enligt ordination. Medicinlistan var dessutom oklar, eftersom alla gamla läkemedel inte hade avslutats. Det bristfälliga informationsutbytet var ett problem.

Handläggning:

Fastslogs att kanslisten som har kvällsskiftet på måndagar under läkarronden kontrollerar de läkemedelsändringar som gjorts under ronden. Även läkaren informerar arbetsgruppen om kommande läkemedelsförändringar.

Farliga situationer förknippade med produkter och utrustning

Farliga situationer (riskhändelser) förknippade med produkter eller utrustning inom hälso- och sjukvården ska alltid rapporteras till Valvira. Dyliga anmälningar kan göras i samband med en HaiPro-anmälan. En länk till Valvira's sidor finns på blanketten för anmälan av farliga situationer. Då anmälningen av riskhändelser görs direkt via HaiPro lagras uppgifterna om den farliga situationen även i systemet.

Med en riskhändelse avses en händelse som har äventyrat eller kunde ha äventyrat patientens, användarens eller någon annans hälsa. En farlig situation ska anmälas så fort som möjligt.

Enligt § 25 i lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010) ska en yrkesmässig användare lämna en rapport om en riskhändelse som inträffat vid användning av en produkt för hälso- och sjukvård som beror på produktens egenskaper, en avvikelse eller störning i produktens prestanda, brister i märkningen av produkten, en bristfällig eller felaktig bruksanvisning för produkten eller användningen av produkten.

En anmälan ska lämnas också om det är oklart vilken andel produkten eller utrustningen ha-

de i händelsen. Händelsen ska anmälas också till tillverkaren eller dennes representant, eftersom tillverkaren har det primära ansvaret för att en produkt är förenlig med kraven. Enligt strålskyddslagen 592/1991 ska dessutom avvikande händelser och risksituationer i samband med användningen av produkter som avger strålning anmälas till Strålsäkerhetscentralen.

En aktiv upplysning om farliga situationer förknippade med produkter och utrustning har ökat anmälningsaktiviteten på VCS relaterad till vårdutrustning.

- 61 anmälningar år 2015
- 50 anmälningar år 2014
- 45 anmälningar år 2013

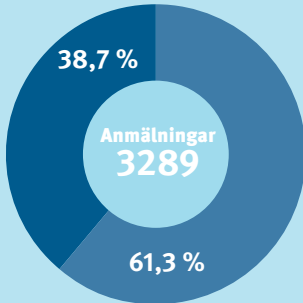


”
En anmälan ska göras även om det är oklart vilken andel utrustningen hade i händelsen.

HaiPro-statistik

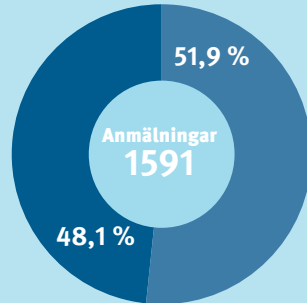
JANUARI-OKTOBER 2015

PRIMÄRVÅRDEN

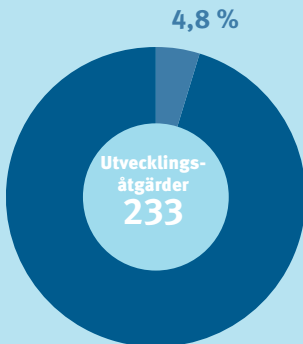


● Nära ögat-situationer ● Drabbade patient

VASA CENTRALSJUKHUS



UTVECKLINGSÅTGÄRDER INOM PRIMÄRVÅRDEN



● Anmälningar, som ledde till utvecklingsåtgärder ● Totala antalet anmälningar

UTVECKLINGSÅTGÄRDER PÅ VASA CENTRALSJUKHUS

