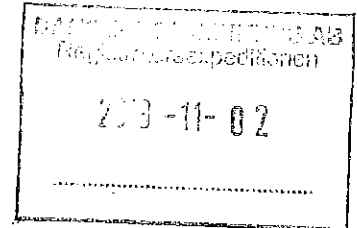


BESLUT

2018-11-01 Dnr 8.1.1-14413/2018-5 1(4)
Ert dnr 2017-2319

KOPIA

Danderyds Sjukhus AB
Registrator
Hus 50 plan 8
182 88 STOCKHOLM



Ärendet

Anmälan enligt lex Maria från Danderyds Sjukhus AB om risk för allvarlig vårdskada vid medicinkliniken.

Anmälan handlar om en patient som initialt behandlades med en hög dos av intravenöst kortison. Efter några dagar sänktes dosen och patienten skulle få läkemedlet i tablettform. Läkaren ordinerade en för hög dos som gavs av sjuksköterskorna under fyra dagar. Patienten mådde bra under hela perioden och tog ingen skada av felmedicineringen.

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.

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. 2-5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL och de föreskrifter som beskriver vårdgivares ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete, HSLF-FS 2017:40 och anmälan till IVO av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada, HSLF-FS 2017:41.

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

Läkaren som ordinerade läkemedlet skrev in en 10 gånger för hög dos, det var ett skriv- och ett tankefel. Det uppmärksammades inte och ingen läkare upptäckte misstaget. Patienten hade stått på 500 milligram

kortison intravenöst och det kan ha bidragit till att ingen reagerade förutom två sjuksköterskor som signerade den högre dosen utan att säga till. Det hela tycks ha varit ett misstag som "ärvdes" arbetspass efter arbetspass.

Vårdgivarens åtgärder

- Dragning för både sjuksköterske- och läkargruppen i lärande syfte.
- För att minska risken för liknande händelser har sjukhusets läkemedelsråd tagit fram en fortbildning i form av fallbaserad workshop för att träna rimlighetsbedömningar.
- Den läkare som stod för felordinationen har fått samtal med patientsäkerhetsläkaren och närmaste chef för stöd.

Begärd komplettering

IVO begärde följande komplettering av vårdgivarens utredning:

- En analys om varför sjuksköterskor som gav rätt dos till patienten inte uppmärksammade läkare om att en felaktig ordination är skriven?
Vårdgivaren svarade att: Det var två sjuksköterskor som (enligt egen utsago) under dessa dagar gav rätt dos kortison. Den första var sjuksköterskan som var med på rondan, då det beslutades att 40 mg skulle administreras. Den andra sjuksköterskan gav rätt dos någon dag senare. Anledningen till att de inte uppmärksammade läkarna om den felaktiga dosen, var som bägge har uppgivit, att de felaktigt läste 40 milligram istället för 40 stycken tabletter i läkemedelsmodulen. Som den andra sjuksköterskan uttrycker det i sin redogörelse; "Såg ej att det stod 40 tabletter/stycken utan tolkade ordinationen som 40 milligram". Helt enkelt var båda sköterskorna så inställda på att det faktiskt skulle vara just 40 milligram vilket ju också var korrekt.
- En analys över hur vårdgivaren säkerställer att rätt dos av läkemedel ges till patient, med tanke på att sjuksköterskorna på den aktuella vårdavdelningen inte hade för vana att hantera kortison för diagnos som i detta fall.
Vårdgivaren svarade att: Vi har under ett flertal sjuksköterskemöten betonat vikten av att omgående ta kontakt med läkare om det uppstår osäkerhet kring ordinationer. Detta gäller oavsett läkemedel och vid minsta osäkerhet. Vi har även pratat mycket om att, som mindre erfaren sjuksköterska, fråga mer erfarna kollegor om man har funderingar kring läkemedelsordinationer

och att signalera om något verkar avvikande. Detta för att minska risken för att samma situation ska uppstå igen.

- Hur säkerställer ni vården för patienter som inte vårdas på ”rätt avdelning”? *Vårdgivaren svarade att:* Denna fråga hänger delvis ihop med fråga 2. På medicinkliniken finns profilavdelningar men en stor del av våra patienter lider av sjukdomar som faller under allmän invärtesmedicin, det vill säga att det inte finns en naturlig och självklar avdelning för varje patient. Reumatologen har inga slutenvårdsplatser på sjukhuset och de blev därför tillfrågade per telefon. Vi arbetar regelmässigt på det sättet att vi tillfrågar och tar råd från de specialister som behövs och sköterskorna uppmanas till att göra på samma sätt enligt punkt 2.
- Vårdgivarens analys över om läkemedelsmodulen skulle kunna hjälpa till vid rimlighetsbedömning? *Vårdgivaren svarade att:* Läkemedelsmodulen i Take Care ger inte något stöd för att bedöma själva rimligheten i en dosering. Det är en fråga som lyfts många gånger men något sådant IT-stöd inte är utvecklat. Dock framgår i de flesta fall mängden substans (och inte bara antalet tabletter), precis som i detta fall. Trots detta såg inte ordinerande läkare och överläkaren felordinationen. Vi bedömer att detta var ett mycket olyckligt fel närmast unikt i sitt slag och vår bedömning av flera skäl är att risken för upprepning är mycket liten.
- Det framgår även i yttrande från chefläkaren att Danderyds Sjukhus AB arbetar med att ta fram ett nytt journal-dokumentationssystem inklusive läkemedelsmodul. Analysen från denna händelse kommer att delges de representanter som deltar i kravställningen, så att rimlighetsbedömning vid läkemedelsordinationer och administration byggs upp.

Underlag

- Anmälan enligt lex Maria inklusive aktuell patientjournal
- Kompletterande redovisning
- Kopia av riktlinje för iordningsställande och administration – sjukhusövergripande riktlinjer DSAB, fastställd 2016-07-01.
- Kopia av vårdavvikelse
- Yttrande från Pauline Raaschou, överläkare i klinisk farmakologi
- Yttrande från Lena Hellström, patientsäkerhetsläkare, överläkare och Andreas Kling, verksamhetschef
- Yttrande från Åsa Hammar, chefläkare

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Sofia Holmgren.
Inspektören Ann-Kristin Persson har varit föredragande.

Sofia Holmgren

Ann-Kristin Persson

**Information om 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.

Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det. Av vårdgivarens utredning ska framgå vilka åtgärder som har beslutats i syfte att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Det ska även framgå att patienten har getts tillfälle att beskriva händelsen samt hur hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.

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.