

Avdelning patientsäkerhet
Västra Götalandsregionen
2017-09-08

Brister i kommunikation och information - bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag

Sammanställning från händelseanalyser i Västra Götalandsregionen (2016) i Nitha Kunskapsbank

Innehåll

Resultaten i korthet	3
Bakgrund.....	4
Underlag.....	4
Resultat.....	5
Brister i kommunikation/information inom enheten.....	5
Brister i kommunikation/information mellan enheter.....	6
Brister i kommunikation/information med patient/närstående	7
Brister i kommunikation/information av annat skäl	8
Brister i tillgång till journaluppgifter, ordination, PM m.m.....	8
Brister avseende tolkning av information	8
Reflektioner.....	8
Referenser	10

Sammanställningen och reflektionerna har gjorts av Anna Pilström, lokal administratör i Nitha samt regional Nitharesurs tillsammans med Thomas Brezicka, regionläkare och medicinsk rådgivare, Patientsäkerhetsenheten, Västra Götalandsregionen. September 2017.

Resultaten i korthet

Identifierade bakomliggande orsaker inom kommunikation/information

- rutiner saknas, har inte efterföljts eller är inte kända
- brister vid överrapportering inom och mellan enheter
- brister i dokumentationen
- otydlig ansvarsfördelning
- skriftlig patientinformation saknas
- ingen uppföljning av vad patienten uppfattat vid genomfört samtal

Föreslagna åtgärder

- ny, uppdaterad eller aktualiserad rutin
- säkerställa god dokumentation
- genomföra scenarioträning
- ha kontinuerlig avstämning mellan yrkeskategorier samt återkommande teamkonferenser
- använda stöd för kommunikation som
 - SBAR
 - PEWS
 - Checklistor
 - Rapportblad
 - Teach back/Förstå mig rätt

Bakgrund

I Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet (1) beskrivs Kommunikation och informationsöverföring som ett riskområde. Det kan handla om information som överförs i samtal eller genom dokumentation. För att kunna ge en patientsäker vård är en av förutsättningarna att vårdpersonalen eller teamet har en tydlig bild av situationen som underlag för beslut som behöver fattas. Utebliven information eller missförstånd kan innebära en patientsäkerhetsrisk både i kommunikationen inom eller mellan enheter och i kontakt med patienten. För att behålla en gemensam bild av patientens vård och för att komplettera den muntliga informationsöverföringen är den vårdnära dokumentationen av stor vikt. Utöver detta behöver personalen och patienten förstå varandra, till exempel när patienten förmedlar sin bild av sin sjukdom, när rekommendationer om behandling ges eller för att upptäcka och rapportera biverkningar.

Det finns en skyldighet hos vårdgivaren att säkerställa att kommunikationen med patienten är god och att patienten får den information som behövs. I patientlagen (2) står att Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap 6 §). Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (3 kap 7§).

En händelseanalys är en metod för att identifiera bidragande bakomliggande orsaker till varför en oönskad händelse uppkommit (3). I Västra Götalandsregionen används Nitha som är ett nationellt IT-stöd för arbetet med händelseanalyser. I Nitha finns också en kunskapsbank där alla avslutade händelseanalyser, från hela landet, finns samlade. Syftet med kunskapsbanken är att stödja ett lärande utifrån egna och andras erfarenheter genom att möjliggöra aggregerade sammanställningar och analyser. Underlaget för denna sammanställning har hämtats ur Nitha Kunskapsbank (4).

I varje händelseanalys ska de bakomliggande orsakerna till en felhändelse fastställas. Dessa eftersöks inom fem områden; Kommunikation & information, Utbildning & kompetens, Omgivning & organisation, Teknik, utrustning & apparatur och Procedurer/rutiner & riktlinjer. I en analys återfinns för det mesta flera bakomliggande orsaker. Det går därför nästan aldrig att fastställa en enskild bakomliggande orsak som avgörande för det allvarliga händelseförlopp som utreds.

Denna sammanställning fokuserar på bakomliggande orsaker inom området Kommunikation & information och de åtgärdsförslag som föreslås med anledning av de identifierade bristerna.

Underlag

Bland alla analyser, med händelsedatum under 2016 i Västra Götalandsregionen och överförda till Kunskapsbanken, har analyser med bakomliggande orsaker inom Kommunikation och information lyfts ut och studerats ytterligare. Det var sammanlagt 47 analyser som fördelade sig över olika förvaltningar i regionen, se tabell 1.

