# Utredning brist av läkemedel

Enhet:

Utredningen omfattar:

Del 1  Del 7

Del 2  Del 8

Del 3  Del 9

Del 4  Del 10

Del 5  Del 11

Del 6  Del 12

Ansvarig enhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal:

Skickad till Medicinskt ansvarig sjuksköterska datum:

Kopia till områdeschef.

# 

# Del 1. Brist i generella och akuta förrådet

|  |
| --- |
| Datum: |
| Enhetens namn: |
| Läkemedelsansvarig sjuksköterska: |
| Enhetschef hälso- och sjukvårdspersonal: |
| Enhetschef hus: |
| Områdeschef/verksamhetschef: |
| Medicinskt ansvarig sjuksköterska: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antal: | Preparat: | Beredningsform: | Preparatnamn: | Styrka: | Tidsperiod Senaste narkotikakontroll-identifierad brist: | Mängd som saknas: | Beräknad kostnad för preparat: |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

Bifoga kopia på narkotikajournal. Identifierad brist markeras.

Bifoga eventuella patienters narkotikajournaler. Markera felaktighet eller skriv till

tillförd/borttagen mängd som är felaktig.

Bifoga eventuella patienters omvårdnadsjournal för aktuell tidsperiod för att kunna  
styrka brister i narkotikahanteringen.

Bifoga lista över aktuell personal som haft tillgång till läkemedlen aktuell tidsperiod.

Lista över aktuell personal som haft tillgång till läkemedlen aktuell tidsperiod.

|  |
| --- |
| Läkemedelsansvarig sjuksköterskas yttrande kring identifierad brist: |

# Del 2. Yttrande Läkemedelsansvarig sjuksköterska

1. Bedömning av att kontroll läkemedel registreras i förbrukningsjournaler enligt rutin:

|  |
| --- |
|  |

2. Bedömning av genomförda narkotikakontroller:

|  |
| --- |
|  |

3. Bedömning av nyckelhantering till generell och akuta läkemedelsförrådet:

|  |
| --- |
|  |

4. Bedömning av hur det/de bristande läkemedlen förvarades i förrådet:

|  |
| --- |
|  |

5. Bedömning av patienters narkotika journaler:

|  |
| --- |
|  |

6. Bedömning av patienters omvårdnadsjournaler i relation till brister i   
 narkotikahanteringen.

|  |
| --- |
|  |

**Del 3. Brist i patients medicinskåp**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | |
| Enhetens namn: | |
| Läkemedelsansvarig sjuksköterska: | |
| Enhetschef hälso- och sjukvårdspersonal: | |
| Enhetschef hus: | |
| Områdeschef/verksamhetschef: | |
| Patientens namn: | Patientens personnummer: |
| Aktuell dos: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antal: | Preparat: | Beredningsform: | Preparatnamn: | Styrka: | Tidsperiod Senaste narkotikakontroll-identifierad brist: | Mängd som saknas: | Beräknad kostnad för preparat: |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

Bifoga kopia på patientens narkotikajournal. Identifierad brist markeras eller skriv till   
 tillförd/borttagen mängd som är felaktig.

Bifoga patientens omvårdnadsjournal för aktuell tidsperiod för att kunna styrka brister i   
 narkotikahanteringen.

Bifoga lista över aktuell personal som haft tillgång till läkemedlen aktuell tidsperiod.

|  |
| --- |
| Läkemedelsansvarig sjuksköterskas yttrande kring identifierad brist: |

**Del 4. Yttrande Läkemedelsansvarig sjuksköterska**

1. Antal patienter som har narkotikapreparat ordinerat och narkotikajournal i medicinskåp på enheten:

2. Samtliga patienters narkotikapreparat är kontrollräknade och avstämda enligt narkotikajournalen:  
Ja

Antal

Nej

Antal

3. Bedömning generellt av att kontroll läkemedel registreras i förbrukningsjournaler enligt direktiv:

|  |
| --- |
|  |

4. Bedömning generellt av narkotikakontroller enligt direktiv:

|  |
| --- |
|  |

5. Bedömning generellt av hur patienters kontroll läkemedlen förvaras i medicinskåp:

|  |
| --- |
|  |

6. Bedömning av nyckelhantering till patientens medicinskåp: (Bifoga vid behov logg till nyckelskåp)

|  |
| --- |
|  |

7. Bedömning generellt av hantering av narkotikajournaler och dokumentation i omvårdnadsjournaler:

|  |
| --- |
|  |

8. Bedömning av personals kännedom och följsamhet till enhetens rutiner och direktiv kring läkemedelshantering relaterat till narkotikahantering:

|  |
| --- |
|  |

9. Övrig information:

|  |
| --- |
|  |

**Del 5. Enhetschefen för hälso- och sjukvårdspersonals yttrande – Utredning   
brister i narkotikahantering:**

|  |
| --- |
|  |

Kan efter behov kompletteras med sammanställningar av personalintervjuer (arbetsmaterial).

# Del 6. Enhetschefen för husets yttrande – Utredning brister i narkotikahantering

|  |
| --- |
|  |

Kan efter behov kompletteras med sammanställningar av personalintervjuer (arbetsmaterial).

# 

# Del 7. Områdeschefens yttrande – Utredning brister i narkotikahantering

|  |
| --- |
|  |

# 

# Del 8 a). Information till patient/närstående – Brist av läkemedel

Information om brist har givits av:

Patient/närstående önskar att enheten polisanmäler händelsen:

Ja

Nej

**Del 8 b). Information till patient/närstående – Anspråk till försäkringsbolag av skadelidande**

Information har givits av:

Patient/närstående kommer att lämna in skriftligt skadestånd:

Ja

Nej

Diarienummer:

# 

# Del 9. Polisanmälan

Ansvarig anmälare:

Diarienummer:

Ansvarig utredare:

Telefonnummer:

Bifoga anmälan i utredningen.

# 

# Del 10. Vidtagna och planerade åtgärder

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr: | Vad har brustit: | Bakomliggande orsak: | Åtgärd: | Ansvarig för åtgärd och uppföljning: | Datum för uppföljning: | Datum för uppföljning till MAS: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Del 11. HR- frågor**

Finns behov av att kontakta personalkontor och fackligt ombud?

Ja

Nej

Finns behov av att genomföra alkohol/narkotika kontroll?

Ja

Nej

Finns behov av att kontrollera om legitimerad personal är under prövotid – HSAN?

Ja

Nej

Bifoga eventuella dokument.

**Del 12. Anmäla legitimerad personal till socialstyrelsen – skälig anledning att befara risk för patientsäkerhet**

Ansvarig anmälare MAS:

Ansvarig anmälare Områdeschef:

Diarienummer:

Ansvarig handläggare Socialstyrelsen:

Telefonnummer:

Bifoga anmälan till utredningen.

Bifoga beslut Socialstyrelsen/HSAN till utredningen.

Diarienummer: