

Kunskapsbanksnummer: KB878288

Datum: 2019-10-30

## *Mall för slutrapport för händelseanalyser*

### **Händelseanalys**

**Brister i information om blodgivares hälsa/medicinering**

Analysledare:

Länssjukvård  
Region Norrbotten

## Sammanfattning

Internutredningen genomförs på uppdrag av verksamhets-/länschef inom Laborators medicin för att klargöra omständigheterna kring tre separata händelser. Blodgivningen Luleå/Boden har under en relativt kort tidsperiod (sedan april 2019) upptäckt tre fall där viktig information om blodgivares hälsa/ medicinering inte framkommit

Med anledning av inträffad negativ händelser fick analysteamet uppdrag att genomföra en händelseanalys med syfte att rekonstruera av händelseförloppet identifiera bakomliggande orsaker samt ta fram förslag på konkreta åtgärder som om möjligt förhindrar att händelserna inträffar igen.

Fall 1) Blodgivare står på medicinering för prostataförstoring (Finasterid) sedan 2018-10-19 och har trots det gett blod vid två tillfällen. En enhet transfunderad, en kasserad.

Fall 2) Blodgivare står på medicinering för psoriasis (Negatigason). Givaren har lämnat blod vid två tillfällen och erythrocyter transfunderats till patient och plasma skickat till Octapharma för läkemedelstillverkning.

Fall 3) Blodgivare lämnat blod trots inopererad pacemaker vid två tillfällen. Har inte kommit fram vid intervju

En bakomliggande orsak som identifierats är att miljön för intervjutillfället bör ses över, detta är åtgärdat. De övriga bakomliggande orsakerna som analysteamet funnit är svårigheter att planera patientflödet vid "dropin" verksamhet, intervjufrågorna till givaren bör ses över samt att information om givarens skyldigheter bör tydliggöras.

De åtgärdsförslag som analysteamet anser viktigast är att hitta lösningar i som undanröjer risken för att upprepa de misstag som skett i det här fallet samt ha ett tekniskt lösning som IT plattor i stället för pappersformulär.

Andra åtgärder är att ta upp denna händelse för att påminna personal om vikten av att säkerställa att att givaren uppgett fullständig information vid intervjun. Vi föreslår även att eftersträva följsamhet i rutinerna så att följdfrågor kring mediciner ställs.

I sitt interna arbete med att sprida erfarenheter och kunskap från avvikelset arbetet föreslår analysteamet att, som personal kan ta del av även om man inte närvarat vid något av de forum där informationen sprids.

## 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

Blodgivningen Luleå/Boden har under en relativt kort tidsperiod (sedan april 2019) upptäckt tre fall där viktig information om blodgivares hälsa/ medicinering inte kommit fram.

Fall 1) Blodgivare står på medicinering för prostataförstoring (Finasterid) sedan 2018-10-19 och har trots det gett blod vid två tillfällen. En enhet transfunderad, en kasserad. Bedömning av medicinskt ledningsansvarig vid transfusionsmedicin: Inga vidare åtgärder mot patient.

Fall 2) Blodgivare står på medicinering för psoriasis (Negatigason). Givaren har lämnat blod vid två tillfällen och erythrocyter transfunderats till patient och plasma skickat till Octapharma för läkemedelstillverkning.

Bedömning av chefläkare ansvarig för IVO/ Lex Maria: Risk för patientskada obefintlig.

Fall 3) Blodgivare lämnat blod trots inopererad pacemaker vid två tillfällen. Har inte kommit fram vid intervju.

Maria Remes BIS (Blodsäkerhet i Sverige) ansvarig läkare NUS bedömer att detta bör IVO anmälas. Ärendet skickat till chefläkare för vidare bedömning.

### 1.1 Uppdragsgivare

Laboratoriemedicin länsklirik

Länssjukvård

Region Norrbotten

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-10-21

Startdatum: 2019-10-30

### 1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 2019-11-11

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

### Roll / titel

Analysledare/ Övriga personer  
Vice analysledare/Arbetsterapeut  
Analysteammedlem/ Biomedicinsk analytiker  
Analysteammedlem/ Sjuksköterska  
Analysteammedlem/ Sjuksköterska

### Enhet

Länssjukvård  
Länssjukvård  
Länssjukvård/Laboriemedicin länsklirik  
Länssjukvård/Laboriemedicin länsklirik  
Länssjukvård/Laboriemedicin länsklirik

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på fakta som framkommit i samband med faktainsamling. Se även bilaga 1: Händelsekedja.

