

Datum: 2017-11-29

Händelseanalys

Svinn i läkemedelsrummet

December 2016

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Genomföra händelseanalys efter händelse inom verksamheten Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Händelsen har av verksamhetschefen bedömts till allvarlighetsgraden betydande och sannolikheten för upprepande har bedömts som liten. Analysen har utförts utifrån beskrivningen i boken "Riskanalys & Händelseanalys 2009". Utgiven av Socialstyrelsen, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Sveriges kommuner och landsting, Stockholms läns landsting och landstiget i Östergötland.

Uppdragsgivare

Analysen har utförts på uppdrag av verksamhetschefen Alessio Degl'innocenti.

Kort beskrivning av händelsen

Vid rutinmässig kontrollräkning av narkotikaklassat läkemedel upptäcktes det att det fattades ett betydande antal narkotikaklassade tabletter. Sjuksköterska med särskilt ansvar gör omedelbart en avvikelse om det inträffade.

Deltagare i analysen

, verksamhetssamordnare

Oskar Holmberg, säkerhetsansvarig

Susanne Jansson, säkerhetsoperatör

Ronnie Alsing, systemadministratör

Resultat och bakomliggande orsaker

Analysteamet har kommit fram till att det är möjligt att förbättra leveranssäkerheten av läkemedel genom i rapporten föreslagna åtgärder. Analysteamet anser att händelsen kunnat förhindras.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam	4
3	Metodik	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Att utföra en händelseanalys och finna förbättringsåtgärder som förhindrar en liknande händelse inträffa.

1.1 Uppdragsgivare

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-09-04

Startdatum: 2017-09-04

Händelsen var inte känd innan

1.3 Återföringsdatum 2017-09-30

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Arbetsterapeut	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Skötare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Vice analysledare / Övriga personer	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Övriga personer	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelserapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1

Upptäckt att kontrollister för läkemedel inte stämmer vid kontrollräkning

1.

Dag 1

Kontrollräkning

Narkotikaklassat läkemedel saknas.

Dag 1

Avvikelserapportering

4.2 Bakomliggande orsaker

Ej följt aktuell rutinen

Kommunikation & information

Brister i Hamlet gällande antal inlevererat förpackningar

Teknik, utrustning & apparatur

Brister i leveranskontrollen av läkemedel

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga

4.5 Åtgärdsförslag

Skaffa streck kodsläsare för säkrare hantering av läkemedelsleveranser

Skapa en kategori över antalet inlevererade förpackningar samt kostnad per förpackning

Tydliggöra aktuell rutin

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Avvikelsesrapportering	Registrerat i MedControlPro	Läkemedelsansvarig ssk	Direkt

5 Tidsåtgång

Gör en beräkning kring hur mycket tid som analysteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	2
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	14

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Skapandet av en kategori i Hamlet över antalet inlevererade förpackningar samt kostnad per förpackning. Skaffa streckodsläsare för säkrare hantering av läkemedelsleveranser.

6.2 Återkoppling

Info på APT, VLG, LSG

6.3 Uppföljning

Uppföljning sker i juni 2018 genom inventering av eventuellt läge med inlevererade förpackningar – controlling.

7 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Allvarlig vårdskada	Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf