



## Kommunikationsbrister i vården



Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

**Artikelnr** | 2014-29

**Omslag** | Svensk Information

**Foto** | Scandinav

# Förord

---

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i uppdrag att regelbundet återföra sammanställda resultat och iakttagelser från tillsynen. Återföringen ska ses som en hjälp för vård- och omsorgsverksamheter att tydligare se de brister som finns så att de kan åtgärdas. Denna rapport är en del av återföringen och i den diskuteras problem i samband med informationsöverföring i vården.

Rapporten analyserar ett antal tillsynsärenden från Södra sjukvårdsregionen som omfattar Blekinge och Kronobergs landsting samt Region Skåne. De tillsynsärenden som ingår i urvalet behandlar anmälda ärenden med brister i kommunikation och dokumentationshantering under åren 2013–2014.

Rapporten är framtagen av utredare Per Rosén och utgår från det riskanalysarbete som bedrivits på avdelning syd. Ansvarig avdelningschef har varit Klas Öberg. Deltagare i referensgruppen var inspektörerna Adam Holmström, Thomas Fridén samt enhetschef Eva Hansson. Även övriga inspektörer på enheten har deltagit i tillsynen och bidragit med värdefulla synpunkter, liksom utredare på avdelningen för analys och utveckling.

Gunilla Hult Backlund  
Generaldirektör

# Sammanfattning

---

Ett urval av 22 tillsynsärenden har analyserats med utgångspunkt från observerade brister i informationsöverföringen. I de flesta ärendena brister det både i kommunikation och i dokumentation, men också i de medicinska bedömningarna. Enskilda händelser inom dessa avvikelse-kluster tycks ibland höra ihop, men de kan även uppstå slumpartat och oberoende av varandra. Varje ärende tycks innehålla en rad sådana avvikelser utan koppling till varandra, vilket skulle kunna vara ett tecken på att brister i informationsöverföringen är ganska frekventa i hälso- och sjukvården, d.v.s. att de kan förekomma även i vårdepisoder som inte lett till anmälan. Det finns därför anledning att uppmärksamma detta område inom patientsäkerhetsarbetet.

Det är ofta i övergångarna mellan olika team eller vårdenheter som brister i informationsöverföringen kan noteras, men dessa brister kan uppkomma var som helst i vårdkedjan. De kan uppstå mellan öppenvård och slutenvård, mellan olika personalkategorier, mellan personal och patient/anhöriga och mellan företrädare för olika specialiteter, avdelningar eller huvudmän. I flertalet av de studerade fallen har brister i informationsöverföringen lett till allvarliga konsekvenser för patienterna.

Kommunikationen (samtal, mejl, telefon) kan också fungera dåligt *inom de* olika personalkategorierna. Ofta handlar det om oklara ansvarsförhållanden när behandlande läkare kallar på hjälp, konsult, jour, MIG-team (mobil intensivvårdsgrupp) eller äldre kollega med större erfarenhet. Problem kan också uppstå när läkare "täcker upp" för varandra, exempelvis när kollegor hjälper patientansvarig läkare med att skriva epikris, medicinlistor eller andra utskrivningsdokument för patienter som de kanske aldrig träffat.

Det finns ett antal situationer då brister i informationsöverföringen framträder mera tydligt och det handlar då om hantering av remisser, provsvar eller röntgenbilder. Även journalföringen som sådan är problematisk och i flera yttranden hänvisas till undermåliga journalsystem och svällande journaltexter. Dokumentationskraven i hälso- och sjukvården genererar stora informationsmängder som kan skapa bristande överblick och resultera i att viktig information inte uppmärksammas. Detta problem framstår i det aktuella urvalet som större än brister i själva dokumentationen.

IVO ser det som speciellt allvarligt när det brister i uppföljning av vitala parametrar, antingen för att den medicinska personalen inte registrerar dem, eller för att informationen misstolkas eller att man brister i uppmärksamhet och agerar för passivt. Så länge en patient har kraftigt påverkade vitalparametrar måste dessa följas upp av ansvarig läkare för den händelse att ytterligare behandling behöver sättas in eller diagnosen omvärderas.

I de flesta ärendena finner IVO avvikelser gällande såväl kommunikation som dokumentationshantering. Det kan därför finnas anledning för vårdgivare att

begrunda patientsäkerhetsarbetet ur ett mer strategiskt perspektiv. Skulle mindre dokumentationskrav och en bättre kommunikationskultur kunna leda till färre avvikelser? Samtliga ingående landsting rekommenderar att verksamheterna arbetar enligt kommunikationsmodellen SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) och i föreliggande rapport visas hur avvikelser kunnat undvikas om man faktiskt arbetat efter de grundläggande principerna i denna modell.

# Innehåll

---

Förord .....	3
Sammanfattning.....	4
Inledning .....	7
När kommunikationen inte fungerar.....	9
Fall 1. En avvikelse kommer sällan ensam .....	9
Fall 2. Både avsändare och mottagare har ansvar för provsvarshantering .....	10
Fall 3. Muntlig kommunikation med läkare och mellan läkare.....	11
Fall 4. Stora risker vid överrapportering av patientinformation.....	12
Dokumentationsbrister .....	14
Viktigt att observera patienters vitala parametrar.....	14
Röntgenremisser och -svar kräver tydlighet.....	15
Felaktig läkemedelsinformation en stor patientrisk .....	15
Mottagarens dilemma .....	17
För mycket information i journalsystemen.....	17
Varför blir det fel?.....	18
Vårdgivarnas förslag på åtgärder.....	18
Slutsatser.....	20
Referenser.....	22
Bilaga 1. Metoddiskussion.....	23
Var brister det i kommunikationen? .....	24
Vilka är dokumentationsbristerna? .....	24

# Inledning

---

Utbyte av information mellan olika aktörer är av största betydelse i en kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården. Endast i den mån som kommunikation och informationsöverföring fungerar effektivt kan måluppfyllelse nås. Information kommuniceras mellan huvudmän, vårdnivåer, specialiteter, personalkategorier, anhöriga, patienter m.fl. och brister i denna informationsöverföring kan resultera i oavsedda och svåra konsekvenser. Enligt kvalitetsinstitutet Joint Commission är brister i kommunikationen den enskilt vanligaste orsaken till vårdskador (1). World Health Organization (WHO) skriver att upp till 70 procent av alla händelseavvikelser beror på bristande kommunikation (2). Även IVO:s interna riskanalys visar att denna typ av brister återkommer i anmälningar och klagomål.

En del av dessa händelser anmäls som enskilda klagomål på vården och vårdgivarna har också en skyldighet att enligt lex Maria anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Det är vårdgivarens ansvar att själv utreda händelseförloppet och analysera vilka faktorer som har påverkat skeendet. Det åligger även vårdgivaren att vidta åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Ett urval tillsynsärenden (15 lex Maria och 7 enskilda klagomål från åren 2013-2014) i Region Skåne och landstingen i Blekinge och Kronoberg visar på både stor variation när det gäller i vilka situationer som brister i kommunikation och informationsöverföring kan uppstå och vilka former dessa avvikelser kan anta.

I rapporten redovisas några fall utförligare eftersom de illustrerar avvikelser som, i en eller annan form, förekommer mer frekvent. Dessa utgörs främst av identifierade kommunikationsbrister. Andra gånger är syftet att uppmärksamma brister som kan leda till särskilt allvarliga vårdskador. Citat från händelseanalyser, IVO-beslut eller enskilda yttranden illustrerar främst avvikelser inom dokumentationshanteringen. I denna del av rapporten hänvisas också till forskning, offentliga utredningar och aktuell debatt kring överdokumentation i vården.

## Syfte

Syftet med denna sammanställning är att identifiera ett antal riskområden och resonera kring hur kommunikation och dokumenthantering kan förbättras i olika vårdprocesser. Genom exempel och kommentarer identifieras ett antal händelser och informationsinsatser som belyser i vilka situationer det kan finnas anledning att ägna extra uppmärksamhet åt informationsöverföringen.

Händelseanalyser av enskilda fall kan sedan identifiera ett antal riskbeteenden. Det är däremot inte alltid uppenbart att det går att identifiera de underliggande kausalfaktorerna – varför agerade man på detta sätt? – utan många gånger kan man bara notera just mångfalden av bidragande faktorer. Det är sedan upp till läsaren att

reflektera över vilka situationer som kan aktualiseras i den egna verksamheten. Ett sätt att hantera brister i kommunikation och informationsöverföring kan vara just att man diskuterar och kommunicerar dessa avvikelser. Många gånger underlättas processen av en väl fungerande kommunikationsmodell.



# När kommunikationen inte fungerar

---

Ofta definieras *information* som själva innehållet i de meddelanden som överförs vid muntlig eller skriftlig kommunikation. I det följande kommer ordet *informationsöverföring* att användas som ett samlande begrepp för både *kommunikation* och för *dokumentationshantering*. I det senare området ingår aktiviteter kring journaler, provsvar, remisser, epikriser, medicinlistor, utskrivningsdokument etc. Även när det gäller riktlinjer, behandlingsrutiner, PM och checklistor kommer informationsöverföring att vara den samlande termen. Kommunikation är här en underrubrik som kommer att användas i betydelsen samtal, mejl eller brev.

Bland de tillsynsärenden som bildar underlag för denna rapport, kan det i vart och ett av fallen oftast finnas en rad olika brister i såväl kommunikation som i dokumentation. En iakttagelse är att där en patientsäkerhetsrisk noteras förekommer det ofta kommunikationsbrister och bristfällig dokumentationshantering samtidigt. En avvikelse förekommer sällan ensam, vilket illustreras i följande lex Maria-ärende.

## Fall 1. En avvikelse kommer sällan ensam

En havande kvinna förlorade sitt barn på kvinnokliniken i Lund. På misstanke om arytm (hjärtrytmrubbningar) hade en mödravårdsbarnmorska remitterat kvinnan till kvinnokliniken. Hon hade vid telefonsamtal med barnmorska A på obstetriska mottagningen diskuterat den låga fosterljudsfrekvensen och barnmorska A preliminärbokade en tid på blodflödeslaboratoriet. Därefter gick hon på rast. När patienten anlände hade barnmorska B just börjat sitt arbetspass. Hon var inte informerad om att patienten skulle komma.

Patienten var heller inte informerad om vilken undersökning som planerats för henne. Inte heller läkaren som några timmar senare tog ett beslut om kejsarsnitt på misstanke om fosterasfyxi (syrebrist) hade fått information om barnmorskornas arytm-misstankar och att en blodflödesmätning hade bokats. Först när patienten förbereddes för operation informerade barnmorska A läkare 1 om att kvinnan remitterats in på misstanke om arytm. Läkare 1 kontaktade läkare 2 och man beslutade trots allt att genomföra kejsarsnittet. Barnet visade sig lida av ett hjärtfel och avled efter ett dygn, möjligen till följd av att mamman endast befann sig i 26:e graviditetsveckan.

I vårdgivarens internutredning framkommer att viktig information från mödravården inte nått barnmorska B som tog emot patienten. Tidigare telefonkontakt och planering var inte införd i PASIS. Barnmorska A informerade inte tjänstgörande läkare om att patienten var på väg och patienten hade inte fått information om den planerade blodflödesundersökningen. Samtidigt tog inte Läkare 1 till sig informationen från barnmorska A att man bokat tid för blodflödesmätning. Redan så här långt i processen finner man ett antal situationer där det brister i såväl kommunikation som i dokumentationshantering.

Ofta uppstår kommunikationsbrister i överföring av information mellan olika personalkategorier, vilket illustreras i ärendet, men även kommunikationen mellan läkare 1 och läkare 2 visar på en speciell funktionsproblematik. Läkare 1, som är ST-läkare, skriver i sitt yttrande om hur han reagerade på informationen från barnmorska A:

*”Jag vänder denna misstanke med Prof. X som jag efter beslutet (om operation) har tillkallat för att hjälpa mig med snittet. Vi pratar om detta då patienten förbereds för sövning och allt görs klart nere på förlossningen, men ändrar inte beslutet om sectio (kejsarsnitt) då asfyxi inte kan uteslutas.”* Vem ändrade inte beslutet? Prof. X skriver nämligen i sitt yttrande: *”Jag såg mig mer som en assistent än beslutsfattare eftersom beslutet om kejsarsnitt redan var taget.”*

Exemplet illustrerar således en rad olika typer av kommunikationsbrister; från mödravården som inte informerade patienten om varför hon remitterades till sjukhuset, till de båda läkarna som har svårt att avgöra vem som fattade beslut om att genomföra operationen. Mycket av jourverksamheterna runt om i landet bemannas med läkare under utbildning (AT/ST). Det är därför viktigt att slå fast vem som har ansvar för beslut när äldre och mer erfaren kollega tillkallas eller tillfrågas. Om inte annat anges, övergår ansvaret oftast till den färdigutbildade kollegan.

**Fall 2. Både avsändare och mottagare har ansvar för provsvarshantering**  
Socialstyrelsen skriver på sin hemsida om kommunikation och informationsöverföring att *”Remisser som hamnar fel, provsvar som kommer bort eller journalanteckningar som inte skrivs ut i tid innebär väl kända risker som kan leda till fördröjd, felaktig eller utebliven vård. Tydliga rutiner för registrering och bevakning av inkomna och utskickade remisser har visat sig vara viktiga faktorer för en säker remisshantering.”* (3) För det mesta fungerar rutiner för både remiss- och provsvarshantering bra men när det väl går fel, kan konsekvenserna bli väldigt allvarliga.

Ett exempel med försumlig provsvarshantering gäller en patient i Kronoberg med överarmsfraktur. Armen röntgas och eftersom bilderna väcker en del frågor, sänds de till tumörortopederna på universitetssjukhuset i Lund (SUS). Läkare på de båda sjukhusen har också telefonkontakt senare under dagen och även dagen därpå. Samma dag tas även blodprover i Växjö och man finner en nytillkommen M-komponent (markör för myelom som kan försvaga skelettet). Informationen faxas till ortopederna i Lund, men uppmärksammas inte där. I remissvaret från Lund kommenteras inte fyndet. Patienten undersöks på SUS och går sedan på frakturuppföljning under hela hösten och först fyra månader senare hittar ortopederna i Lund det faxade svaret från blodprovstagningen i Växjö. Behandling mot mannens nyupptäckta blodcancer inleds då omedelbart.

På Lundakliniken ifrågasatte man varför läkarna i Växjö inte hade uppmärksammat kollegorna på SUS om att provsvaret fyra månader tidigare hade påvisat en M-komponent. IVO riktar dock kritik mot båda klinikerna för att inte läkarna mer aktivt efterforskat resultat av genomförd blodprovstagning. I Landstinget

Kronobergs internutredning konstateras att det åligger hemmakliniken att se till att provsvar åtgärdas. Man skriver vidare att kommunikation och informationsutbyte mellan de två klinikerna till stor del utgjorts av brev och fax och att telefonkontakt inledningsvis verkar ha tagits utan problem. Sedan växte uppenbarligen kommunikationsproblemen. I utredningen står det: *”Det finns ingen tydlig kontaktväg till tumörortopederna. Det framgår av intervju att läkare från Växjö har svårt att nå direkt kontakt med läkare i Lund och i kopiorna från anteckningar i Lund så kan man se att det omvända också föreligger.”*

Bristande kommunikation mellan vårdgivare kan leda till stora patientrisker, men patienten kan också vara en viktig informationsbärare. Ett åtgärdsförslag som vårdgivaren presenterar i händelseanalysen ovan gäller patientinformationen: *”En barriär som kunde ha förhindrat att svaret inte blev åtgärdat hade varit att förmedla till patienten att proverna inte var normala och att han skulle ha detta i åtanke i samband med besöket i Lund eller också vid efterföljande mottagningsbesök i Växjö.”* Liksom i fallet med förlossningspatienten betonas patientinformationen som ett viktigt komplement till den kliniska informationsöverföringen.

På hemmakliniken kan läkarna ha tolkat ”tystnaden” från SUS som att man utifrån sin expertkompetens på universitetssjukhuset tagit ställning till att provsvaret inte var något som borde föranleda ytterligare åtgärder, utan läget var under kontroll. Vid överföring av information kring viktiga diagnostiska fynd, kan det vara lämpligt med system som kräver att mottagaren på ett eller annat sätt bekräftar att man tagit del av informationen.

### Fall 3. Muntlig kommunikation med läkare och mellan läkare

I den nationella Vårdhandboken står att läsa: *”Läkare och sjuksköterskor lär sig att kommunicera på olika sätt. Sjuksköterskor är tränade att noggrant och utförligt beskriva symtom medan läkare är mer kortfattade och direkta. För att uppnå en säker kommunikation är det viktigt att utveckla ett gemensamt språk för all hälso- och sjukvårdspersonal. En säker kommunikation är korrekt, avgränsad, kommer vid lämpligt tillfälle och innehåller det som är viktigt för mottagaren. Den ska fungera i alla led och vid alla tillfällen så att all personal har en gemensam bild av situationen.”* (4)

Det fungerar inte alltid så. En pojke kommer till akutmottagningen efter en fallolycka. Akutläkaren konsulterar barnläkare som undersöker pojken och konstaterar neurologiska bortfall. Hon ordinerar akut skiktröntgen av skallen och remiss skickas. Därefter konsulterar akutläkaren även kirurgjour och det beslutas via telefon att avstå från skiktröntgen och istället göra MR-undersökning. Denna kan dock inte utföras förrän tre dagar senare. Trots lång erfarenhet var kirurgläkarna inte medvetna om att dessa undersökningar inte genomförs helgtid på sjukhuset. Barnläkaren erhöll ingen information om att hennes ordination hade ändrats. Pojken drabbades av infarkt i lillhjärnan med bestående men.

Pojken hade innan dess haft svår huvudvärk och gråtit mycket. Den tredje natten försämrades hans tillstånd ytterligare. Kirurgens husjour kontaktades vid ett par tillfällen via telefon, men denne uppfattade varken att patienten försämrats

ytterligare eller att han själv direkt ombads att komma till avdelningen. Sjuksköterskorna upplevde att de hade förmedlat sin oro för patienten. Först på morgonen kom jourläkaren ner till avdelningen. I händelseanalysen står att läsa:

*”Husjouren kontaktas via telefon vid tre tillfällen. Husjouren uppfattar inte att pojken försämrats jämfört med tidigare kontroller/ronder som varit under helgen. Husjouren uppfattar heller ingen förändring i medvetandegrad och upplever telefonkontaktarna som mer diskussioner angående hur pojken mår. Han blir inte direkt ombedd att komma. Sjuksköterskorna som ringt honom upplever att de förmedlat sin oro för patienten och att husjouren inte förstått deras oro. De känner sig uppgivna.”.*

Händelsen resulterar i en lex Maria-anmälan och i utredningen konstateras att händelseförloppet dessutom komplicerats av att tolkmöjligheter saknats, men kommunikationsbristerna var flera. Inte vid något tillfälle användes SBAR, som är det rapportverktyg som ska användas vid det aktuella sjukhuset. SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. SBAR ställer krav på både avsändaren och mottagaren av budskapet. Med SBAR tvingas avsändaren att formulera sitt budskap, skilja viktigt från oviktigt och bjuda in till dialog. Mottagaren kan inte förhålla sig passiv utan måste vara aktiv, lyssnande och inriktad på att hitta lösningar (3).

I flera av de 22 rapporterade ärendena finner man, som tidigare nämnts, exempel på kommunikationsbrister mellan sjuksköterskor och läkare. I ett fall kritiseras en sjuksköterska för att hon inte muntligt framfört till operatören en viktig iakttagelse hon kvällen innan fört in i journalen. Detta bör vara rutin vid *allvarliga* iakttagelser, men får inte utvecklas till rutinåtgärd eftersom det i förlängningen skulle kunna innebära att journalen tappar i betydelse som informationskälla. Muntlig överföring kan inte ersätta den skrivna journalen. Patientjournalen ska vara en informationskälla också för patienten och för uppföljning och utveckling av verksamheten.

#### Fall 4. Stora risker vid överrapportering av patientinformation

Ofta uppstår risk för kommunikationsfel i övergångarna mellan olika enheter eller yrkesgrupper i vårdprocessen. Det förekommer dock på alla nivåer i vårdkedjan, också i överrapportering mellan olika arbetslag på samma enhet eller vid konsultationer med olika specialister. Ett ärende behandlar en 20-årig förstföderska som remitterades till sjukhuset i Lund (SUS) p.g.a. moderkaksavlossning. De första dagarna var vården inriktad på behandling av detta och av denna anledning missade man en del rutinåtgärder som t.ex. uppföljning av blodtryck. Kommunikationen fungerade dåligt vid flera överrapporteringar och förlossningen genomfördes för sent. Patienten utvecklade under vårdtiden svår havandeskapsförgiftning, preeklampsi. Ett dygn efter kejsarsnitt uppstod en kraftig blodtrycksstegring och kvinnan drabbades av en stor hjärnblödning.

På den postoperativa avdelningen fick man inte någon förhandsinformation om patienten eller några ordinationer för den fortsatta vården. Patienten uttryckte också att hon inte fått någon ordentlig information och önskemål om detta framfördes till obstetriker av sjuksköterska som kände sig orolig för patienten, och också ganska

ensam om ansvaret för henne. På eftermiddagen började blodtrycket stiga och när patienten på kvällen flyttades över till förlossningsavdelningen fungerade inte övrapporteringen och situationen på avdelningen var närmast kaotisk.

I händelseanalysen står det att läsa: ”MIG (mobil intensivvårdsgrupp) tillkallas enligt uppgift. IVA-läkaren som kommer uppfattar inte detta som ett MIG-uppdrag utan ser det som ett konsultuppdrag. Ingen dokumentation görs och övervakningslista enligt MIG startas ej.”

Återigen uppstår oklarhet kring roller och ansvar när jourläkare eller äldre kollegor kallas in som exempelvis MIG-team eller som konsulter. Mer erfaren kollega som tillkallas tar alltså som regel över ansvaret för de beslut som fattas och det borde heller inte vara någon skillnad om man tillkallas som IVA-jour eller MIG-team – uppgiften är att värdera om patienten har etablerad eller hotande svikt i sina vitala funktioner, så att behandlande läkare vidtar rätt åtgärder. Här tycks på flera sjukhus finnas behov av klargöranden.

Som bifynd i internutredningen framkommer också att det råder vissa samarbetsproblem bland läkarna på KK i Lund, vilket bedöms som en riskfaktor för vården. Kommunikationsproblemen tycks systematiska. Flera läkare på KK läser t.ex. inte sina mejl via skane.se och alla har heller inte någon anvisning om annan adress som kan användas. Även detta kan utgöra en patientrisk och det rekommenderas i åtgärdsförslagen att skane.se-brevlådan gås igenom minst en gång i veckan. Det framgår inte av händelseanalysen varför man väljer just detta intervall. Viss mejlkommunikation kan utgöra en integrerad och viktig del av vårdprocessen.

Ibland uppstår problem då läkare ”täcker upp” för varandra och delar på patienter. I ett ärende tar läkare 2 över en patient från en kollega. Läkare 1, som signerat provsvaren, hade troligen tänkt överväga åtgärder efter sin undersökning, men provsvaren blev istället signerade utan planerad uppföljning. Därigenom kom patientens avvikande värden att missas under hela vårdtiden.

Läkare 2 skriver: ”Vad jag vidare kan komma ihåg från den aktuella dagen är att jag med stor sannolikhet aldrig träffade patienten. Jag var inte involverad i patienten mer än att jag fick besked om att skriva epikrisen.”

# Dokumentationsbrister

---

En stor del av informationsöverföringen i hälso- och sjukvården sker via skrivna dokument som journaler, remisser, provsvar, utskrivningsmeddelanden, medicinlistor etc. Utöver den information avseende den enskilda patienten som omfattas av patientdatalagen finns ofta PM, checklistor och riktlinjer inlagda på klinikernas intranät.

