

Kunskapsbanksnummer: KB2041122

Datum: 2019-07-01

Händelseanalys

Förväxling av läkemedel - Patienten får kalcium istället för kalium

Maj 2019

Analysledare:

Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Uppdrag och syfte:

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelse ej skall inträffa igen. Händelsen avgränsas till att enbart gälla fram till administrationen är utförd och behandlande läkare informeras.

Händelseförlopp:

En patient kommer till hjärtakuten med förmaksflimmer och hjärtsvikt. Efter undersökning ordinerar patientansvarig läkare (PAL) T Calcipos-D Forte 500mg/800IE 4 stycken i läkemedelsmodulen i journalsystemet. Patientsansvarig sjuksköterska (SSK) administrerade den ordinerade dosen. Kort därefter upptäcker PAS att det Kaleorid 4 st i aktiviteter i akutuppgifter. PAS kontaktade direkt PAL. Denne kontaktade i sin tur Giftinformationscentralen som meddelade att det var en mycket låg dos och patienten behövde ej någon ytterligare övervakning eller behandling. PAL ordinerade sedan rätt preparat i läkemedelsmodulen och PAS administrerade den. Kort därefter fick patienten komma upp på vårdavdelning.

PAL dokumenterade händelsen i patientjournalen och SSK skrev en vårdavvikelse på det skedda.

Resultat:

Bedömningen är att patienten har fått fyra tabletter av ett läkemedel som ej var avsett att patienten skulle ha. Patienten har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

Bakomliggande orsaker/åtgärdsförslag:

De bakomliggande orsakerna som identifierades återfanns inom grupperna "*Procedurer/rutiner & riktlinjer*". Två åtgärdsförslag är att kommunicera och diskutera denna händelse i medarbetargruppen samt att förtydliga att alltid arbeta efter gällande riktlinjer. Vidare bör den pilot-workshop om läkemedel för nya sjuksköterskor breddinföras på sjukhuset då alla sjuksköterskor får ta del av den.

Akutkliniken kommer även arbeta för att det ska finnas farmaceuter stationerade på akuten dygnet om.

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	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
4.4	Riskbedömning	6
4.5	Händelser av liknande art i verksamheten	6
4.6	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	6
4.7	Åtgärdsförslag.....	6
5	Tidsåtgång	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling	8
6.3	Uppföljning	8
7	Ordförklaringar	9
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

Att undersöka händelsen samt att identifiera åtgärder för att liknande händelse ej skall inträffa igen. Händelsen avgränsas till att enbart gälla fram till administrationen är utförd och behandlande läkare informeras.

1.1 Uppdragsgivare

Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB
Stockholms läns landsting

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-07-01

Startdatum: 2019-07-01

1.3 Återföringsdatum

2019-07-10

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska
Vice Analysledare / Läkare
Vice analysledare / Sjuksköterska
Dok.ansvarig / Sjuksköterska
Analysteammedlem / Läkare + LANS-läkare
Analysteammedlem / Sjuksköterska

Enhet

Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB/Hjärtkliniken
Danderyds sjukhus AB/Hjärtkliniken
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Internutredning eller motsvarande

4 Resultat

Analysen visar på att patienten har fått fyra tabletter av ett läkemedel som ej var avsett att patienten skulle ha. Patienten har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

4.1 Händelseförlopp

Onsdag kl. ca 09:20

Patienten skrivs in på hjärtakuten pga förmaksflimmer och hjärtsvikt.

1.

Kl. 10:07

PAL ordinerar T Kalcipos-D Forte 4 st. till kl. 11:00 i journalsystemets läkemedelsmodul.

Felhändelse

PAL blandar ihop läkemedlen.

2.

Kl. 10:57

PAS ger T Kalcipos-D Forte 4 st till patienten och signerar i läkemedelsmodulen

Ingen felhändelse då PAS följer läkemedelsordination

3.

Ca kl. 11:15

PAS noterar att det står T Kaleorid i aktivitetsfältet

4.

Ca kl. 11:15

PAS informerar PAS om det skedde. Efter att ha kontaktat Giftinformationscentralen, ordinerar PAL det korrekta läkemedlet (T Kaloerid) och PAS ger patienten detta.

Ingen felhändelse

5.

Kl. 11:20

PAS administrerar korrekt läkemedel (T Kaleorid) och dokumenterat detta i läkemedelsmodulen. PAS skriver vårdavvikelse.

Ingen felhändelse

Patienten informeras av PAS och PAL. Har ej lidit medn av det skedda.

4.2 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation

Hög belastning på akuten tillsammans kan ha bidragit till en stressig arbetsmiljö så läkaren tänkte fel.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Gällande riktlinjer angående läkemedel har ej följts.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga funna.

4.4 Riskbedömning

Bedömningen är att patienten har fått fyra tabletter av ett läkemedel som ej var avsett att patienten skulle ha. Patienten har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

4.5 Händelser av liknande art i verksamheten

Akutkliniken har identifierat flera läkemedelshändelsen där man tagit fel läkemedel, administrerat läkemedel till fel patient samt administrerat fel dos. Akutkliniken analyserar samtliga avvikelser gällande läkemedel för att belysa vikten av att alltid följa riktlinjer vid hantering av läkemedel. Akutkliniken har även observerat problemen med muntliga ordinationer som ofta ligger till grund för felaktig hantering/administrering och påtalat vikten av att arbeta med skriftliga ordinationer.

4.6 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga merkostnader annat än de extra tabletterna som patienten erhållit.

4.7 Åtgärdsförslag

- Breddinföra workshop angående läkemedel för alla sjuksköterskor på akuten.
- Uppdatera samtliga medarbetare om riktlinjernas betydelse.
- Arbeta för att anställa farmaceuter på akuten hela dygnet.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

När misstaget uppdagades kontaktades PAL direkt som vidtog nödvändiga åtgärder. Patienten blev informerad av både PAL och PAS. PAL dokumenterade i patientjournalen och PAS skrev en vårdavvikelse kring det skedda.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Informera om händelsen	På personalmöte samt på intranät	PSC AKM	3Q19

Aktualisera riktlinje om läkemedel och kommunikation enligt SBAR.	På personalmöte samt på check-in	SAS AKM	Redan genomfört
Workshop angående LM	Breddinföra den pilot som genomförts på medicinkliniken	VC AKM eskalerar önskan till DSLG	Redan genomfört
Arbeta för att ha farmaceuter på akuten hela dygnet	VC AKM driver frågan med sjukhusledningen	VC AKM	Pågående

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	3
För analysteam	4
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	8

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag är relevanta. Åtgärdsförslagen berör akutkliniken och dessa ansvarar vi för själva. Förslaget om workshops för sjuksköterskor likväl som farmaceuter på akuten, kommer att, ånyo, aktualiseras för sjukhusledningen. En ansvarsfördelning och tidplan är gjord och denna tycker jag är relevant.

6.2 Återkoppling

Analysen lämnas till chefläkare på sjukhuset tar ställning till om en anmälan enligt Lex Maria ska göras. Utredningen kommer att återföras till medarbetarna på APT eller liknande samt därefter kommuniceras ut på akutkliniken egen hemsida.

6.3 Uppföljning

Tidpunkterna för införandet av åtgärder framkommer i analysen. Uppföljning att så har skett och vad de gett kommer att ske i samband med bokslut 4Q19 av patientsäkerhetscontroller och verksamhetschef på akutkliniken.

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