



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Aalborg Universitet

Kemoterapiordination på Aalborg Onkologisk Dagafsnit

Simonsen, Katherina Beltoft; Ehlers, Lars Holger

Publication date:
2014

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Simonsen, K. B., & Ehlers, L. H. (2014). Kemoterapiordination på Aalborg Onkologisk Dagafsnit: Hvordan opstår ordinationsfejl i en kompleks socio-teknisk organisation?. Poster session presented at Kvalitetsdag 14 den 4 november Trinity Hotel og Conferencecenter, Gl. Færgevej 30, 7000 Fredericia, Fredericia, Danmark.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- ? Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- ? You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- ? You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Kemoterapiordination på Aalborg Onkologisk Dagafsnit: Hvordan opstår ordinationsfejl i en kompleks socio-teknisk organisation?

Simonsen KB¹ & Ehlers LH¹ 1 Dansk Center for Forbedringer i Sundhedsvæsenet (DCHI), Aalborg Universitet

FAKTABOKS

Sikkerhed-I: Definition: "at forhindre at noget går galt". "Begrebet sikkerhed-I dækker over traditionel reaktiv sikkerhedstænkning, hvor der fokuseres på situationer, hvor noget er gået galt eller kan gå galt" (Hollnagel og Poulstrup 2012).

Sikkerhed-II: Definition: "at sikre at noget går godt". "Begrebet sikkerhed-II omfatter en proaktiv tilgang med styring af sikkerhed, hvor en forståelse af det, der lykkes, er udgangspunkt for at forstå det, der mislykkes" (Hollnagel og Poulstrup 2012).

Funktionel Resonans Analyse Metode (FRAM): En metode til at forstå forekomsten af fejl, baseret på fire principper der dækker over antagelser om, at kausalitet ikke altid kan bruges som forklaring på opståede hændelser, men at variabilitet, forårsaget af nødvendige tilpasninger til omgivelserne, kan udvikle sig til ulykker såvel som succeser (Hollnagel 2013).

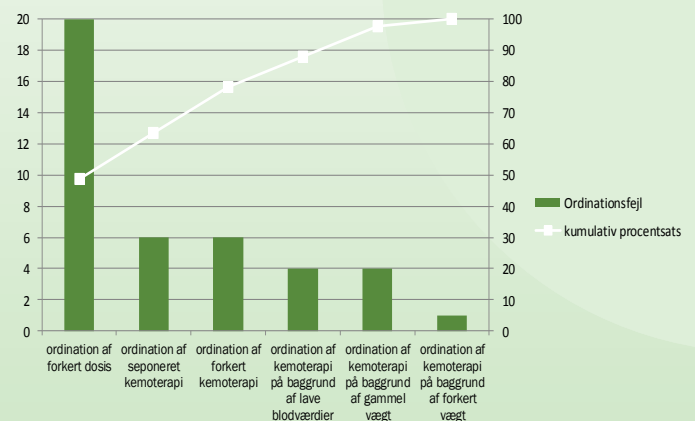
INTRODUKTION: I medicineringsprocessen med kemoterapi er ordinationsfejl den anden hyppigst indberettede utilsigtede hændelse (UTH) (31,5 %), næst efter administrationsfejl (38 %). Set fra et patientsikkerhedsmæssigt synspunkt er ordinationsfejl den potentielt farligste sammenlignet med de resterende komponenter i medicineringsprocessen.

Indenfor patientsikkerhed, er teorien "Sikkerhed-II" foreslået som en alternativ forståelsesramme til analyse og forebyggelse af fejl i sundhedsvæsenet. Formålet med dette studie var at analysere forekomsten af alle indrapporterede UTH'er, på Onkologisk Dagafsnit, Aalborg Universitetshospital, ud fra et sikkerhed-I og sikkerhed-II perspektiv.

METODE: Dataindsamlingen bestod af 41 indrapporterede UTH'er fra onkologisk dagafsnit i perioden 1. juni 2012 – 8. november 2013 samt 3 feltbesøg, 5 individuelle interviews og 1 fokusgruppeinterview. Fejltyperne blev afrapporteret i et Pareto diagram og analyseret ud fra patientsikkerhedsteoriene "sikkerhed-I" og "sikkerhed-II" og med Funktionel Resonans Analyse Metode (FRAM) som model til at forstå, hvordan hændelser kan forekomme i en kompleks socio-teknisk organisation.

RESULTAT: Af i alt 41 UTH blev det vurderet, at 26 tilfælde ikke kunne beskrives tilfredsstillende alene med en sikkerhed-I forståelsesramme. Disse omhandler "ordination af forkert dosis" og "ordination af seponeret kemoterapi" (se figur 1). Forekomsten af de nævnte UTH kunne bedst forklares ved variabilitet i den normale ordinationsproces. Variabilitet i disse tilfælde blev karakteriseret som: Variation i tid til lægens ordination, variation i omfang af afbrydelser fra kollegaer og telefon, variation i hvordan vigtige journalnotater bliver præsenteret i en journal, variation i samspil mellem IT-ordinationssystem og læge og variation i kommunikation ordinationsteamet imellem. I 15 tilfælde, (se figur 1), var det ikke muligt klart at skelne entydigt mellem kausale forholde og variabilitet i ordinationsprocessen.

Figur1 Pareto Diagram af 41 indrapporterede UTH'er fra Onkologisk Dagafsnit, Aalborg Universitetshospital i perioden 1. juni 2012 – 8. november 2013. Venstre vertikal akse beskriver antallet af UTH og højre vertikal akse beskriver den kumulative procentsats af det totale antal UTH.



KONKLUSION: Dette studie indikerer, at sikkerhed-I ikke længere er en tilstrækkelig teori til at forklare forekomsten af UTH, men kunne med fordel suppleres med en sikkerhed-II forståelsesramme. Sikkerhed-II og FRAM var en god metode til at forstå forekomsten af ordinationsfejl samt forstå, hvilke forandringer der kan skabe forbedringer på Onkologisk Dagafsnit, Aalborg Universitetshospital. Der er behov for en fortsat validering af Sikkerhed-II som forståelsesramme til analyse af UTH forekomst i komplekse socio-tekniske organisationer.

