

NATIONELL SATSNING FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖREBYGGA



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Förord

Sedan 2008 driver Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en satsning för att minska vårdskadorna. Landsting och regioner har deltagit hela tiden och nu engagerar sig allt fler kommuner för att göra vården säkrare.

Satsningen inriktar sig på att öka medvetenheten om risker i vården och förbättra säkerhetskulturen, vilket gör det möjligt att arbeta förebyggande. Ett annat mål är att öka patienternas medverkan i vården.

Nu är det dags att ta nästa steg för att öka patientsäkerheten. Kraven på hälso- och sjukvården har både skärpts och blivit tydligare sedan den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011.

För att stödja hälso- och sjukvården har SKL tagit fram en rad åtgärds paket eller kunskapsunderlag. Dessa beskriver åtgärder inom olika områden som effektivt minskar antalet vårdskador. Alla åtgärder bygger på den senaste vetenskapliga evidensen på respektive område.

Följsamhet till basala hygienrutiner i alla vård- och undersökningssituationer och av all vårdpersonal är den enskilt viktigaste åtgärden för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner (VRI). I dokumentet förutsätts att basala hygienrutiner alltid tillämpas oavsett om det nämns bland åtgärderna eller inte.

Det är känt att misstag och missuppfattningar om läkemedelsanvändning är särskilt vanliga i vårdens övergångar, det vill säga när patienten byter vård enhet eller vårdnivå. Anledningen är ofta brister i kommunikationen och informationsöverföringen å ena sidan mellan olika vårdenheter, å andra sidan mellan vårdenheter och patienten och ibland dennes närstående.

En korrekt läkemedelsanvändning förutsätter att patienten är väl införstådd med syftet med behandlingen och tar sina läkemedel enligt ordination. Den aspekten, så kallad concordance (samsyn), är central för en lyckad läkemedelsanvändning men behandlas inte närmare i detta sammanhang. Inte heller behandlas läkemedelsgenomgångar, som också fyller en funktion men som görs alltför sällan. I detta åtgärds paket beskrivs istället läkemedelsavstämning, vilket är en process i flera steg som syftar till att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar.

Om åtgärderna tillämpas konsekvent minskar de effektivt risken för att patienter ska drabbas av läkemedelsfel.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar – åtgärder för att förebygga

Syfte

Att förebygga läkemedelsfel när patienten skrivs in respektive skrivs ut från sjukhus, byter vårdenhet eller vårdnivå.

Mål

Resultatmål på nationell nivå

Systematiskt insamlade data eller fastställda kriterier saknas på nationell nivå.

Resultatmål på verksamhetsnivå

Fastställs på regional nivå, lokal nivå eller på verksamhetsnivå.

Processmål

100 procents följsamhet till obligatoriska åtgärder.

Vad är läkemedelsavstämning?

Läkemedelsavstämning är en metod för att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar. Ordet läkemedelsavstämning har översatts från engelskans Medication Reconciliation^{1,2}. Läkemedelsavstämningen syftar till en så hög överensstämmelse som möjligt mellan de läkemedel som patienten är ordinerad utifrån hans eller hennes behov och användning vid det aktuella vårdtillfället. Alla åtgärder i avstämningen är till för att säkra såväl kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen som informationsöverföringen mellan de olika aktörerna i vården avseende patientens läkemedelsanvändning.

Processen kan t.ex. börja när patienten skrivs in på sjukhus och avslutas när patienten skrivs ut. Avlämnande och mottagande ordinator kontrollerar i varje övergång, i dialog med patienten, att ordinationslistan är fullständig, korrekt och medicinskt rimlig.

Resultatet av en korrekt genomförd läkemedelsavstämning är en ständigt aktuell ordinationslista. Läkemedelsnamn, beredningsform, styrka, administreringsätt, dosering, behandlingstid och indikation ska klart framgå.

Obligatoriska åtgärder

Läkarna i primärvården och i slutenvården ska alltid tillsammans ompröva patientens läkemedelsbehandling.

Detta är speciellt viktigt vid utskrivning efter en sjukhusvistelse.

De viktigaste stegen i en systematisk läkemedelsavstämning.

Vid inskrivning eller ny kontakt

- › Kartlägg vilka läkemedel patienten är ordinerad och använder inklusive receptfri egenmedicinering.
- › Gör en medicinsk rimlighetsbedömning av patientens läkemedelsanvändning.
- › Upprätta en aktuell lista över ordinerade läkemedel.
- › Efterhör att patienten och/eller närstående har förstått vilka ordinationer som fortsatt är aktuella.
- › Ange vilka källor som har använts för att uppdatera ordinationslistan.

Under vårdtiden

- › Dokumentera kontinuerligt vilka läkemedelsförändringar som görs och varför.
- › Stäm löpande av läkemedelsanvändningen med patienten och/eller närstående.

Vid utskrivning

Genom att skapa rutiner för vad en utskrivningsinformation ska innehålla och hur den kommuniceras från slutenvård till öppenvård minskas en stor källa till felmedicinering. De flesta patienter har sin fasta läkarkontakt i primärvården där läkemedelsförändringar kan följas upp.

Checklista för utskrivningsinformation

- › Beskriv kort inläggningsorsak, vad som gjorts och vad som planeras.
- › Beskriv i punktform en läkemedelsberättelse vilka läkemedelsförändringar som gjorts och varför.
- › Upprätta en aktuell ordinationslista med information om läkemedelsnamn, beredningsform, styrka, administreringsätt, dosering, behandlingstid och indikation (ändamål) och skriv ut ordinationslistan.
- › Skriv om det behövs ett separat dokument för läkemedel med komplicerade doseringsscheman som Waran eller för andra läkemedel som ska trappas upp eller trappas ner.
- › Överlämna ordinationslistan till patienten och skicka den om det är aktuellt till nästa vårdenhets (kommun, ansvarig läkare i primärvården etc.) inom samma dygn.
- › Dokumentera i journalen att patienten fått skriftlig information och till vilken vårdenhets informationen har skickats.
- › Gå igenom den aktuella ordinationslistan med patienten och försäkra dig om att patienten förstår och är överens om de läkemedelsändringar som genomförts (concordance). För patienter som inte är orienterade i tid och rum ges om möjligt motsvarande information till patientens ombud.
- › För patienter med maskinell dosdispensering: För in genomförda ordinationsförändringar i e-dossystemet och kontrollera att även övriga ordinationer är korrekta. Ta kontakt med patientens ansvariga läkare vid oklarheter.
- › Skicka vid behov med läkemedel till dess att patienten kan hämta ut nya recept eller få läkemedel via dosapoteket.

Vid mottagande på annan slutenvårdsenhet

- › Om det uppstår osäkerhet om en läkemedelsordination, kontakta den läkare som är ansvarig för denna ordination.

Vid mottagande i kommunal hälso- och sjukvård

- › Om det uppstår osäkerhet om en läkemedelsordination, kontakta den läkare som är ansvarig för denna ordination.
- › Ordinationslistan vid utskrivningen är alltid det gällande underlaget för patientens läkemedelsbehandling, och någon ytterligare ordinationslista

behövs inte. En signeringslista upprättas och kontrolleras mot originalhandlingen – ordinationslistan i utskrivningsinformationen.

- › För patienter med maskinell dosdispensering: Ordinationslistan i utskrivningsinformationen är alltid det gällande underlaget för patientens läkemedelsbehandling tills dess att läkemedel enligt ett uppdaterat dosrecept har levererats från dosapoteket. Vid avvikelser mellan dosrecept och ordinationslistan kontaktas patientens ansvariga läkare.

Beskrivning av åtgärderna

Vid inskrivning eller ny kontakt

Kartlägg vilka läkemedel patienten är ordinerad

Läkemedelsavstämningen vid inskrivningen i slutna vård eller vid ny kontakt i t.ex. öppen vård kan påvisa bristande överensstämmelse mellan uppgifter om vad som har ordinerats och vad patienten verkligen tar. Inom det första dygnet efter inskrivningen i den slutna vården ska alla ordinerade läkemedel föras upp på den aktuella ordinationslistan och eventuella oklarheter utredas.

Eftersom olika läkare kan ordinera läkemedel till patienten är det viktigt att ta fram fullständig information från så många källor som möjligt. Målet är att få en så korrekt ordinationslista som möjligt inom det första vårddygnet. Viktiga källor är t.ex. e-dos, ordinationslista, läkemedelsförteckningen, patienten själv och dennes närstående. Insamlingen av uppgifter behöver inte göras av läkare.

Fråga och följ upp vilka läkemedel patienten tar

Patienten och dennes närstående kan i många fall vara den bästa källan för att identifiera vad patienten använder för läkemedel och för att reda ut eventuella oklarheter. Det är också viktigt att fråga om patienten använder några receptfria medel, t.ex. analgetika eller naturmedel.

Maskinell dosdispensering

E-dos är den mest tillförlitliga källan för aktuella ordinationer till patienter med maskinell dosdispensering. Om patienten har sådan ska alla aktuella ordinationer finnas samlade och kunna hämtas elektroniskt från e-dossystemet. Observera att inte *alla* ordinationer *alltid* förs in på patientens dosrecept. Ett exempel är antibiotika som vid akuta behov kan hämtas ut från många kommuners samlade läkemedelsförråd. Andra exempel är smärtstillande medel, där dosen vid insättning ändras successivt och läkemedel som ska ges vid behov.

Information från öppenvård och kommun

Komplettera vid behov med information från till exempel patientjournalen i öppenvård och kommunens ordinationsunderlag.

Läkemedelsförteckningen

Läkemedelsförteckningen är en nationell databas för alla receptförskrivna läkemedel som är uthämtade på apotek under de senaste 15 månaderna, och den kan användas av patienter, förskrivare och farmaceuter – de två senare efter patientens samtycke.

Mina sparade recept på apotek

Mina sparade recept på apotek är en skriftlig sammanställning över de giltiga recept som patienten har valt att spara elektroniskt. Den visar bland annat återstående giltighetstid, kvarstående receptuttag och doseringar. *Observera att denna sammanställning inte är en aktuell ordinationslista* utan endast en elektronisk receptsamling med de recept som patienten själv har valt att spara i apotekets databas.

Medicinsk rimlighetsbedömning

Förskrivare ska alltid göra en medicinsk rimlighetsbedömning. Avsikten med den är att upptäcka uppenbara medicinska och farmakologiska risker såsom kontraindikationer och dubbelmedicinering med utbytbara eller medicinskt likvärdiga preparat (t.ex. två NSAID som diklofenak och ibuprofen).

Ett särskilt observandum är om patienten står på ett så kallat högriskläkemedel som warfarin, NSAID, digoxin eller immunologiska, cytotoxiska eller biologiska läkemedel.

Många äldre patienter är på grund av ålder och sjukdom mer känsliga för läkemedel³, och därför bör hög användning av läkemedel med antikolinerga egenskaper och långverkande bensodiazepiner särskilt beaktas inom denna patientkategori.

Upprätta en aktuell lista över ordinerade läkemedel

När en aktuell lista upprättas ska den behandlande läkaren ta ställning till patientens totala läkemedelsanvändning och väga nyttan mot riskerna.

Efterhör att patienten och/eller närstående har förstått den aktuella läkemedelsanvändningen.

Om patienten är ordinerad ett läkemedel som hon eller han inte tar måste läkaren tillsammans med patienten ta ställning till och dokumentera hur detta ska hanteras under sjukhusvistelsen och därefter.

Ange källorna

När informationen samlas in ska källorna och dess aktualitet dokumenteras.

Under vårddagen

Om underlaget i en aktuell ordinationslista är ofullständigt ska den kompletteras snarast.

Läkemedelsförändringar som görs under vårddagen dokumenteras löpande. Det ska klart framgå varför läkemedlet ska tas, hur länge och i vilken dos. Denna information är basen i den läkemedelsberättelse som ingår i utskrivningsinformationen.

För att göra patienten delaktig ska läkemedelsanvändningen löpande stämmas av under vårddagen. Autonoma patienter ska informeras om behandlingsalternativ, nytta och risker och vara delaktiga i sina behandlingsmål (concordance).

Vid utskrivning

Den normalt korta vårddagen på sjukhus gör det svårt att följa upp läkemedelseffekter. Felaktigheter i ordination vid inskrivningen kan få konsekvenser först efter utskrivningen. Det är viktigt med en korrekt och aktuell ordina-



tionslista under vårddagen. En korrekt ordinationslista *vid utskrivningen* är sannolikt ännu viktigare då den i regel blir bestående under lång tid. Detta är skälet till att det finns många punkter under obligatoriska åtgärder vid utskrivning.

Läkemedelsberättelse är en beskrivning av vilka förändringar som har gjorts under vårddagen, vad och varför. Den är viktig för att den ansvariga läkaren i primärvården ska kunna ta ställning till fortsatt behandling baserad på patientens totala situation.

Följsamhet till checklisten för utskrivningsinformation ger den ansvariga läkaren och sjuksköterskan i primärvården och kommunen ett redskap för att lätt få reda på om ordinationslistan i utskrivningsinformationen är korrekt. En förändring som är dokumenterad i läkemedelsberättelsen är korrekt. En förändring som inte är dokumenterad i läkemedelsberättelsen är sannolikt fel, vilket kan bero på bristande underlag vid inskrivningen i den slutna vården.

För att patienten ska förstå varför det är viktigt att följa läkemedelsordinationerna måste det finnas en aktuell ordinationslista där det framgår varför läkemedlet ska tas, hur länge, i vilken dos och varför eventuella förändringar har gjorts.

Vid mottagande i kommunal hälso- och sjukvård

Det kan finnas motiv till att den mottagande ansvariga läkaren omprövar patientens behov av läkemedel. Detta gäller speciellt i primärvården. Ansvarig läkare i primärvården ska snabbt ta ställning till aktuell ordinationslista och eventuellt gjorda läkemedelsförändringar utifrån patientens totala situation och väga nyttan mot riskerna. Inom kommunen är detta särskilt viktigt eftersom sjuksköterskan sedan måste ta ställning till ordinationslistan och dela ut läkemedel efter denna.

Normalt skickar sjukhusen med läkemedel så att patienten klarar sig tills han eller hon eller någon i kommunen hinner hämta ut nya recept eller tills nya dospåsar levereras. Om patienten har maskinell dosdispensering och den utskrivande läkaren inte har fört in de ordinationsförändringar som finns dokumenterade i utskrivningsinformationen i e-dossystemet, kommer felaktiga dospåsar att levereras.

Vid nya ställningstaganden och ordinationsändringar ska dessa snarast kommuniceras till patienten och/eller närstående, ansvarig sjuksköterska i kommunen eller andra som medverkar i patientens vård. För patienter med maskinell dosdispensering ska ändringarna även införas i e-dossystemet.

Läkemedelsanvändningen stäms regelbundet av tillsammans med patienten och/eller närstående.

Varför är det viktigt att följa åtgärderna?

En korrekt ordinationslista är en förutsättning för att vårdgivare ska kunna bedöma en patients tillstånd, behandlingseffekter, risker, interaktioner och biverkningar. Fel i ordinationshandlingarna är vanliga och konsekvensen för patienten beror bland annat på vilka läkemedel som används och på patientens tillstånd.

Många patienter, framför allt äldre, har ofta en komplicerad sjukdomsbild och använder flera läkemedel. Detta ökar risken för att läkemedelsrelaterade problem med inläggning på sjukhus eller till och med dödsfall som följd. Studier har visat att drygt 100 000 personer dör årligen i USA på grund av felaktig läkemedelsanvändning.⁴ Enligt systematiska sammanställningar är i genomsnitt fem procent av de äldres sjukhusinläggningar relaterade till felaktigheter i läkemedelsanvändningen, men siffror på upp till 40 procent förekommer.⁵⁻⁷ De flesta läkemedelsrelaterade sjukhusinläggningar kan förebyggas, hos äldre till nästan 90 procent. Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA) har uppskattat Sveriges totala kostnader för brister i läkemedelsanvändningen till cirka 20 miljarder kronor.⁸

I en ny svensk sammanställning uppskattas att 3 000 svenskar dör årligen av läkemedelsrelaterade skador och att 6-16 procent av sjukhusinläggningarna är läkemedelsrelaterade.⁹ Kostnaderna för läkemedelsrelaterade skador som går att undvika uppskattas till 5,6-24,6 miljarder kronor per år.

Misstag gjorda av hälso- och sjukvårdspersonal står enligt en brittisk studie för huvuddelen av läkemedelsfelen.¹⁰ Bristande kommunikation i vårdens övergångar av medicinsk information orsakar ungefär hälften av alla läkemedelsfel (Medication Errors) på sjukhus.¹¹

Det finns flera svenska studier som har visat att fel i informationsöverföringen avseende läkemedel från öppen vård eller kommun till slutenvård och åter till öppen vård eller kommun är mycket vanliga och omfattande. Midlöv fann i Landskrona kommun 142 medicineringsfel vid 758 informationsöverföringar.¹² I Lund gör apotekare läkemedelsintervjuer vid inskrivningen. Bland 510 patienter identifierades i snitt 2,7 fel per patient i ordinationslistorna. 62 procent av patienterna hade minst ett fel.¹³ Genom läkemedelsintervjuer identifierades också problem med kunskaper, följsamhet och attityder.¹⁴ På Skånes universitetssjukhus (SUS) i Lund hade 66 procent av patienterna (168 patienter från medicinska avdelningar) minst ett fel vid utskrivning till kommunal vård.¹⁴

På grund av det lidande som dessa fel orsakar och de samhällskostnader som blir konsekvenserna har studier och förebyggande åtgärder blivit viktiga för såväl myndigheter som nationella och internationella organisationer.

Svårigheter och aktiviteter för att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar

Svårigheten med att ta fram en korrekt ordinationslista och överföra informationen korrekt till nästa vårdform har beskrivits i mer eller mindre systematiska sammanställningar¹⁶⁻²¹ som baseras på enskilda studier från bland annat Sverige, Danmark, Norge, Tyskland, Storbritannien, Holland, Australien, Canada och USA. I dessa studier och sammanställningar redovisas också konsekvenserna av dessa svårigheter såsom läkemedelsrelaterade problem och ett ökat antal sjukvårdskontakter.

Svenska erfarenheter och bevis

En forskargrupp från Lunds universitet (sjukhus, primärvård, apotek) har tagit fram en modell som minskar felen i informationsöverföringen och antalet sjukvårdskontakter som baseras på dessa fel.²² Modellen innehåller både avstämningar i vårdövergångar och farmakoterapiutvärdering (läkemedelsgenomgång). Med hjälp av en läkemedelsintervju vid inskrivningen identifierades 1,9 läkemedelsrelaterade problem per patient.¹³ Med en icke kvalitetskontrollerad läkemedelberättelse vid utskrivningen halverades fel-frekvensen¹⁵, och antalet sjukvårdskontakter baserade på felen halverades.²³ Kvalitetskontrollerad utskrivningsinformation (inklusive läkemedelsberättelse och läkemedelslista) minskade andelen fel med ytterligare 45 procent.²⁴

Korrekt läkemedelsavstämning

Vad mäta?

Ordinationslistan vid utskrivning jämförs med ordinationslistan vid inskrivning. Om de två ordinationslistorna skiljer sig åt ska ändringarna som har gjorts under vårdtiden vara dokumenterade. En korrekt läkemedelsavstämning har gjorts om

- › en kartläggning av patientens läkemedel har skett vid inskrivningen
- › en aktuell ordinationslista har upprättats vid inskrivningen
- › ordinationslistan vid utskrivningen är ett resultat av listan vid inskrivningen (så som den har avstämts under det första dygnet av vårdtiden) med gjorda läkemedelsförändringar under vårdtiden
- › läkemedelsförändringar är dokumenterade (vilka, varför och hur länge)
- › läkemedelsförändringar är kommunicerade med patienten och med mottagare i nästa steg i vårdkedjan

Alla fem villkoren måste vara uppfyllda för att patientens läkemedelsanvändning ska anses vara korrekt avstämd. I annat fall ska patientens läkemedel inte ses som avstämda.

Uppföljning av följsamhet till åtgärderna

Mätetal

Andelen patienter för vilka korrekt läkemedelsavstämning har gjorts.

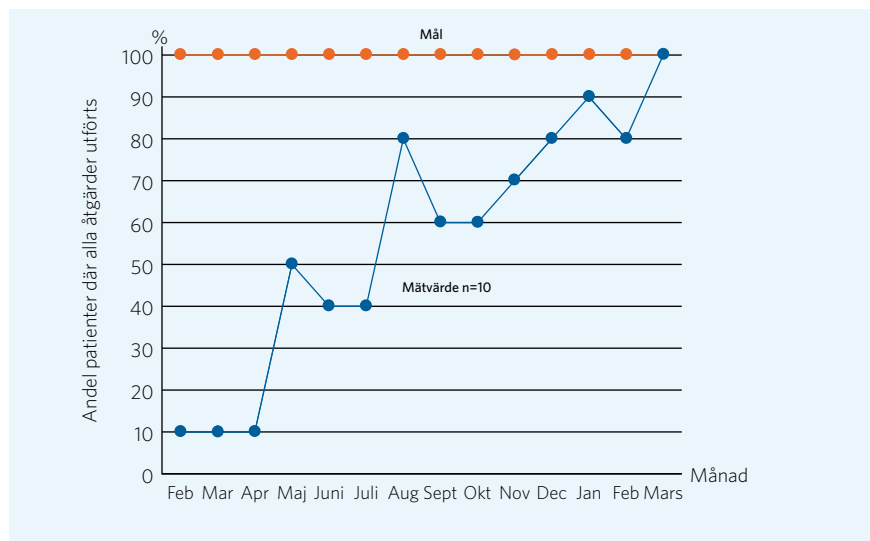
Hur mäta?

Granska minst tio patientjournaler eller patienter en gång i månaden och kontrollera mot en checklista som innehåller de obligatoriska åtgärderna.

Hur följa upp över tid?

Följ mätetalet och analysera data varje månad. Redovisa andelen patienter för vilka samtliga åtgärder har vidtagits enligt diagrammet nedan.

Följsamhet till rekommenderade åtgärder



Referenser


1. Joint Commission Resources, Medication Reconciliation Handbook, 2006. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=1> [Verifierad 2010-10-01]
2. Institute for Healthcare Improvement 2007. Reconcile Medications at All Transition Points. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile%20Medications%20at%20All%20Transition%20Points> [Verifierad 2010-10-01]
3. Socialstyrelsen 2009 Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf> [Verifierad 2010-10-01]
4. Bootman JL, Harrison DL, Cox E. The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities. *Arch Intern Med* 1997; 157:2089-96
5. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *Jama* 1998; 279:1200-5.
6. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci.* 2002;24:46-54.
7. Einarson TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacotherapy* 1993;27:832-40.
8. Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna. Rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II).
9. Scandinavian Health Partner. Förstudie för utveckling av en nationell läkemedelsstrategi. Sammanställning av arbetsmaterial 2010.
10. Howard RL et al. Investigation into the reasons for preventable drug related admissions to a medical admissions unit: observational study. *Qual Saf Health Care* 2003;12; 280-5.
11. Institute for Healthcare Improvement 2007. Reconcile Medications at All Transition Points. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile%20Medications%20at%20All%20Transition%20Points> [Verifierad 2010-10-01].

12. Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å, Eriksson T, Höglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharm Sci World* 2005;27:116-20.
13. Holmkvist K, Bondesson Å, Eriksson T. Aktuell läkemedelslista och Läke-medelsintervju, D-uppsats i Farmakoterapi 30 hp, Apotekarprogrammet termin 9, Uppsala universitet VT 2008.
14. Bondesson Å, Hellström L, Eriksson T, Höglund P. A structured questionnaire to assess patient compliance and beliefs about medicines taken account of the ordered categorical structure of data. *J Eval Clin Pract*. 2009;15:713-23.
15. Midlöv P, Holmdahl L, Eriksson T, Bergkvist A, Ljungberg B, Widner H, Nerbrand C, Höglund P. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. *Pharm World Sci* 2008;30:92-8.
16. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. 2005; 173: 510-5
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11897/38560/38560.pdf> [Verifierad 2010-10-01].
18. National Prescribing Centre. Medication Reconciliation: A guide to implementation 2008. http://www.npci.org.uk/medicines_management/safety/reconcil/resources/reconciliation_guide.pdf [Verifierad 2010-10-01]
19. The European Network for Patient Safety, Good Medication Safety practice in Europe, Compendium I, Results of the implementation. http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunet-pas_wp4_compendium_i_results_of_the_implementation.pdf [Verifierad 2010-10-01]
20. Patientsikkert Sygehus, Medicinafstemning version1.0 april 2010 http://www.sikkerpatient.dk/media/27659/pss_pakke_medicinafstemning.pdf [Verifierad 2010-10-01].
21. Institute for Healthcare Improvement Safer Healthcare Now! Campaign. How-to Guide: Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) <http://www.ismp-canada.org/medicationreconciliation.htm> [Verifierad 2010-10-01]

22. Eriksson T, Holmdahl L, Bodesson, Midlöv P, Höglund P. Medicin och farmaci i samverkan för bättre läkemedelsanvändning: LIMM-modellen, I vården 2010; 9: 23-7 (kopia finns på SKL:s webbplats enligt länk nedan).
23. Midlöv P, Deierborg E, Holmdahl L, Höglund P, Eriksson T. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci 2008; 30, 840-5.
24. Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Bondesson Å, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors – LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. Eur J Clin Pharmacol 2009; 65:1037-46.

Experter som har reviderat detta åtgärdspaket

Maria Palmetun-Ekback, överläkare, Birgitta Lernhage, leg apotekare, distriktsläkare, Sven-Olov Lindahl, leg läkare, Tommy Eriksson, docent.



Upplysningar om innehållet:
Sveriges Kommuner och Landsting
08-452 70 00, patientsakerhet@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011
ISBN: 978-91-7164-630-9
Foto omslag och inlaga: Thomas Henrikson
Produktion: forsbergvonessen
Tryck: Ljungbergs Tryckeri

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

Åtgärder för att förebygga

Läkemedelsfel i övergångar mellan olika vårdenheter är en av de allra vanligaste bristerna i vården.

Misstag gjorda av hälso- och sjukvårdspersonal står enligt en brittisk studie för huvuddelen av läkemedelsfelen.

Howard RL et al. 2003

Bristande kommunikation i vårdens övergångar av medicinsk information orsakar ungefär hälften av alla läkemedelsfel på sjukhus.

Institute for Healthcare Improvement, 2007.

I en svensk studie på 510 patienter identifierades i snitt 2,7 fel per patient i ordinationslistorna. 62 procent av patienterna hade minst ett fel.

Holmkvist K, Bondesson Å, Eriksson T. 2008

Följ satsningen på ökad patientsäkerhet på www.skl.se/patientsakerhet
Beställ eller ladda ner på www.skl.se/publikationer eller på telefon 020-31 32 30.
ISBN 978-91-7164-630-9