

Händelsenära utredning- Läkemedel

Frågorna är ett stöd för utredningen, du väljer vilka som är relevanta för din händelse.

Händelseförlopp

Gör en kort kronologisk beskrivning av vad som hänt beskriv även vilka **omedelbara åtgärder vidtogs för att hantera händelsen?** (komplettera rapportering om så behövs).

Vilka personer var inblandade (t.ex. personal, brukare, anhöriga/närstående)?

Finns dokumentation eller underlag kopplat till händelsen? (t.ex. journalanteckningar ink signering, planeringssystem, avvikelser, synpunkter/klagomål)? Om ja, beskriv vilka.

Vad gick fel?

Vad har gått fel, steg för steg, utifrån det ovan redogjorda händelseförloppet. Fokus är VAD som gått fel, inte VEM som gjort fel.

- Har sjuksköterskan ansvar för patientens läkemedelshantering? Ja/nej
- Vad handlar händelsen om? Fel läkemedel/ för hög eller för låg dosering/ fel tidpunkt /utebliven behandling/felaktig administrering
- Om uteblivet läkemedel – var det lagt som ett HSL uppdrag samt kvitterat? Ja/ nej
- Om ja, resonemang om varför läkemedlet uteblivit från patienten
- Om fel tidpunkt – var det lagt som ett HSL uppdrag samt kvitterat? Ja/ nej
- Om ja, resonemang om varför läkemedlet utanför ordinerat tidpunkt/ tidsfönster
- Om fel läkemedel – var det lagt som ett HSL uppdrag samt kvitterat? Ja/ nej
- Om ja, resonemang om varför fel läkemedel givits
- Har händelsen hänt tidigare i verksamheten? I rapport
- Kan det hända igen i verksamheten?
- Var händelsen undvikbar?
- Om annan avvikelse – tex utebliven signering/ brister i förvaring/ medicintekniska produkter som används vid läkemedelshantering
- Om fel i förvaring – har temperaturmätning utförts i kylskåp och i rum där läkemedel förvaras

Brister och bakomliggande orsaker till händelsen

Vilka riktlinjer, rutiner, instruktioner eller annan dokumentation för individen gällde vid händelsen? (Följdes dessa? Om inte, varför?)

Fanns det brister eller bakomliggande orsaker som kan ha påverkat händelsen (*t.ex. i bemanning, kompetens, arbetsmiljö, arbetssätt, kommunikation, organisation eller utrustning*)?

- Hur kan det förhindras att det inte händer igen?

Samlad analys

Samlad analys om övergripande orsaker de identifierade bristerna.

- Vilka delar i processen fungerade väl, och vad hade kunnat göras annorlunda?
- Vad kan vi dra för lärdomar om ansvarsfördelning och tydlighet?
- Hur säkerställer vi att beslut och insatser följer lag och dokumenteras korrekt framåt?