

Kunskapsbanksnummer: KB8825575

Datum: 2019-01-16

Reviderad 2019-01-18

Händelseanalys

Förväxling av läkemedel

Analysledare:

Förvaltningsledning och stab
Skånevård Kryh
Region Skåne

Sammanfattning

Analysen har skett i syfte att följa ett händelseförlopp och hitta bakomliggande faktorer som kan ha påverkat aktörernas val av handläggning som ledde till förväxling av läkemedel.

Patienten, en sexårig flicka, skulle få sina halsmandlar bortopererade. Detta skedde inom ramen för en kösatsning som gjordes inom Region Skåne. Teamet av anesthesi- och operationspersonal arbetade i ett regionalt operationsteam och patientansvarig anesthesisjuksköterska hade inte sin ordinarie arbetsplats på det aktuella sjukhuset. Anestesiläkaren tillhörde ordinarie personal på operationsavdelningen.

Under operationen gavs smärtstillande läkemedel i olika former. Dessa var inte i ordningsställda och administrerade enligt den rutin som fanns på sjukhuset. Hade denna rutin följts hade inte förväxlingen av sprutorna varit möjlig. Mängden läkemedel var beräknad att behövas för hela vårdtillfället. Den givna dosen läkemedel ledde till att patientens egen förmåga att andas försenades och ledde till ett förlängt vårdförlopp. Det förelåg aldrig någon fara för patientens liv.

Där utöver framkom det av intervjuerna att den information som patientens mamma erhållit inte var tillfylles för att hon skulle få möjlighet att känna sig lugn.

Analysteamet har betonat vikten av det egenansvar som varje medarbetare inom hälso- och sjukvården har. Vidare har analysgruppen föreslagit att information som ges måste vara tydlig och i tillräcklig omfattning, samt att det måste finnas rutiner för hur vården säkerställer att den som mottagit informationen har förstått innehållet och inte har några obesvarade frågor efter utskrivningen.

Innehållsförteckning

1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam.....	4
3	Metodik	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
4.6	Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:.....	8
5	Tidsåtgång	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling.....	9
6.3	Uppföljning.....	9
7	Ordförklaringar	10
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

Analysen sker i syfte att i efterhand följa ett händelseförlopp och hitta bakomliggande faktorer som kan ha påverkat aktörernas val av handläggning som ledde till förväxling av läkemedel.

1.1 Uppdragsgivare

Chefsläkare, Skånevård Kryh, Region Skåne

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-10-15

Startdatum: 2018-11-19

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 2019-01-16

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Skånevård Kryh/Förvaltningsledning och stab
Vice analysledare/Sjuksköterska	Skånevård Kryh/Förvaltningsledning och stab

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Journalhandlingar
- Intervjuer med direkt- och indirekt personal
 - två enhetschefer
 - en anestesijuksköterska
 - en överläkare, anesthesi
 - en verksamhetschef
 - en ledningsansvarig överläkare, anesthesi
 - barnets föräldrar
- Styrande dokument
 - "Regional riktlinje för färgmarkering av sprutetiketter inom anesthesi och intensivvård" (giltig till 2020-03-31)
 - "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) ordination och hantering av läkemedel i häls- och sjukvården"

4 Resultat

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid intervjuer med direkt och indirekt involverade medarbetare och närstående, samt genomgång av journaler och andra handlingar. Vilka som intervjuats samt vilken dokumentation som ligger till grund för analysen redovisas under *Metodik*.

4.1 Händelseförlopp

Patienten, en sexårig tidigare frisk flicka, skulle få sina halsmandlar bortopererade. För att effektivisera vården och korta operationsköerna, har Region Skåne inrättat ett regionalt operationsteam. Teamet består av anestesijuksköterskor och operationssjuksköterskor som kommer till det sjukhus som för tillfället kan upplåta operationssalar. Till teamet kopplas anesthesiolog och operatör som har sin anställning på det aktuella sjukhuset. Den aktuella patienten togs omhand inom ramen för denna satsning.

2018-09-11

Sexårig tidigare frisk flicka skulle sövas och opereras för tonsillektomi av det regionala operations- och anestesiteamet.

1. 2018-09-11

Det regionala anestesiteamet bestod av tre anestesijuksköterskor, varav en hade patientansvar. De fick hjälp av en anesthesiläkare som jobbar på sjukhuset.

2.

Sprutorna som skulle användas vid anestesi drogs upp på operationssalen av ssk 2 och lades i ett sprutfat på anestesi bordet. Undantaget var två sprutor med Paracetamol. Dessa sprutor drogs upp av den sjuksköterskan som hade patientansvar (ssk 1) och som skulle ge läkemedel.

3. Kl. 09:32

Patienten sövdes utan anmärkning och operationen påbörjades.

4. Kl. 09:38

Planerat var att patienten skulle ha 100 mg Paracetamol under operationen i syfte att få smärtlindring postoperativt. Istället injiceras 9 mg Oxynorm, en dos som var beräknad kunna vara den totala dos smärtlindring som patienten kom att behöva under hela vistelsen på sjukhuset.

5. Kl. 09:52

Operationen avslutades.

6. Kl. 10:00

Patienten hade efter operationen ingen spontanandning, vilket var relaterat till den dos Oxynorm som administrerats. Det förbereddes att uppvaknandet skulle ske på IVA, eftersom patienten var i behov av att få andningsunderstöd. Detta förbereddes av ansvarig anestesilog.

7. Kl. 10:16

Patienten hade nu börjat spontanandas, men med otillräcklig effekt. För att öka andningseffekten beslöt ansvarig anestesilog att ge patienten antidot mot Oxynorm (Naloxone 0,2 mg). Efter en kort stund förbättrades patientens andning och hon kunde flyttas till dagkirurgisk uppvakningsavdelning.

8. Ca kl. 10:30

Ansvarig anestesiläkare informerade mamman om vad som hade hänt. Informationen upplevdes som kort, snabb och utan detaljer. Mamman var övertygad om att hon skulle få mer information senare.

9.

En sjuksköterska på dagkirurgisk uppvakningsavdelningen pratade med mamman eftersom hon hade frågor och funderingar kring vad som hade hänt. I samtalet sa sjuksköterskan att patienten hade fått en allt för hög dos smärtstillande läkemedel. Sjuksköterskan kontaktade inte ansvarig anestesilog för ytterligare samtal med mamman.

Senare på eftermiddagen skrevs patienten ut till hemmet i välbefinnande.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Bristande rutiner för vem som ger information och på vilket sätt information sker vid avvikande händelser

Om anestesiläkaren och anestesisjuksköterskan tillsammans hade informerat mamman om att ett fel hade begåtts och att felet inte innebar fara för patienten hade föräldrarna besparats mycket oro. Förslagsvis kunde rutinen innebära en uppföljning, före hemskrivning, av att mamman förstått den givna informationen.

Om sköterskan på uppvakningsavdelningen hade tillkallat ansvarig anesthesiolog för att besvara mammans frågor hade informationen till henne blivit entydig.

Omgivning & organisation

Bristande följsamhet till gällande riktlinjer

Verksamheten hade gjort ett stort inköp av etiketter en tid innan gällande riktlinjer infördes. Ansvarig ledning gjorde bedömningen att det sannolikt inte skulle innebära några patientsäkerhetsrisker att använda upp befintligt lager.

Sjuksköterskan borde ha följt gällande rutin på arbetsplatsen

Enligt gällande rutin i aktuell verksamhet ges Paracetamol som infusion under operationen. Hade denna rutin följts hade inte förväxlingen av sprutorna varit möjlig. Om operationsteamet genomfört sina operationer på ett och samma sjukhus hade de inte haft olika rutiner att förhålla sig till, utan samma rutiner gäller vid varje arbetstillfälle.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Brist på följsamhet till gällande lagstiftning

Enligt gällande lagstiftning avseende läkemedelshantering ska den som bereder läkemedlen också vara den som administrerar dessa.

Utbildning & kompetens

Bristande uppmärksamhet

Den enskilda anestesisjuksköterskan har ett eget ansvar för de arbetsuppgifter hen utför. Anestesi-sjuksköterskan skulle ha läst på etiketten.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd har noterats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Händelsen har inte inneburit några ökade kostnader.

4.5 Åtgärdsförslag

- Påtala vikten av det egna ansvar som all hälso- och sjukvårdspersonal alltid har. I detta fall att förvissa sig om att rätt läkemedel administreras.
- Varje specifik arbetsplats har sina fastställda rutiner, som inhyrd personal måste känna till.
- Låta det regionala operationsteamet operera på ett fast ställe, dit patienten skickas.
- Införa rutiner för information när ett vårdförlopp har avvikit från det normala.
- Information till patienten och anhöriga måste ges på en nivå som mottagen kan förstå. Likaså måste informationen vara överensstämmande och det måste säkerställas att informationen är tillräcklig och att mottagaren har förstått budskapet.
- Påtala vikten av att följa gällande regionala riktlinjer och gällande lagstiftning.

4.6 Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Färgade etiketter placerades på alla operationssalar omedelbart efter händelsen.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	10
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	8
SUMMA	48

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

För att minimera risken för fel vid administration av läkemedel skall berörda verksamheter för sin personal påtala vikten av det egna ansvaret och av att följa gällande regionala riktlinjer och lagstiftning. I den mån inte detta redan skett skall detta göras senast under februari månad 2019.

För att minimera risken för misstag relaterade till bristande kännedom om lokala rutiner skall berörda verksamheter tillse att berörd personal har god kännedom därom. Planer för hur detta skall ske skall utarbetas senast i februari 2019 och implementeras omedelbart därefter.

För att minimera risken för misstag relaterade till bristande kännedom om lokala rutiner skall ansvariga för det regionala operationsteamet överväga och undersöka möjligheterna att operera på ett fast ställe, dit patienten skickas. Detta göres under våren 2019 och följs upp enligt nedanstående tidsplan.

På operationsavdelningen på aktuellt sjukhus skall rutiner införas för information när ett vårdförlopp har avvikit från det normala. Dessa rutiner skall säkerställa att information till patienten och anhöriga är tillräcklig och ges på en nivå som mottagaren kan förstå. Likaså måste informationen vara överensstämmande med annan information. I den mån inte detta redan skett skall detta göras senast under februari månad 2019.

6.2 Återkoppling

Information om händelseanalysen och om ovanstående åtgärder skall lämnas till respektive enhet och medarbetare på det sätt som man finner mest lämpligt lokalt, exempelvis vid arbetsplatsträff. För detta ansvarar respektive verksamhetschef.

6.3 Uppföljning

Att insatta åtgärder genomförts och vilken effekt de haft kommer att följas upp på ett möte som chefläkaren på aktuellt sjukhus kommer att kalla till senast i maj 2019.

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
Andningsunderstöd	Andningen understöds av en respirator
Antidot	Läkemedel som är motgift till annat läkemedel
Infusion	Läkemedel som gess som dropp
Tonsillektomi	Kirurgiskt avlägsnande av halsmandlarna

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf