



Haugesund
kommune

Ros- analyse i Hjemmetjenesten

ROS-analyse står for risiko- og sårbarhetsanalyse.

- ✓ **Kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser**
- ✓ **Tiltak for å forhindre og redusere uønskede hendelser**



Hvorfor ?

- **For å bevisstgjøre de ansatte/ledere om risiko og sårbarhet i egen virksomhet og motivere for nødvendig endring og forbedring.**
- **For å vurdere om ny teknologi eller teknikker skal tas i bruk, både i forhold til tekniske og menneskelige faktorer.**
- **For å redusere uønskede hendelser, dersom den følges opp av konkrete forebyggende tiltak**



Hvordan?

- ✓ **Har blitt benyttet til hms og drift**
- ✓ **Tilstrebe å benytte ROS når det er utfordringer i hjelpen som skal utføres hos bruker**

Mål:
Skadebegrensning



Risikovurdering

Enhet/Avd: _____

Deltakere: _____

Dato: _____

Forhold eller arbeidsoppgaver som kan medføre risiko:

	Sannsynlighet				Konsekvens				Risiko S x K	Tiltaks nr.
	Svært sannsynlig	Meget Sannsynlig	Sannsynlig	Lite Sannsynlig	Katastrofal	Kritisk	Farlig	Ingen fare		
	4	3	2	1	4	3	2	1		
Ikke fått medikamenter , fra dosett (antikoagulasjonsbehandling ,opprappings ,antibiotika)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	1
Ikke påsett tatt medikament	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	2
Ikke signert på utlevert medikament	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	3
Feilmedisinet (gitt til feil bruker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sannsynlighet	1. Lite sannsynlig Tenkelig < 1 pr år		2. Sannsynlig Har skjedd. > 1 pr år		3. Meget sannsynlig Har skjedd flere ganger månedlig		4. Svært sannsynlig Vil skje flere ganger ukentlig			
Konsekvens	1. Ingen fare For mennesker, utstyr og miljø		2. Farlig For mennesker, utstyr og miljø		3. Kritisk For menneske, utstyr og miljø		4. Katastrofal For mennesker, utstyr og miljø			

Sannsynlighet	Konsekvens			
	1 Ingen fare	2 Farlig	3 Kritisk	4 Katastrofal
4 Svært sannsynlig	4	8	12	16
3 Meget sannsynlig	3	6 IKKE PÅSETT TATT MEDIKAMENT (SATT FREM)	9 IKKE FÅTT MEDIKAMENTER	12
2 Sannsynlig	2	4	6 IKKE SIGNERT FEIL MEDISINERT	
1 Lite sannsynlig	1	2	3	4

Poeng for konsekvens og sannsynlighet ganges. Ut fra poengsummen som hendelsen da får kan en vurdere risiko:

- 8-16 (rød farge): Høy risiko. Vil som oftest kreve strakstiltak.
- 4-6 (gul farge): Middels risiko. Risikoreduserende tiltak må igangsettes
- 1-4 (grønn farge): Liten risiko. Da er det ofte ikke nødvendig å iverksette risikoreduserende tiltak, så lenge krav i lov og forskrift er oppfylt.

Nr	Forhold eller arbeidsoppgaver som kan medføre risiko	Risikoverdi	Beskrivelse av tiltaket	Ansvarlig	Lukking (dato)	Evaluerings(dato)
1	Ikke fått medikamenter , fra dosett (antikoagulasjonsbehandling ,opprappings ,antibiotika)	9	Opplæring av personal Bevisstgjøring av roller Lovverk Ansvarliggjøring Systemendring	leder	Desember 2018	Mars 2019
2	Ikke påsett tatt medikament	6	Opplæring av personal Bevisstgjøring av roller Lovverk Ansvarliggjøring Systemendring	leder	Desember 2018	Mars 2019
3	Ikke signert på utlevert medikament	6	Opplæring av personal Bevisstgjøring av roller Lovverk Ansvarliggjøring Systemendring	leder	Desember 2018	Mars 2019
4	Feilmedisinet (gitt til feil bruker)	6	Opplæring av personal Bevisstgjøring av roller Lovverk Ansvarliggjøring Systemendring	leder	Desember 2018	Mars 2019

Noen tips: Lag handlingsplanen på bakgrunn av en risikoanalyse. Knytt de definerte problemene til Arbeidsmiljølov eller forskrifter. La tiltakene være konkrete, realistiske og objektivt målbar. Vær tydelig på hvordan, når og av hvem tiltakene skal evalueres (etter og/eller under gjennomføring). Gjør tiltaksplanen kjent blant de ansatte. Drøft planen jevnlig med VO.