De identifierade bakomliggande orsakerna inom Kommunikation och information specificeras ytterligare i 9 olika kategorier i Nitha. I de flesta av de 47 analyserna återfanns de bakomliggande orsakerna i kommunikation inom eller mellan enheter eller i

kommunikation med patient/närstående. Fördelningen av de bakomliggande orsakerna i de studerade analyserna under Kommunikation och information framgår av tabell 2.

Tabell 1. Fördelning av händelseanalyser med bakomliggande orsaker inom Kommunikation och information.

Skaraborgs Sjukhus	24
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	15
* Analys knuten till högre nivå (Västra Götalandsregionen)	3
NU-sjukvården	3
Alingsås Lasarett	2

Tabell 2. Fördelning av händelseanalyser inom kategorierna under Kommunikation och information

Brister i kommunikation/information mellan enheter	24
Brister i kommunikation/information inom enheten	19
Brister i kommunikation/information med patient/närstående	10
Brister i kommunikation/information av annat skäl	5
Brister avseende tolkning av information	4
Brister i tillgång till journaluppgifter, ordination, PM m.m.	3
Brister avseende delaktighet/medverkan av patient/närstående	0
Bristande kommunikation med patienten eller anhöriga	0
Brister i språkkunskaper/språkförståelse	0

Resultat

Brister i kommunikation/information inom enheten

Bakomliggande orsaker

I flera analyser beskrivs hur rutiner för kommunikation/information på enheten saknas. Det gäller rutiner för information om delegation och återkoppling eller rutin för överlämning av akuta uppgifter och information till rätt funktion. Det beskrivs också hur befintliga rutiner för kommunikation inte har efterlevts och att information om rutin inte har nått ut till personalen.

Kommunikationsbristerna inom enheten gäller i många fall rapporteringssituationer mellan olika yrkeskategorier. Till exempel inträffar det att all aktuell information inte finns med, att viktig information förloras på vägen mellan individer eller att avstämning mellan olika medarbetare inte har genomförts i tillräcklig omfattning. I en analys beskrivs hur läkarna förlitar sig på varandras bedömning och inte kommunicerar tydligt hur patienten undersökts och vilka fynd som gjorts. En otydlig ansvarsfördelning är en annan orsak till

brister i kommunikation/information. Om samarbets-formerna och riktlinjerna är otydliga försvåras kommunikationen.

Ett viktigt underlag för kommunikation/information om patienten är dokumentationen. Brister i dokumentation och planer kan vara orsak till att rätt information inte kommuniceras.

En del av de beskrivna bristerna gäller kommunikation inom enheten kring arbetsbelastningen. Exempelvis har information om en hög arbetsbelastning inte kommunicerats med linjeförfaren eller koordinatören som har till uppgift att fördela patienter efter vårdtyngd.

Föreslagna åtgärder

Ett vanligt åtgärdsförslag är en ny eller uppdaterad rutin. Här ges konkreta förslag till rutin för teamavstämning, tydligare rutiner för överrapportering och korta tvärprofessionella genomgångar vid rondtavlan. I flera analyser beskrivs också hur befintliga rutiner behöver revideras och aktualiseras för medarbetarna.

Åtgärdsförslag av en mer generell karaktär är till exempel att säkerställa att omvårdningsdokumentationen förs i enlighet med patientdatalagen samt socialstyrelsens Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården för att utgöra en grund för god och kvalitetssäker vård för patienten.

Koordinatören beskrivs som en nyckelfunktion när det gäller kommunikationen på enheter i flera analyser. Samtidigt beskrivs vikten av att den som har mest kunskap om förhållandena ska rapportera. Ytterligare ett annat åtgärdsförslag är att sjuksköterskor ska avsätta tid i slutet av arbetspasset för att ha förutsättningar att analysera, reflektera och planera för de patienter hen ansvarar för och därmed kunna kommunicera rätt information.

Som stöd i kommunikationen föreslås verktyg som SBAR (situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation), PEWS (pediatric early warning score), att använda checklistor och utarbeta rapportblad enligt SBAR eller ha en gemensam loggbok.

Många åtgärdsförslag gäller också praktisk övning som att utveckla teamarbetet, ha tvärprofessionella falldiskussioner och genomföra scenarioövningar som trimmar personalen till samarbete och tydlig kommunikation med återkoppling.

Att främja ett tillåtande klimat där möjlighet finns att fråga eller diskutera vid osäkerhet beskrivs som en åtgärd liksom att arbeta med kulturen på arbetsplatsen och verksamhetens värdegrund.

Brister i kommunikation/information mellan enheter

Bakomliggande orsaker

När det gäller kommunikation mellan enheter beskrivs hur dialog mellan öppen- och slutenvård eller mellan andra vårdgrannar saknats i samband med övergångar inom vården. Det har funnits brister i dokumentation och planering för patienten och olika dokumentationssystem används i verksamheterna.

I några analyser beskrivs hur ansvarsfördelningen mellan olika enheter varit otydlig, att rutiner inte följts, att all information inte funnits med eller att kommunikation mellan enheter via fax inte genomförts på ett säkert sätt.

Föreslagna åtgärder

Flera av åtgärdsförslagen för att förbättra kommunikationsbrister mellan enheter är inte så specificerade. Rutiner för att säkerställa kommunikation utöver dokumentation och förbättra kommunikationen i övergång mellan vårdgrannar är exempel på det. Åtgärder som också föreslås är att aktualisera gällande rutiner för personalen samt se till att de efterföljs.

Förslag på mer konkreta rutiner är förbättrad rutin för återkoppling till remittent när väntetid för undersökning överstiger 60 dagar, skapa en ny telefonmötesrutin, ny rutin om ansvarsfördelning mellan enheter och rutin för att information om eftervård ska framgå vid sign out vid operationslut.

Förslag till stöd för kommunikationen är överrapporteringsrutiner enligt SBAR och att använda SBAR vid beställning av ambulans.

Brister i kommunikation/information med patient/närstående

Bakomliggande orsaker

Orsakerna till brister i kommunikation och information med patient och närstående kan bero på att det saknas skriftlig patientinformation, att kommunikationen mellan läkare och patient inte fungerar optimalt eller att det vid samtal med patient i telefonen är svårt att avgöra hur sjuk hen är. Ytterligare orsaker som beskrivs är att ingen vårdplan har upprättats och att det finns brister i kunskapen om och följsamheten till Patientlagen.

I flera analyser beskrivs också hur vårdpersonalen inte tagit reda på vad patient och närstående uppfattat eller tagit till sig av den givna informationen eller att missförstånd uppstått. Det framgår också situationer där eventuella risker med en undersökning inte beskrivits för patienten, där information om väntetid inte framkommit och där patient och personal inte haft samma uppfattning om vilken operationsmetod som skulle väljas.

Föreslagna åtgärder

Som stöd för kommunikation i dessa situationer föreslås åtgärder som utbildning om informations-tekniken ”teach back”/Förstå mig rätt, att säkerställa skriftlig utskrivningsinformation till patienten jämte patientinformation om undersökningar och behandlingar. Här föreslås också att patienten kan göras delaktig genom att kallelsen kompletteras med information om att patienten hör av sig om de inte får svar inom förväntad tid. Vårdplan föreslås upprättas tillsammans med patienten.

Ett åtgärdsförslag är att information till patient och närstående om undersökningar och behandlingar också bör innehålla information om eventuella risker. Det föreslås vidare att en rutin skapas för kommunikation med närstående i akuta situationer, till exempel om något inträffar under en operation. Ett annat förslag är att genom en ny rutin säkerställa att information till patient och närstående har givits och uppfattats rätt. Här föreslås också att patienten ska informeras om möjligheten att ta del av sin journal via nätet.

Brister i kommunikation/information av annat skäl

Bakomliggande orsaker

De bakomliggande orsakerna i denna kategori gäller att riktlinjer inte har kommunicerats tillräckligt tydligt och att kunskapen om faxrutiner inte är väl känd.

Föreslagna åtgärder

De föreslagna åtgärderna är att implementera befintlig rutin samt förtydliga en rutin om ansvarsfördelning.

Brister i tillgång till journaluppgifter, ordination, PM m.m.

Bakomliggande orsaker

I de tre analyser som har denna bakomliggande orsak beskrivs hur informationsöverföring missats då journalsystemet byttes från papper till datajournal. Den inskannade journalen är inte lätt att hitta i och det finns risk att värdefull information missas. Här finns också exempel på att rondanteckningar dokumenteras på två ställen under olika sökord och att fortsatt planering efter operation varit otydlig.

Föreslagna åtgärder

De föreslagna åtgärderna är att rondanteckningar görs på ett ställe av läkare, under sökordet rondanteckning. Här föreslås också att informationsöverföringen ska säkras vid byte av olika patientsystem.

Brister avseende tolkning av information

Bakomliggande orsaker

I denna kategori beskrivs att avstämning mellan läkare och sjuksköterska saknats och att den muntliga rapporten till övertagande sjuksköterska brustit.

Föreslagna åtgärder

Ett förslag till åtgärd är att ha avstämningsmöten/teamkonferenser, genomgång av patienter vid rondtavlan samt återkoppla till ansvarig sjuksköterska efter läkarbesök.

Reflektioner

Patientens rätt till god kommunikation och information finns beskrivet i Patientlagen och är därmed en skyldighet som sjukvården har och en förutsättning för att patienten ska känna sig välinformerad, delaktig och trygg i vården. Utöver patientlagens krav finns ett generellt krav i patientsäkerhetslagen (5) att vårdgivaren ska förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Här ställs indirekt kravet att patienten ska få och förstå den information som behövs för att risk för vårdskada ska minimeras. Det kan t ex gälla uppkomst av symtom på försämring av sjukdom eller biverkningar av behandling som kräver särskilda åtgärder, ofta av akut karaktär. Här kan konkreta åtgärder som främjar patientdelaktighet sannolikt också påverka patientsäkerheten, t ex att patienten deltar i utformning av sin

vårdplan, får en läkemedelsberättelse, använder journal via nätet samt uppmanas i olika moment att ge feedback.

Många av de beskrivna orsakerna berör rapporteringssituationer av olika slag i verksamheten. Detta understryker hur viktigt det är att de särskilda situationer för kommunikation/information som finns i verksamheten är identifierade och att det finns tydliga rutiner för hur kommunikationen/informationsöverföringen ska genomföras. Vidare är det viktigt att personalens kompetens i kommunikation/information är hög och upprätthålls genom återkommande träning och feedback i realsituationer.

Vikten av en god dokumentation framkommer som en förutsättning för god kommunikation/information. Tydliga rutiner för vad som ska dokumenteras och att följsamheten till dessa rutiner granskas kan vara en framgångsfaktor.

En typ av åtgärder som förekommer för skilda orsaksområden är att främja ett tillåtande klimat där det ges möjlighet att fråga eller diskutera vid osäkerhet liksom att arbeta med kulturen på arbetsplatsen samt verksamhetens värdegrund. Ett sådant arbete är grundläggande för en god patientsäkerhet och hänger starkt samman med arbetsmiljöfaktorer, professionellt förhållningssätt och yrkesansvar.

I de studerade händelseanalyserna finns exempel på åtgärdsförslag som inte är tillräckligt konkreta. Det innebär att det i praktiken blir omöjligt att följa upp om åtgärderna vidtagits och om de haft effekt på den identifierade orsaken. Detta är något som inte bara gäller kommunikation/information utan förekommer inom alla orsaksområden. I varje händelseanalys bör man sträva efter att hitta åtgärdsförslag som är hållbara och får långtidseffekter. I första hand ska de vara möjliga att vidta för en verksamhetschef. Åtgärderna ska också helst vara möjliga att följa upp genom mätning, vilket redovisas i handlingsplanen. Information om händelsen till medarbetare eller engångsutbildningar kan inte betraktas som effektiva åtgärder i detta sammanhang, men kan självklart ingå i återföringen till personalen.

De föreslagna åtgärderna som framkommit i de studerade händelseanalyserna kan speglas mot rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad (3). De identifierade åtgärderna återfinns då inom alla tre kategorier, mycket effektiva åtgärder, effektiva åtgärder och begränsat effektiva åtgärder. De åtgärder som har fokus på patientsäkerhetskultur och standardisering av processer anses mycket effektiva. Användningen av stöd för kommunikation samt förbättrad dokumentation anses vara effektiva åtgärder medan nya rutiner har en begränsad effekt på patientsäkerheten.

Denna sammanställning är ett exempel på hur informationen i Nitha Kunskapsbank kan sammanställas och struktureras och vara ett underlag för reflektion kring likheter och skillnader mellan verksamheter. Det är också en möjlighet att sprida goda åtgärdsförslag för att åstadkomma en patientsäker vård.

Referenser

1. Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
2. Patientlagen (2014:821)
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
3. Handbok Riskanalys och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten, Sveriges Kommuner och Landsting.
<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/riskanalys-och-handelseanalys-analysmetoder-for-att-oka-patientsakerheten.html>
4. Nitha Kunskapsbank
<https://nitha.lio.sjunet.org/learn> (för att nå Nitha Kunskapsbank krävs åtkomst till Sjunet)
5. Patientsäkerhetslagen (2010:659) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659