Blodgivare kommer till tappning

1.

Blodgivare fyller i hälsodeklaration

Felhändelse: Blodgivare uppger inte medicinska kontraindikationer för blodgivning

2.

Blodgivare intervjuas

Felhändelse: Medicinska kontraindikationer missas vid intervjun

3.

Blodgivare tappas

Felhändelse

Följsamheten av rutin frångås

4.

Aktivitet utan felhändelse

Blodgivare går hem

Olämpligt blod ges till patient- ingen vårdskada uppstår

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Följande bakomliggande orsaker har identifierats och de tillhör följande orsaksområden:

### **Kommunikation & information:**

Informationsbrist för ansvaret som finns för blodgivaren.

### **Omgivning & organisation**

Dropin verksamhet innebär att det är svårt att planera flödet av givare, kan blidas köer.

Lokalens utformning olämplig för samtal/intervju, svårt att uppnå avskildhet tillsammans med givaren. Kan innebära att känsliga frågor inte tas upp.

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Rutiner finns upprättad och är tillgänglig i verksamheten, följsamhet hos personalen brister. Kontroll av givarens hälsodeklaration sker i samband med intervjun, där följdfrågor kring exempelvis medicinering sker. Frågan kan misstolkas eftersom det finns en följdtext, missförstånd kan uppstå hos givaren, kontraindikationer kan missas.

### **Teknik, utrustning & apparatur**

Teknik och pappershantering i färdig mall tillåter inte större text, svårt att tyda texten

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak identifierats:

**Omgivning & organisation samt Utbildning & kompetens.**

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Vi har också funnit att det handlar om arbetssätt och det professionella ansvaret när man intervjuar en blodgivare inför tappning. Det är många rutinerade blodgivare som inte reflekterar över frågorna utan svarar på rutin. Det handlar om att vara uppmärksam och ständigt komma ihåg att kontrollera med följdfrågor samt att följa rutiner och hitta ett standardiserande arbetssätt inom arbetsgruppen.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader har inte beräknats då inga kostnader kunnat påvisas.

#### 4.5 Åtgärdsförslag

##### Åtgärdsförslag

- Göra rutinen känd i verksamheten, kontrollera tillämpning genom egenkontroll.
- Följa de rutiner som finns upprättade, tydliggör vikten av en uppföljningsfråga kring mediciner vid intervju.
- Standardisera arbetssätt kring intervjuer.
- Införa web-tidbokning för att få ett kontrollerat och bättre flöde av blodgivare, underlättar planeringen
- Nyttja nya typer av informationskanaler tex affischering, sociala medier, väntrum tv för information om givaransvaret.
- Omstrukturering i befintlig lokal är genomförd, samt upprättat en till arbetsstation för intervju/ mottagning vilket innebär att bättre sekretess för blodgivare och intervjuare är uppnått.
- Förbättra information på regionens hemsida: Ge blod .nu
- Samordna informationen till blodgivare i länet.
- Se över frågans utformning kring medicinering i hälsodeklarationen
- Ersätta befintlig hälsodeklarations blankett med läsplattor

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Omstrukturera i lokal	Ny placering på "stationerna"		
	Tillsatt en arbetsstation för intervju		

#### 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	14
För analysteam	9

Kunskapsbanksnummer: KB878288

För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	27



## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Av föreslagna åtgärdsförslag kommer alla utom ett att genomföras. Förslaget att nyttja nya typer av informationskanaler så som affischering, sociala medier och väntrum-TV är inte aktuellt i nuläget.

Förslagen som lyftes inom orsaksområdet procedurer, rutiner och arbetssätt är väldigt lika varandra. Följa rutin, göra rutinen känd och standardisera arbetssätt (enligt rutin) kan ses som ett förslag varför svar om åtgärd att vita och effekt av åtgärd är lika för alla tre.

Ett förslag som inte kommit upp i händelseanalysen men som är av stor vikt är utbildning i intervjuteknik. Laboratoriemedicin har genomgått en omfattande generationsväxling och många medarbetare med lång erfarenhet av att intervjua blodgivare har gått i pension. Förslaget har lagts till i handlingsplanen. Medarbetare på blodtappen kommer att få gå utbildning i intervjuteknik i Umeå. Utbildningen ges vartannat år.

### 6.2 Återkoppling

Ingen återkoppling till blodgivare kommer att genomföras. Återkoppling till medarbetare kommer löpande att delges vid APT.

### 6.3 Uppföljning

Enligt upprättad handlingsplan.

## 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

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf