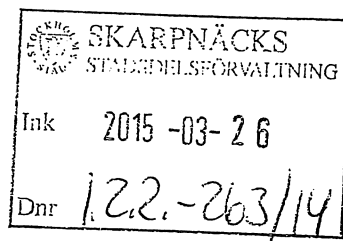


6.

Mona Lekberg

Från: Lena Borgman
Skickat: den 26 mars 2015 16:21
Till: Mona Lekberg
Ämne: VB: Beslut från IVO
Bifogade filer: 20150325[Untitled].pdf



Här kommer beslutet. Lena

Från: Nurmi Marja [<mailto:marja.nurmi@vardaga.se>]
Skickat: den 26 mars 2015 08:56
Till: Lena Borgman; Mårten Åström
Ämne: VB: Beslut från IVO

Hej
Nu har vi fått beslutet från IVO på Lex Maria ärendet som inträffade förra året.
Hälsningar
Marja

vardaga

Marja Nurmi
Verksamhetschef
Hemmet för Gamla
Äldreomsorg entreprenad
+46 8 587 079 17
+46 733 271 518
marja.nurmi@vardaga.se

Vardaga
Box 1565
SE-171 29 Solna
Vretenvägen 13
www.vardaga.se

Från: [REDACTED]
Skickat: den 25 mars 2015 14:46
Till: Alla CAK kvalite; [REDACTED]
Ämne: VB:

Från: A7P1004@ambea.se [<mailto:A7P1004@ambea.se>]
Skickat: den 25 mars 2015 14:26
Till: [REDACTED]
Ämne:

Avdelning öst
Börje Ferlander
borje.ferlander@ivo.se

ANKOM

2015 -03- 25

Vardaga AB
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Box 1565
171 29 SOLNA

Vårdgivare

Vardaga AB

Vårdgivarens ärendebeteckning: Dnr: 12049

Ärendet

Anmälan enligt lex Maria om förväxling av läkemedel vid Vardaga vård och omsorg, Stockholm

Beslut

Ärendet avslutas.

Bakgrund

Händelsen har, enligt anmälan, medfört allvarlig vårdskada.

Händelseförlopp

Anmälan handlar om förväxling av två patienters apoteksdispenserade läkemedel (APO-dos).

Lördagen den 3 maj 2014 fördelade tjänstgörande sjuksköterska APO-doserna, som gällde från måndag den 6 maj, i respektive patients lägenhet. Hos två av patienterna lämnades fel APO-doser.

Undersköterskan, som administrerade iordningställt läkemedel till patienterna på morgonen kontrollerade datum och klockslag på APO-dospåsen innan överlämnandet men inte identiteten.

Den undersköterska, som skulle överlämna läkemedel klockan 13.00 reagerade på att för en av patienterna överensstämde inte signeringslistan och antalet APO-dospåsar. Undersköterskan antog att de ordinerade läkemedlen hade fördelats i en Apo-dospåse och inte i två som tidigare och tillförde patienten läkemedlen. Undersköterskan meddelade sina iakttagelser till berörd sjuksköterska. När undersköterskan klockan 18.00 skulle överlämna läkemedel till patienten upptäcktes att det sak-

nades APO-dospåse för patienten, som därmed inte fick den ordinerade dosen läkemedel. Detta markerades av undersköterskan med ett frågetecken på signeringslistan. Klockan 20.00 överlämnades läkemedel till patienten från APO-dosen. Därefter gick undersköterskan in till den första patienten och där upptäcktes att det fanns en APO-dos för klockan 18.00. Vid kontroll fann undersköterskan att dessa två patienters APO-doser förväxlats. Detta rapporterades omgående till tjänstgörande sjuksköterska, som kontaktade jourhavande läkare, som ordinerade fortsatt kontroll av puls, blodtryck och kroppstemperatur på en av patienterna.

Nattsjuksköterskan fortsatte kontrollera dessa parametrar och båda patienterna fick under natten tillsyn varje timme av sjuksköterskan. Under natten hade patienten vid något tillfälle blodtrycksfall och var inte kontaktbar. Fotändan på sängen höjdes. Vid ytterligare tillsyn sov patienten djupt. Sjuksköterskan kontaktade inte jourhavande läkare.

På morgonen kontaktade tjänstgörande sjuksköterska ansvarig läkare och informerade om händelsen samt om tillståndet för en av patienterna. Patientens tillstånd förbättrades inte och på inrådan av läkaren sändes patienten till sjukhus. Patienten återkom till hemmet efter några dagar i sitt normaltillstånd.

Underlag

- Lex Maria-anmälan.
- Intern utredning genomförd av MAS.
- Verksamhetschefens redogörelse.
- Yttranden från berörda sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal.
- Kopia av journalhandlingar.

Redovisning av tillsyn

Vårdgivarens identifierade orsaker till händelsen

Av internutredningen framgår följande:

- Sjuksköterskan kontrollerade inte att rätt APO-dos överlämnades hos patienterna.
- Korrekt identitetskontroll utfördes inte vid överlämnandet av läkemedlen.
- Nattsjuksköterskan kontaktade inte jourhavande läkare när en av patienterna fick blodtrycksfall och sjunkande vakenhetsgrad.

- I den interna utredningen konstaterar MAS att journalföringen var bristfällig i båda patienters journaler vilket gjorde att MAS inte kunde följa händelsen fullt ut.

Vårdgivarens vidtagna åtgärder

- Verksamhetschefen har samtalat med berörd personal.
- Verksamhetschefen beslutade att återkalla delegeringsbeslutet för två undersköterskor samt tilldela dem var sin erinran för att de inte följde gällande rutin avseende överlämnande av läkemedel.
- Verksamhetschefen har tilldelat en av sjuksköterskorna en erinran för att hon inte följde gällande rutiner för läkemedelshantering i samband med iordningställande och överlämnande av läkemedel. Den andra sjuksköterskan tilldelades en erinran för att hon inte följde gällande rutiner avseende journalföring samt i enlighet med gällande rutiner inte kontaktade läkare.
- Verksamhetschefen har på ett teammöte på enheten påtalat vikten av att följa rutinen för läkemedelshantering och delegering.
- En översyn har skett av den lokala läkemedelsrutinen och reviderats i tillämpliga delar.

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser

- 3 kap. 3, 5 §§ och 7 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

Bedömning

Enligt 3 kap. 3 § PSL ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Enligt 3 kap. 5 § PSL ska händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada anmälas till IVO.

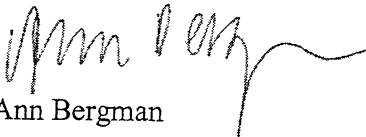
Enligt 7 kap. 8 § PSL ska IVO säkerställa att händelser som har anmälts till myndigheten enligt 3 kap. 5 § PSL har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet.

Enligt IVO:s bedömning har vårdgivaren genom den redovisade utredningen fullgjort sin anmälningsskyldighet. Vårdgivarens slutsatser framstår som rimliga och adekvata och det föreligger inte några särskilda omständigheter i utredningen som kräver ytterligare åtgärder.

Mot bakgrund av detta avslutas ärendet.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Ann Bergman. Inspektören Börje Ferlander har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg


Ann Bergman


Börje Ferlander