Ibland förmedlas rutinerna endast muntligt och det finns i det aktuella materialet ett par exempel på bristfällig introduktionsutbildning av ny personal där man inte informerat om viktiga rutiner. Detta har i sin tur lett till allvarliga misstag. Det är viktigt att tydliggöra för personalen vilken information som ska framföras muntligt och vilka dokumentationsuppgifter och journalanteckningar som ska prioriteras när informationsbruset framtvingar sållning.

## Viktigt att observera patienters vitala parametrar

Trots alla dokumentationskrav, rymmer de 22 anmälningsärendena många exempel på att det fortfarande finns saker som inte journalförs; provsvar, besök, konsultsvar etc. Listan kan göras lång. Ibland har åtgärder heller inte utförts, utan att detta framgår i dokumentationen. Smärtskattning och uppföljning av vitala parametrar återkommer som bristområden i materialet. Dessa brister har också konstaterats i en tidigare ärendeanalys på IVO:

*”Trots att man på många sjukhus de senaste åren har genomfört ALERT-utbildningar, infört rutiner för värdering av vitala parametrar (...), kan en patients sjukdomstillstånd försämrats utan att det uppdagas i tid. I vår uppföljning kunde vi finna ett mönster där den medicinska personalen – läkare och sjuksköterskor – visserligen noterat avvikelser, men därefter ignorerat det de påvisat, varit allt för passiva eller feltolkat undersökningsfynden. Det kan invändas mot en retrospektiv genomgång som den här beskrivna, ett utvalt material med endast 21 patienter, att det rör sig om enstaka ”olyckliga” fall. Men eftersom mönstret är så tydligt för oss anser vi att det ändå bör uppmärksammas.” (5)*

Samma typ av iakttagelser kan göras bland de här aktuella tillsynsärendena, men det finns också goda exempel. När vårdpersonal upptäcker att viktig information saknas i patientdokumentationen är det speciellt angeläget att uppmärksamma kollegor på detta. En sjuksköterska skriver i ett ärende: *”Jag ringde och rapporterade muntligt till barnmorska på förlossningen. Jag tyckte att det var extra viktigt med denna muntliga rapport p.g.a. att det varit mycket med patienten och att ordinationer på läkemedel och infusioner var otydliga.”* Detta förhållningssätt illustrerar en god kommunikationskultur.

Nu fanns det i det aktuella fallet, utöver en glukosinfusion, faktiskt inga givna ordinationer och sjuksköterskan på postoperativa avdelningen meddelade också läkare detta. Denne kontaktade i sin tur operatören som sa sig inte ha någon del i patientens fortsatta vård. Han hade bara utfört operationen p.g.a. tidsbrist hos



obstetrikerna. Obstetriker anlände och hänvisade sjuksköterska till ordination enligt riktlinjer, vilket hon vägrade utan skriftlig ordination.

Riktlinjer ska inte kunna användas som ersättning för dokumentation. Vid uppföljning och tillsynsverksamhet granskas inte minst om vårdpersonalen efterlever gällande riktlinjer. Då krävs dokumentation av vad som *faktiskt* sker i vårdsituationen och inte bara om det finns riktlinjer. Det aktuella ärendet visar, än en gång, att inom området kommunikation och informationsöverföring finns en stor mängd risker som bäst undviks genom en grundläggande god kommunikationskultur, snarare än genom punktvisa åtgärder.

### Röntgenremisser och -svar kräver tydlighet

Även om information skulle finnas till hands, är det inte säkert att den presenteras på ett sådant sätt att missförstånd undviks. Bild- och funktionsmedicin (röntgen) är en viktig disciplin och avgörande för många medicinska specialiteters behandlingsinsatser för olika patientgrupper. Det är många gånger avgörande beslut kring patientens behandling som tas utifrån provsvar och röntgenbilder. Behandlande läkare bör ha tillgång till klar och entydig information. Ett felaktigt eller otydligt utlåtande kan medföra allvarliga konsekvenser för en enskild patient, och otydliga remisser kan leda till bristfälliga röntgenundersökningar.

I ett ärende beskriver en röntgenläkare sitt fynd med orden *”Bukens parenkymatösa organ är utan anmärkning förutom multipla cystor i njurarna och en vidgad pankreasgång men intet patologiskt i caput pankreatis. Ingen lymfadenopati eller ascites. Intet patologiskt i lilla bäckenet”*. Trots att det tydligt talas om *”multipla cystor i njurarna”* och *”en vidgad pancreasgång”* är tonfallet i yttrandet av den naturen att provsvaret inte föranleder någon vidare utredning på patientens hemmaklinik och patienten utvecklar en långt gången cancer innan den uppdagas.

En 2-årig flicka med hälta och smärtor i benet remitteras till röntgen och i remissen skriver läkaren *”Tacksam rtg vä ben samt hö knä för att kunna göra sidojämförelse av knälederna.”* Detta tolkas som att man ska koncentrera sig på knälederna varför vänster underben inte blir röntgat. Röntgensvaret är dock otydligt och kan ge intryck av att hela benet är undersökt. Så var dock inte fallet och ett halvår senare upptäcker man en tumör på vänster underben.

### Felaktig läkemedelsinformation en stor patientrisk

Ett bifynd i en tillsynsutredning gäller en patient som har tre olika medicinlistor i journal, epikris och in/utskrivningsmeddelande. I patientjournalen nämns att mannen bl.a. tar *Metformin*, *Ramipril* och *Salures*. I epikrisen sägs att mannen använder *Waran* och *Digoxin*, inget annat. Vid ny inskrivning på akuten en månad senare nämns tio läkemedel, varav samtliga ovanstående utom *Metformin* ingår. Det väcker funderingar kring var de olika uppgifterna kommer ifrån – hur har det kunnat bli så fel? Den aktuella händelsen anmäldes p.g.a. bristande uppföljning av förhöjda njurvärden hos patienten som avled en månad senare. Totalt tre fall handlar om just bristande uppföljning av förhöjda kreatinin-värden

Det finns fyra ärenden i materialet som handlar om felaktig dokumentation. Förutom det ovanstående fallet gäller två ärenden felaktig läkemedelsordination

och ett ärende felaktig registrering av ett nyfött barns Rh-typ vilket ledde till att mamman inte erhöll Rh-profylax och därefter inte vågar bli gravid fler gånger. En viktig förklaringsfaktor till missödet var att den nyanställda sjuksköterskan inte hade fått tillräcklig introduktionsutbildning.



# Mottagarens dilemma

---

Gemensamt för all informationsöverföring är att den kräver både avsändare och mottagare; någon har en skyldighet att formulera eller sända informationen och någon ska ta emot den och eventuellt konfirmera mottagandet. Det kan uppstå problem om avsändaren försummar sin uppgift att nedteckna relevant information eller om informationen är oklar, felaktig, för komplex eller helt enkelt irrelevant. I enskilda yttranden talar vårdpersonal om *för mycket* information. Journalerna är för omfattningsrika, riktlinjerna för många eller så upplever man den totala mängden information som alltför omfattande.

Problematiken har då förflyttats från avsändaren till mottagaren och i de aktuella tillsynsärendena är det inte så mycket undermålig dokumentation som utgör det huvudsakliga problemet, utan snarare mottagarnas bristande förutsättningar att ta till sig informationen, eller att efterleva dessa riktlinjer och PM.

## För mycket information i journalsystemen

Det är således inte bristen på rutiner, riktlinjer, PM och checklistor som är den huvudsakliga säkerhetsrisken, utan ett mycket större bekymmer är provsvar som inte uppmärksammas eller riktlinjer som inte efterlevs. Därför kan det finnas skäl att ifrågasätta allt för stark fokusering på utökad dokumentation som svar på upplevda brister i vården. Kan det vara så att en ökad mängd journalrutiner, checklistor, PM etc. faktiskt bidrar till fler försummelser?

Flera läkare vittnar i sina yttranden om stora problem i dokumenthanteringen, både beroende på inbyggda brister i de elektroniska journalsystemen, men framför allt beroende på den ständigt växande informationsmängden i journalerna. I ett ärende skriver en av läkarna i sitt yttrande: *"Emellertid är överdokumentation i våra komplicerade datasystem kanske till del orsak till problemet i detta fall. Det dokumenteras alldeles för mycket."* I en kommentar i Läkartidningen beskrivs journalen som *"en enda stor textklump som ingen orkar läsa."* (6)

Framför allt leder allt för diger dokumentation till att helhetsbilden går förlorad och i flera ärenden återkommer kritik mot att de elektroniska journalsystemen ofta inte medger en sådan överblick. Ibland vet man inte ens vem som antecknat vad och i en händelseutredning konstateras: *"Läkardokumentation i Melior är svår att följa och en tydlig, samlad bild av patientens allmäntillstånd saknas. Det är sjuksköterskan som skriver rondanteckningar med läkarbedömningar och beslut. Detta försvårar jouläkarens bedömning om patientens tillstånd försämras när avdelningens läkare inte är i tjänst."*

Både i facklitteraturen (6, 7) och i tillsynsmyndighetens iakttagelser konstateras att det råder en påtaglig överdokumentation i vården. Inte minst visar de åtgärdsprogram som lex Maria-ärendena framtvingar, att de flesta problem bemöter man med nya riktlinjer, PM, journalrutiner, checklistor etc. Kanske bör man reflektera över dessa åtgärder och endast införa nya skriftliga riktlinjer etc. om det

kan visas att dokumentationen totalt sett minskar. Varje förändring i rutinerna skulle då leda till minskad dokumentationstid och istället ge möjligheter till ökad patienttid, en enskilt viktig åtgärd för höjd vårdkvalitet.

Huruvida elektroniska patientjournaler har förbättrat kommunikationen och samarbetet mellan vårdpersonal har ifrågasatts. I en studie av 98 anteckningar i 10 slumpmässigt utvalda journaler konstateras att *"Dokumentationsrutinerna medför ineffektivitet i kommunikationen och risker för avvikelser i vården"*. (7) Det handlar ganska mycket om möjligheten att kopiera och klistra in, samt att 70 procent av det som läkare skriver i journalerna är upprepningar:

*"Nu har vi en situation där ett dagkirurgiskt ingrepp måste dokumenteras på fem olika ställen i journalen. Att behöva gå in i flertalet olika mallar för att dokumentera fragment av samma process kring en patient försämrar följsamheten till dokumentation."*(6)

### Varför blir det fel?

Ibland kan brister i efterlevnad av PM och riktlinjer förklaras av en ansträngd arbetssituation eller att nyanställd personal har otillräcklig introduktionsutbildning. Ett citat från en utredning i ett av ärendena illustrerar de förhållanden som ibland kan råda:

*"Inskrivande underläkare, som arbetat tre månader, kände inte till detta PM. Det besked som gavs av en mer erfaren läkare stämmer inte med vare sig innehåll i PM eller med klinikens traditioner. Sjuksköterskan som vårdade patienten på avdelningen var också ny och kände heller inte till gällande rutiner. Vid rondan handledde överläkaren en helt ny underläkare, varför den uteblivna informationen inte uppmärksammades."*

Ofta beskrivs just omständigheterna kring avvikelserna med att det rörde sig om oerfaren personal och att patienttrycket var stort, men dessa faktorer utsätter bara systemet för extra tryck – ett välfungerande ledningssystem kan hantera enstaka avvikelser. Inte minst kan en välinformerad patient kompensera för brister i informationsöverföringen..

Vissa risksamband går att påvisa, som att flera avvikelser skett till följd av just bristfällig introduktionsutbildning, oklara ansvarsförhållanden eller avsaknad av riktlinjer. I andra fall handlar det om hög arbetsbelastning och bristande uppmärksamhet, vilket i sin tur många gånger tycks ha ett samband med överdokumentation och därmed svårigheter att överblicka informationen. I en sådan situation kan en förbättrad dokumentationsstruktur och en god kommunikationskultur bidra till att minimera riskerna.

### Vårdgivarnas förslag på åtgärder

I de 22 ärenden som ingår i översikten föreslår vårdgivarna ett stort antal åtgärder för att förhindra framtida upprepning av noterade avvikelser. Det är ofta samma typ av åtgärder som föreslås. Om man slår samman och kategoriserar dem får man följande förteckning:

## Åtgärdsinsatser:

<b>Framtagande, revidering, införande, distribution av nya rutiner, PM, checklistor eller riktlinjer</b>	<b>54</b>
<b>Information, utbildningar, diskussionsmöten</b>	<b>34</b>
<b>Stickprov, kontroller, uppföljningar</b>	<b>22</b>
<b>Nya IT-lösningar</b>	<b>12</b>
<b>Samt ett okänt antal utredningar, analyser, åtgärdsdiskussioner, klargöranden, beslut om ändrad bemanning etc.</b>	

Alla dessa åtgärder kräver organisation och bred förankring. Utbildningsinsatserna omfattar emellanåt en mindre grupp, ett arbetslag e.d., men andra gånger rör det sig om upprepade utbildningstillfällen, riktade till en stor grupp eller olika grupper anställda.

Patientsäkerhetsarbetet har ibland också institutionaliserats och byråkratiserats på ett sätt som kan väcka frågetecken kring åtgärdernas effektivitet. Att processer kompliceras på detta sätt är sällan beroende på enskilda individers tillkortakommanden utan speglar mer en organisationskultur. Förhållandet illustreras i ett yttrande från en sektionschef:

*”PM om sövning vid ileus på barn var underskriven av medicinskt ansvarig och klar enligt enhetens rutin, men under händelseanalysen framkom oklarheter kring om den även skulle ha godkänts av sektionschef samt om den var känd i läkargruppen. Detta har lett till diskussion angående hur PM ska förankras och göras kända samt hur man ska dokumentera vem som är medicinskt ansvarig för respektive PM. Allmänt gällande PM föreslås att alla PM bör diskuteras i hela den aktuella gruppen så att de är förankrade, varefter de mailas till alla involverade och via patientsäkerhetssamordnare läggs i dokumentportalen.”*

# Slutsatser

---

## Bättre patientsäkerhet med strukturerad kommunikationsmodell

Patienten är huvudperson i de flesta av vårdens processer och en välinformerad patient är en tillgång i vårdkedjan. Färre avvikelser uppstår om patienter informeras om planerade insatser, provresultat, diagnoser, läkemedelsordinationer etc. och blir medaktörer i vården. Flera av de rapporterade avvikelserna hade kunnat undvikas om patienten själv varit delaktig. Patienten kan utgöra en viktig del av patientsäkerhetsarbetet.

WHO har tagit fram en modell för säker informationsöverföring mellan vårdpersonal och patient och mellan olika vårdlag och vårdenheter (en fylligare version finns att hämta på Socialstyrelsens hemsida). De flesta rekommendationerna framstår som väldigt relevanta vid beaktande av de beskrivna avvikelserna i denna rapport:

- Utveckla en standard för hur patientinformation ska förmedlas mellan olika arbetsskift, olika vårdenheter och olika verksamheter. Utgå gärna från standardiserad metodik för kommunikation, exempelvis SBAR.

Ett av de mest kritiska ögonblicken i vårdprocessen är då ansvaret för både patienten och informationsöverföringen övergår till ny personal. Ibland förmedlas inte helhetsbilden av den enskilde patientens behov, vilket visas i fall 4 där en förstföderska drabbas av hjärnblödning. Kvinnan befinner sig vid ett tillfälle på undersökning när personal förgäves letade efter henne på postoperativa avdelningen. Ingen vet var hon befinner sig just då. Även i det andra förlossningsärendet (fall 1) beskrivs misstag i samband med att barnmorskorna inte överrapporterar korrekt.

- Säkerställ att det alltid finns någon ansvarig som har uppdaterad information om patientens status, behandlingsplan, läkemedelsbehandling och aktuella åtgärder.

Andra ärenden i materialet visar patienter som saknar medicinskt ansvarig läkare och som därför genomgår olika bedömningar och utsätts för felaktig behandling. Pojken med skallskada drabbades av infarkt för att läkarna inte var överens om diagnos. I samma ärende ges exempel på dålig kommunikation mellan sjuksköterska och läkare i bedömning av patientens status.

- Förse varje patient med information om hans eller hennes hälsotillstånd samt genomförd och planerad behandling, på ett sätt som är begripligt för patienten.

Det sistnämnda är viktigt. I fall 1 hade kanske kejsarsnittet kunnat undvikas om kvinnan själv vetat varför hon remitterats in till sjukhuset. Hade mannen med

blodcancer känt till att provsvaren inte var normala hade fyndet kanske uppmärksamats tidigare.

- Vid utskrivning av en patient: Kontrollera att både patient och nästa vårdgivare erhållit information om utskrivningsdiagnos, behandlingsplanering, provresultat och medicinering.

Överrapportering mellan olika huvudmän, landsting och kommun, är ett känt riskområde. I ärendebeskrivningarna finns exempel både på patienter som skrivits ut utan att boende eller kommunal sjukvård informerats och patienter som skrivits ut från sjukhus utan att de anhöriga informerats. Ibland blir medicinlistan fel. Det finns anledning att vara extra uppmärksam i dessa övergångar

- Begränsa innehållet i informationen till vad som vid varje tillfälle är nödvändigt för att ge patienten en säker vård. (3, 8)

Utökade dokumentationskrav leder inte nödvändigtvis till höjd patientsäkerhet om uppgifterna är irrelevanta. Då blir resultatet bara ökad administration och oöverskådlighet. Inget av de 22 ärendena behandlar avvikelser som direkt uppstått till följd av överdokumentation. Däremot omnämns problemet i enskilda yttranden och det framgår av journalanteckningar som emellanåt framstår som onödigt omfattande. Här finns förutsättningar för klinikledningarna att standardisera och förenkla journalhanteringen.

Rent allmänt kan det finnas anledning för vårdgivare att begrunda patientsäkerhetsarbetet ur ett mer strategiskt perspektiv. Skulle mindre dokumentationskrav och en bättre kommunikationskultur kunna leda till färre avvikelser? Eller kan ett tydligare MTO-perspektiv (människa-teknik-organisation) skapa insikter som underlättar informationsöverföringen (9)?

## Referenser

---

1. Joint Commission, 2006. *Root causes of sentinel events, all categories*. Oakbrook, IL: ([http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root\\_cause\\_se.jpg](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg), accessed 12 June 2006).
2. WHO, 2009. *Better Knowledge for safer care: Human factors in Patient Safety Review of Topics and Tools*. WHO/IER/PSP/2009.05 p6-7:17.
3. <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
4. *Vårdhandboken – en tjänst från Sveriges landsting och regioner*. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation--SBAR/>
5. Fridén, T, Andrén-Sandberg, Å, 2013. *Kritiskt sjuk inneliggande patient måste få hjälp I tid. Mäta, värdera, agera är grunden – med stöd av ALERT. MEWS och MIG*. Läkartidningen, 2013;110:CCF9
6. Ström, M, 2014. *Patientsäkerhetskongressen 2014: Socialstyrelsens utredare: »70 procent av det läkare skriver i journalen är upprepningar«*. Läkartidningen 2014;111:C4T4
7. Sharp, L, Klinga, C, Hansson, J, Andreen-Sachs, M, 2014. *Elektronisk patientjournal riskerar patientsäkerheten. Granskning av journalanteckningar visar allvarliga brister i dokumentation*. Läkartidningen 2014;111:CRDD.
8. *Communication during Patient Hand-overs*, Patient Safety Solutions, vol 1:3, May 2007.
9. *Klinisk utvärdering av medicinska informationssystem (CEMIS)*, Kalmar: eHälsainstitutet, Linnéuniversitetet, 2014

# Bilaga 1. Metoddiskussion

---

Denna rapport baseras på ett antal rena fallbeskrivningar och citat. Syftet med att använda en *kvalitativ* metod är att skapa fördjupad förståelse för vilka handlingar och beslut som lett till de observerade avvikelserna. Det går inte att dra några generella slutsatser från resultaten, utan metoden är främst induktiv och hypotesgenererande. Materialet lämpar sig inte för *kvantitativ* metod, och nedanstående matriser illustrerar endast en approximativ kategorisering av noterade brister.

Ett försök till kvantifiering av dessa avvikelser - exempelvis en jämförelse mellan kommunikationsbrister och dokumentationsbrister – erbjuder en rad svårigheter. Det är inte helt självklart om man på kommunikationssidan ska räkna hur många individer resp. vilka personalkategorier eller specialiteter det rör sig om, eller om man ska räkna antalet missade kommunikationsinsatser. Skall man göra en markering för a) varje gång man glömmer att rapportera, för b) varje sak man glömmer att rapportera eller för c) var och en av de personer man skulle informerat, för d) var och en av de personer som kunde kommunicerat informationen o.s.v.?

Samma sak gäller informationshanteringen. Om någon glömmer att fylla i journalen – ska det markeras för a) varje sak som inte noterats eller för b) varje gång man inte dokumenterar eller för c) hur många personer som inte fyllt i journalen o.s.v. När det gäller bristande uppmärksamhet och att viktig information i journalen blivit förbisedd – ska man räkna a) varje gång en läkare missar t.ex. ett visst provsvar, eller blir det bara en markering, b) alla de som hade möjlighet att ta reda på resultatet och inte gjorde det eller bara räkna c) de som hade ett uttalat patientansvar i det aktuella fallet? De metodologiska besvärigheterna är många och detta är bara ett axplock av de avvägningar som kan bli aktuella. Varje numerisk jämförelse kan inte bli annat än en uppskattning.

När det gäller kommunikation har här valts att markera varje genomfört eller missat kommunikationstillfälle, vilket innebär att samma person kan förekomma flera gånger. När det gäller informationshanteringen redovisas hur många viktiga, eller allvarliga, observationer som inte noterats i journal e.d. (dokumentation) samt antal personer i medicinskt ansvarig ställning som inte tagit till sig, eller misstolkat viktig information (efterlevnad). Det kan dock aldrig bli mer än sammanlagt tre markeringar per ärende eftersom det finns outliers (extremfall) som annars skulle förrycka hela bilden.

Resultatet är diskutabelt, även ur andra aspekter. Det är exempelvis vårdgivarna själva som bedömer informationsöverföring och kommunikation med patient/anhöriga och här kan förekomma underrapportering. De brister som beskrivs i materialet bygger i flera fall också på olika personers tolkningar av situationen och baseras inte på rena observationer. När det gäller avvikelser i dokumentationshanteringen är underlaget oftast stabilare.

### Var brister det i kommunikationen?

När det gäller kommunikationsinsatserna, vilka omfattar samtal, mejl, telefon, noteras 24 markeringar (jämfört med 32 avvikelser i informationsöverföringen). Kommunikationsbristerna består främst av information som inte förmedlats alls eller som förmedlats på ett missvisande eller felaktigt sätt. Resultatet kan grovt sett redovisas i fyra kategorier:

Kategorier	Antal incidenter
Sjuksköterska - sjuksköterska	3
Sjuksköterska - läkare	8
Läkare - läkare	7
Vårdpersonal – patient/anhörig	6

### Vilka är dokumentationsbristerna?

En jämförelse inom denna kategori handlar om bristen på dokumentation och/eller felaktig/ofullkomlig information (avsändarsidan) respektive missuppfattning, feltolkning eller förbiseende av viktig information (mottagarsidan).

Kategorier	Antal incidenter
Bristande dokumentation	7
Brist på riktlinjer, checklistor, PM etc	3
Felaktig, ofullkomlig information	4
Förbiseende av röntgen-, provsvar, läkemedelslistor, testvärde, konsultsvar etc	10
Feltolkning, missbedömning av information	4
Förbiseende av riktlinjer/rutiner/PM	4

Kategorin ”Förbiseende av röntgensvar, provsvar, läkemedelslistor, testvärde, konsultsvar etc.” är den enskilda avvikelsekategori som i sig gett upphov till flest incidenter. Det är också dessa avvikelser som lett till de mest allvarliga patientriskerna och vårdskadorna. Än en gång måste det dock påpekas att denna fördelning kan vara rent slumpmässig och att materialet är för litet för att tillåta några generella slutsatser.



Kommunikationsbrister i vården  
Artikelnr: IVO 2014-29  
Utgiven i december 2014

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)  
Box 45184, 104 30 Stockholm  
Telefon: 010-788 50 00  
[registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se)  
[www.ivo.se](http://www.ivo.se)