HVA HAR VI ?

✓ Legemiddelhåndteringsforskriften

Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Det er denne som regulerer medisinhandtering i institusjon og hjemmetjenester.

Ble endret 1.1 17

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer-rev>

STATUS I DAG

- ✓ **Avvik innen medikamenthåndtering**
- ✓ **Overordnede retningslinjer**
- ✓ **Interne rutiner**
- ✓ **Etablerte faste utlevering kriterier**

**Vi sikrer ikke at brukere får
forsvarlige trygge og sikre
tjenester innen
legemiddelhåndtering!**

**Viktig
Se på forbedringspotensialet i
svikt og mangler, ikke fokus
på hvem som har gjort feil.**

HVA NÅ ?

- ✓ **Utført årsak og hendelse analyse, finne nye eller endre måter å sikre legemiddelhandteringen ved hjemmetjenesten**

ÅRSAKSANALYSE

- ✓ **Hva som skjedde**
ved å oppnå forståelse og ikke fordele skyld
- ✓ **Hvorfor det skjedde**
ved å analysere sammenheng mellom årsak og virkning
- ✓ **Hvordan gjentakelse kan forebygges**
ved hjelp av systemforbedring



H
k

mennesket

Gitt
dobbdose
grunnet
overgang til
MD

Metode
/arbeidsprosess

Gitt men
ikke signert

Leser ikke
tiltak
/journal

Ikke kvittert for eventuelt
med

Ikke oppdatert
ordinasjonskort/
uoversiktlig
ordinasjonskort

Ikke
tiltak/feil
tiltak /ikke
kommet på
listene

Flere
dosetter pr
bruker

Ikke fått
medikamen
ter hjem fra
HS

Eventuelt
dosett må
byttes ikke
hver uke

Leser ikke md posene
Sikkerhet
Spørsmål

Liten tid til å lese seg opp

ikke fått med
dosetter
ut

Manglende opplæring
/ikke forståelse/lese
ordinasjonskort

Leser ikke
ordinasjonskort

Egen
arbeidsrutine

Ikke skrevet
beskjed journal

Ikke god nok opplæring i å
lese ordinasjonskort

Ikke telt medikamenter

Kompliserte ordinasjoner
må håndteres av
kvalifisert personell

Manglende
dobbelkontroll

For mange varianter av
medikamenttiltak
Ukjent med overordnede
rutiner !

Problem1 : ikke fått
ordinert medikament
Behandlinger (kur)
(opptrappinger)

**AB
MAREVAN**

Miljø/omgivelser

Ufokusert
Alarm
Bruker
Pårørende

stress

Dårlig tid

Feil fra apotek

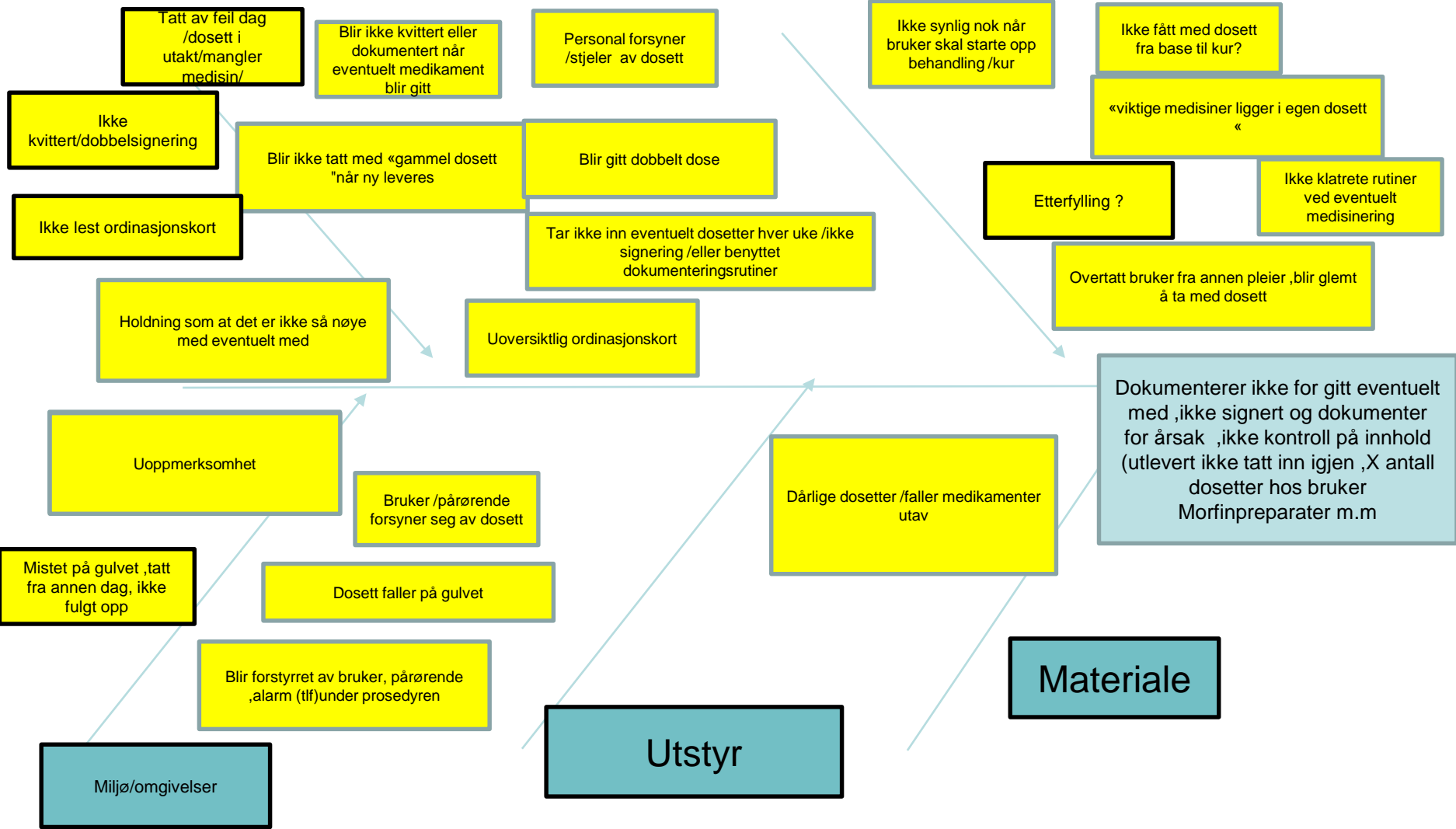
Utstyr/teknologi

materiale



Mennesket

Metoden/arbeidsprosessen





Problem 1 :

Menneskelig feil er hovedårsaken til feil i legemiddelhåndteringa:

- Rutiner blir ikke fulgt
- Rutiner er ikke kjent
- Sikkerhetsspørsmål blir ikke fulgt
- Lite fokus på kvalitet (hva er kvalitet)
- Informasjonsflyten i drift
- Konsekvens: Brukere blir feilmedisinet.
- Fare for liv og helse
- Feil i dokumentasjons flyt/plikt
- Ikke tilstrekkelig kompetent til å ha ansvar for å kunne gi medikamenter

Årsak

- **Gitt men ikke signert,**
- **Leser ikke ordinasjonskort ,**
- **Leser ikke tiltak /journal,**
- **Ikke telt medikamenter,**
- **Gitt dobbeldose grunnet overgang til MD**
- **Sjekker ikke på eller teller medikamentet i/på MD posene, opp mot brukerkort**
- **Manglende dobbeltkontroll**
- **Egen arbeidsmetode**
- **Uoversiktlig og feil på ord.kort**
- **Manglende opplæring og forståelse /oppfriskning**



- **Problem 2**

Menneskelig feil er hovedårsaken til feil i legemiddelhåndteringen:

- Rutiner blir ikke fulgt
- Rutiner er ikke kjent
- Sikkerhetsspørsmål blir ikke fulgt
- Lite fokus på kvalitet (hva er kvalitet)
- Informasjonsflyten i drift

Konsekvens: Brukere blir feilmedisinet.

Fare for liv og helse

Feil i dokumentasjons flyt/plikt

- **Årsaksanalyse:**

- **Tatt av feil dag /dosett i utakt/mangler medisin/**
- **Ikke kvittert/dobbelsignering**
- **Ikke lest ordinasjonskort**
- **Holdning som at det er ikke så nøye med eventuelt med**
- **Bli ikke tatt med tilbake «gammel dosett "når ny leveres**
- **Holdning som at det er ikke så nøye med eventuelt med**
- **Uoversiktlig ordinasjonskort**
- **Tar ikke inn eventuelt dosetter hver uke /ikke signering /eller benyttet dokumenteringsrutiner**
- **Bli gitt dobbelt dose**
- **Personal forsyner /stjeler av dosett**



Problem 1

Metode og prosess:

Mangler i flyt og rutiner

Egne rutiner

Sikkerhetsspørsmål blir ikke fulgt

Sjekkliste

Egenkontroll

Svikt i signeringsrutiner-ny rutine ?

