

Kunskapsbanksnummer: KB6188893

Datum: 2019-06-04

## **Händelseanalys**

**Förväxling av antibiotika till patient på larmrum**

April 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 med ambulanslarm till akutmottagningen med symtom på sepsis. Efter undersökning ordinerar patientansvarig läkare (PAL) Inj Cefotaxim 2g i.v. Patientsansvarig sjuksköterska (SSK) administrerade Inj Cloxacillin 2g i.v. Misstaget upptäcktes snart och SSK kontaktade direkt PAL. Denne kontaktade i sin tur infektionsjouren och man bedömde att patienten skulle ges det, tidigare, tänkta läkemedlet. SSK administrerade därefter rätt antibiotika. Kort därefter fick patienten komma upp på vårdavdelning.

SSK samt PAL dokumenterade händelsen i patientjournalen och SSK skrev en vårdavvikelse på det skedd. Man hade, tidigare, bytt ut förpackningen på de två läkemedlen så dessa liknade varandra. SSK var obekant med den nya förpackningen.

### Resultat:

Bedömningen är att administreringen av läkemedlet ej hade inträffat om gällande riktlinjer för läkemedelsadministration hade följts.

Patienten har fått en injektion av ett icke ordinerat läkemedel. 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 sjuksköterska med läkemedelsansvar på akutkliniken samverka med apoteksleverantör så denna typ av information tydligt kommuniceras ut och kan delges sjuksköterskorna på akutkliniken. Akutkliniken kommer även arbeta för att det ska finnas farmaceuter stationerade på akuten dygnet om.

## Innehållsförteckning

2		
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	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1.....	5
	<b>4 kap. Iordningställande och administrering av läkemedel .....</b>	<b>5</b>
5	Resultat.....	5
5.1	Händelseförlopp .....	5
5.2	Bakomliggande orsaker .....	6
5.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
5.4	Riskbedömning .....	6
5.5	Händelser av liknande art i verksamheten .....	6
5.6	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	6
5.7	Åtgärdsförslag.....	6
6	Tidsåtgång .....	7
7	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
7.1	Åtgärder.....	8
7.2	Återkoppling .....	8
7.3	Uppföljning .....	8
8	Ordförklaringar .....	9
9	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

Verksamhetschef  
Akutkliniken  
Danderyds sjukhus AB  
Stockholms läns landsting

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-06-04

Startdatum: 2019-06-04

### 1.3 Återföringsdatum

2019-06-05

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Analysteammedlem / Läkare	Danderyds sjukhus AB/Medicinkliniken
Vice analysledare / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Analysteammedlem / Läkare och LANS-läkare	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Danderyds sjukhus AB/Akutkliniken

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal
- Internutredning eller motsvarande

Patienten är inte intervjuad pga kognitiv nedsättning

## 4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1

### 4:e kap. Iordningställande och administrering av läkemedel

**1 §** Läkemedel ska iordningställas av en sjuksköterska, läkare, tandläkare, receptarie eller apotekare. En sjuksköterska, läkare eller tandläkare som iordningställt ett läkemedel har själv ansvaret för administreringen av läkemedlet till patienten.

6§ Den som iordningställer ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedelsform samt dosen och doseringstidpunkten mot ordinationshandlingen. Den som administrerar ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet och ge patienten det ordinerade läkemedlet vid avsedd tidpunkt.

## 5 Resultat

Analysen visar att patienten har fått ett icke ordinerat läkemedel då SSK ej följt gällande rutin vid kontroll av patientens identitet mot ordinationshandling. Patienten erhöll i vidare vårdförlopp på vårdavdelning ytterligare flera antibiotikum.

### 5.1 Händelseförlopp

Lördag 21:20

Pat ankommer till akuten med ambulanslarm.

1.

22:00

Ordination Inj Cefotaxim 2g iv skriftligt och muntligt av patientansvarig läkare (PAL)

Ingen felhändelse

2.

23:07

Inj Cloxacillin 2g iv administreras

Fel antibiotika administreras

3.

ca 23:15

SSK upptäcker misstaget, kontaktar omedelbart PAL, som i sin tur kontaktar infektionsjouren. PAL ordinerar sedan att "rätt" antibiotika skall administreras, vilket SSK gör. SSK och PAL skriver journalanteckning över det inträffade samt SSK skriver avvikelserapport på händelsen.

23:22

Patienten skrivs in på infektionsavdelning. Dagen efter byter man ut antibiotika till ett annat då fokus identifieras till luftvägar.

## 5.2 Bakomliggande orsaker

### Procedurer/rutiner & riktlinjer

Medarbetare följde inte uppsatt rutin att vid en läkemedelsadministrering kontrollera personuppgift mot given ordination.

### Kommunikation & information

Kommunikation från apoteket hade ej utgått om ny förpackning

### Teknik, utrustning & apparatur

Ny förpackning av läkemedel

## 5.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Bristande kommunikation från apoteket när nya förpackningar samt produkter levereras. Detta kommer att kommuniceras till leverantören av sjuksköterska med läkemedelsansvar på akutkliniken.

## 5.4 Riskbedömning

Patienten har fått en injektion av ett icke ordinerat läkemedel. Patientens har således varit utsatt för risk för vårdskada. Denna bedöms dock vara ringa i detta fall.

## 5.5 Händelser av liknande art i verksamheten

Akutkliniken har identifierat flera läkemedelshändelser 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.

## 5.6 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga merkostnader för denna händelsen, annat än kostnaden för det, i onödan, administrerade läkemedlet.

## 5.7 Åtgärdsförslag

Även då händelsen är relaterad till enskild medarbetare föreslår analysgruppen åtgärder till hela medarbetargruppen. Detta för att händelser av liknande art ej ska inträffa framledes. Analysgruppen tror att, då händelsen diskuterats flitigt i medarbetargruppen, att det är av mervärde att lyfta vikten av att arbeta efter uppsatta riktlinjer ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

- SSK informerade PAL om det skedda direkt när detta stod klart för SSK.
- SSK dokumenterade i patientjournalen samt skrev en avvikelse på händelsen.

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Info om händelsen	På personalmöte	PSC AKM	3Q19
Arbeta för att ha farmaceuter stationerade på akuten dygnet om	I samråd med sjukhusledningen	VC AKM	Snarast
Info om riktlinje gällande administrering av läkemedel mot ordinationshandling	I veckobrev o/e på check-in	SAS AKM	2Q19
Kommunikation med apoteket/leverantör	Samverkansmöte	SAS Ortoped (LM-ansvarig ssk)	3Q19

## 6 Tidsåtgång

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

## 7 Uppdragsgivarens kommentarer

### 7.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag är relevanta. Åtgärdsförslagen berör akutkliniken och dessa ansvarar vi för själva. Förslaget om farmaceuter hela dygnet kommer att, ånyo, aktualiseras för sjukhusledningen. En ansvarsfördelning och tidplan är gjord och denna tycker jag är relevant.

### 7.2 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.

### 7.3 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.



## 8 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>

## **9 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf