

Datum: 2017-09-15

## **Händelseanalys**

**Återkallande av läkemedel från Apoteket**

Augusti 2017

Analysledare:

Område 2  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Genomföra händelseanalys efter händelse inom verksamheten Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Händelsen har av verksamhetschefen bedömts till allvarlighetsgraden mindre och sannolikheten för upprepanande 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

Brister i rutiner kring spridning av information mellan sjukhusapoteket och verksamhetens läkemedelsansvariga sjuksköterskor och vårdenhetschefer leder till att ett antal patienter behandlas med medicin som är tillbakadragen av tillverkande läkemedelsbolag.

### Deltagare i analysen

, verksamhetssamordnare

Oskar Holmberg, säkerhetsansvarig

Susanne Jansson, säkerhetsoperatör

Ronnie Alsing, systemadministratör

### Resultat och bakomliggande orsaker

Analysteamet har kommit fram till att det finns brister i aktuell process och rutin gällande läkemedelsansvar och informationsprocessen mellan verksamheten och sjukhusapoteket samt internt inom verksamheten. 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

Utreda och säkerställa att samma händelse inte inträffar igen

## 1.1 Uppdragsgivare

Område 2  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Västra Götalandsregionen

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-08-16

Startdatum: 2017-08-16

## 1.3 Återföringsdatum

2017-09-07

# 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

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

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

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

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

170725

Sjukhusapoteket skickar ut viktig information, gällande återkallande av felaktigt läkemedel.

1.

Som tidigare angetts

Informationsspridning i verksamheten.

Informationen når inte berörda vårdenhetschefer (vec) och läkemedelsansvariga ssk på alla verksamhetens enheter.

3.

170731

Information kring det felblandade läkemedlet når en av de läkemedelsansvariga ssk i verksamheten som informerar sin tf. VEC och CHÖL.

4.

170731

Information om det felaktiga läkemedlet sprids i organisationen till ssk på varje enhet av då tjänstgörande CHÖL

kommunikationsvägar oklara

5.

170803

När medarbetare nr 4 kommer tillbaka från semester (3/8) finns fortfarande läkemedlet kvar på enhetens läkemedelsrum

Oklart varför

Tid för händelse

3 patienter har fått injektion av aktuellt läkemedel och troligen av gällande batchnummer

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Kommunikationsvägarna har i utredningen visat sig vara otydliga och i vissa fall inte korrekta

Procedurer/rutiner & riktlinjer

De gällande rutiner (SU gemensam och SU psykiatri gemensam) som finns upplevs som massiva och svåröverskådliga. Det finns icke fungerande länkar till gällande rutiner (SU gemensam och SU psykiatri gemensam) samt blanketter som upplevs svåra att fylla i. En otydlighet hos Vec/Ec hur ofta detta ska göras.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Förslag från analysgruppen är att skapa funktionsbrevlådor i mejlen kopplade till alla medicinrum och med åtkomst för de läkemedels ssk/ssk som för tillfället tjänstgör.

## 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Nej

## 4.5 Åtgärdsförslag

En processbeskrivning hur arbetet ska bedrivas på organisatorisknivå för hela sjukhuset

En processbeskrivning hur arbetet ska bedrivas på verksamhetsnivå

Rutin på verksamhetsnivå som säkerställer ansvar och befogenheter samt förvaring och uppdateringsbehov av förändring av vec och ssk

Rutiner på organisatorisk nivå som är tydliga och enkla att förstå samt länkar som är aktuella.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Indragning av preparatet.	Ingen mer medicinering med medicinen.	VC/CHÖL/VEC	170731

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	6
För analysteam	22
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	34

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

De verksamhets-specifika åtgärderna är relevanta och skall införas.

### **6.2 Återkoppling**

Återkoppling sker på VLG i januari 2018 dock senast 31 januari 2018.

### **6.3 Uppföljning**

Skер genom avvikelser.

## 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