Årsaksanalyse:

- Ikke oppdatert ordinasjonskort/
- Uoversiktlig ordinasjonskort
- Ikke tiltak/feil tiltak /ikke kommet på listene
- For mange varianter av medikamenttiltak i tiltaksplan

- Flere dosetter pr bruker
- Ikke fått medikamenter hjem fra HS
- Eventuelt dosett må byttes ikke hver uke
- Liten tid til å lese seg opp
- Ikke oppdatert ordinasjonskort/
- Uoversiktlig ordinasjonskort
- Ikke tiltak/feil tiltak /ikke kommet på listene
- Flere dosetter pr bruker
- Ikke fått medikamenter hjem fra HS
- Eventuelt dosett må byttes ikke hver uke
- Liten tid til å lese seg opp



Problem 2

Årsaksanalyse:

Metode og prosess:

Mangler i flyt og rutiner

Egne rutiner /

Sjekkliste

Egenkontroll

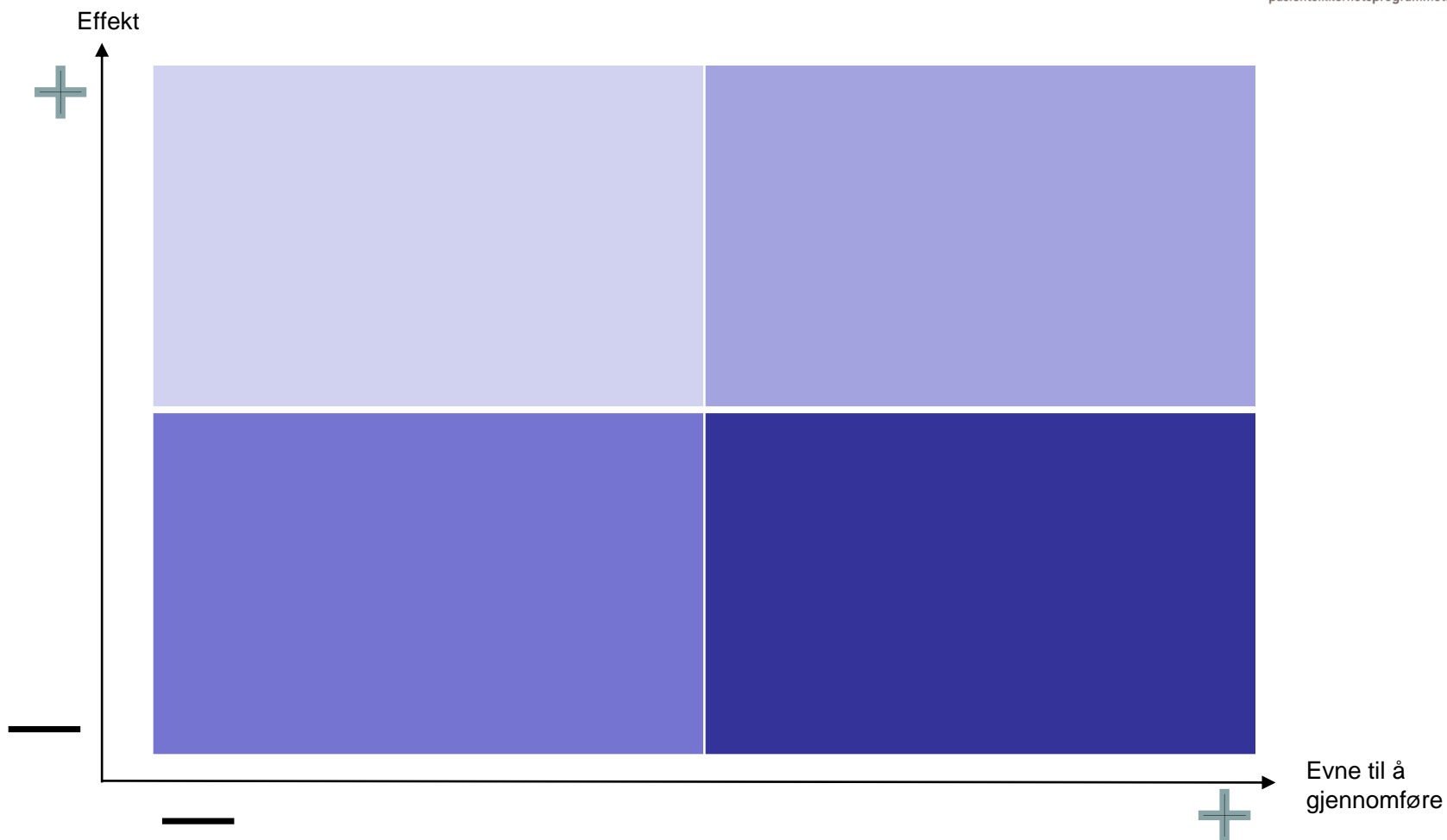
Systemkontroll –over eventuell med.

Svikt i signeringsrutiner-ny rutine

- Ikke synlig «nok» når bruker skal starte opp behandling /kur
- Ikke fått med dosett fra base til kur
- Etterfylling?
- Ikke fått med dosett fra basen med kur til bruker pga ingen informasjon
- «viktige medisiner ligger i egen dosett «
- Ikke klatrete rutiner ved eventuelt medisinerings
- Overtatt bruker fra annen pleier ,blir glemte å ta med dosett



Problem 1 og 2	Årsaksanalyse:
<p>Omgivelser/miljø : Mangler i flyt og rutiner Egne personlige rutiner Sikkerhetsspørsmål blir ikke fulgt Dokumentering Sjekkliste Egenkontroll</p> <p>Utstyr:</p> <p>Dårlige dosetter /faller medikamenter utav Feil fra Apotek</p>	<p>Opplever stress pga tidspress. Pårørende/bruker forstyrres under utdelingen Forstyrres av telefon /alarm.</p>



Metode

- Ideene og tiltakene vurderes med tanke på hvilken sannsynlighet det er for at de har effekt når de implementeres, og hvor krevende de er å innføre.
- Vi ønsker å unngå å innføre noe som det ikke er tiltro til virker, eller som er altfor krevende å innføre.

Område: Metoden	Utfordring	Tiltak	Ansvar	Frist
Ordinasjonskort	Ikke tilfredsstillende ordinasjonskort fra SBS	Ta kontakt med ansvarlige å legge frem utfordring =har vært i kontakt med leder på SBS.		
	Ikke kompetent til å lese ordinasjonskort	Planlegge undervisning: intern undervisning til alle ansatte med medikament godkjenning ,etablere <u>spl</u> - ansvarlig team i <u>hiti</u> vedrørende basis kunnskaper sammen med dedikert fagansvarlige		
	Uklare rutiner over håndtering/ <u>adm</u> av ordinasjonskortet	Ved ny multidose, makulerer mm= flytskjema Ved <u>endring</u> -unntak (AB og lignende) = flytskjema Samstemming med apotek1 – Hillesland kontaktes		
Oppstart av medikamenter utenom multidose	Oppstart med medikamenter utenom multidose (ikke kjent, ikke dokumentert og lagt frem ved vaktstart)	Eget sykepleiemøte for sikkerhetstiltak som omhandler rutiner på medikamentrom =flytskjema , (beskjed journal , <u>spl</u>)		
Dokumentasjon	Ikke felles forståelse av hvordan dokumentasjon skal utføres ved utgivelse av medikamenter Dobbeltsignering	Opplæringsansvarlige i hver avdeling /team Opplæring av LMP til sikkerhetstiltak ved medikamentsignering. RISIKO : Vurdere elektronisk signering /kort på eventuelt medikament		
Logostikk	Identiske navn	Unngå to med like navn på samme liste		
	Ikke oversiktlige dosetter med id og fullt navn, medikament osv. Uoversiktlige og umerket dosetter Redusere tiltaksdefinisjoner Ikke oppdatere tiltak fortløpende vedrørende medikamenter	Strakstiltak! Klar oversikt som ligger under dosetten /ord kort legges ved /rød konvolutt i journalsystemet Medikamenter 😊 hjemme i låsbarskap Ha et tiltak = tiltaket beskrives i prosedyrefeltet Sykepleier opplæring på tidsbegrensede tiltak vedrørende medikament og bruk beskjed journaler		
Risikosituasjoner	Blir forstyrret i utleveringssituasjonen	Bevisstgjøring vedrørende risikoområdet og farer som kan oppstå når en deler ut medikamenter Egenrutine		



- ✓ **Kvalitetstiltak for å hindre avvik**
- ✓ **Tiltaksprosess pågår**
- ✓ **Farmasøytisk tilsyn i desember.**
- ✓ **Sette dato for ny giv**

Mål : 0 avvik



✓ **IKKE ALLE ENDRINGER FØRER TIL
FORBEDRINGER, MEN ALLE
FORBEDRINGER KREVER ENDRING**

Kvalitetsforbedring



De 7 R-er

- ✓ De 7 R-er er utarbeidet som kontrollspørsmål:
 - R - riktig pasient?
 - R - riktig legemiddel?
 - R - riktig legemiddelform?
 - R - riktig styrke?
 - R - riktig dose?
 - R - riktig måte?
 - R - riktig tid?