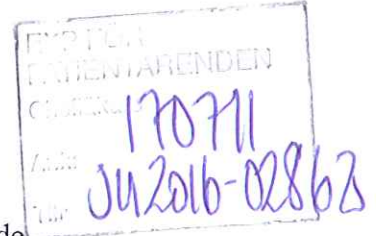




KOPIA

Västra Götalandsregionen Tillsynsändamanden
Regionens Hus, Diariet
542 87 MARIESTAD



Ärendet

Anmälan enligt lex Maria från Västra Götalandsregionen rörande allvarlig vårdskada vid kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Anmälan handlar om bristande vård och behandling efter gynekologiskt ingrepp.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att vårdgivaren efter begärd komplettering har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Denna skyldighet framgår av 3 kap. 3 och 5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen. Därmed har vårdgivaren uppfyllt kraven i 3 kap. 2 § PSL och 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

För att kunna säkerställa att händelsen som har anmälts till myndigheten har utretts i nödvändig omfattning utifrån 7 kap. 8 § PSL har IVO begärt in komplettering av vårdgivarens utredning.

Vårdgivarens identifierade orsaker till händelsen

Av vårdgivarens händelseanalys framgår att följande orsaker identifierats som viktiga orsaker till att händelsen inträffade:

- Patientens oro värderades inte som betydelsefull varför läkare inte kontaktades. Läkaren förlitade sig på att övrig personal hade tillräcklig kompetens.
- Bristande patientsäkerhetskultur på enheten.
- Dokumentation fanns endast tillgänglig som diktat.

- Avsaknad av rutiner rörande utskrivningsprocessen.
- Bristande kompetens.

Vårdgivarens åtgärder

Vårdgivaren har i sin handlingsplan redovisat de åtgärder som vidtagits med anledning av de identifierade bristerna som redovisats enligt ovan. IVO ansåg att det förelåg vissa otydligheter i vårdgivarens redovisade åtgärder och begärde därför in kompletteringar enligt nedan.

Begärd komplettering

1. Av händelseanalysen framgår att läkarens diktat, med ordinationer rörande patientens fortsatta vård, endast fanns tillgänglig för avlyssning. Någon muntlig överrapportering gjordes inte. Vårdgivaren har i händelseanalysen angett att läkaren, som dikterar in ordinationer, vid behov ska informera berörd personal. IVO ansåg åtgärden inte var tillräcklig för att förhindra liknande händelser och begärde därför in ett förtydligande.
2. Vid händelsen saknades en skriftlig rutin för utskrivningskriterier på den aktuella enheten. Som åtgärd angav vårdgivaren att en processkartläggning skulle göras men att det endast gällde akut skrapning med riklig blödning. De brister som identifierats i händelseanalysen var av en mer generell karaktär som kan uppstå i olika utskrivningssituationer. IVO begärde därför in ett förtydligande av vårdgivarens patientsäkerhetsarbete rörande utskrivningsprocessen på en övergripande nivå.

Vårdgivarens svar på begärd komplettering

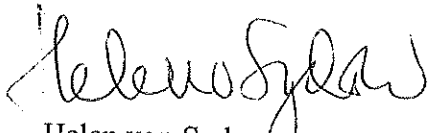
- 1 Av inkomna begärda kompletteringar framgår att arbete påbörjats med att utarbeta en checklista att användas vid utskrivning. Läkare har ålagts att skriva in operationsberättelsen i dataprogrammet Melior enligt mall. Vid specifika ordinationer ska en muntlig överrapportering göras.
- 2 Vårdgivaren planerar att under 2017 tillsätta en arbetsgrupp för att utreda möjliga områden där övergripande, gemensamma rutiner och dokument kan skapas. Arbetet beräknas vara slutfört under 2017.

Underlag

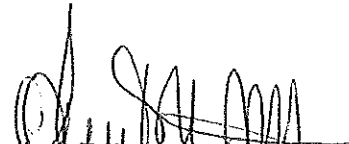
- Anmälan
- Vårdgivarens händelseanalys och handlingsplan
- Komplettering av vårdgivarens internutredning

Beslut i detta ärende har fattats av föredragande läkaren Helen von Sydow. Inspektören Ann-Britt Thörn har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Helen von Sydow



Ann-Britt Thörn

IVO:s uppdrag i hanteringen av anmälningar enligt lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att utreda och till IVO anmäla

- händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada,
- om en patient i samband med en hälso- och sjukvårdsinsats begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom.

Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

IVO:s ansvar när det gäller anmälningar enligt lex Maria är att granska vårdgivarens utredning. Om IVO bedömer att vårdgivarens utredning följer gällande bestämmelser avslutar IVO ärendet.