

Region Uppsala
Box 602
751 25 UPPSALA

Vårdgivare

Region Uppsala med verksamhet vid akutmottagningen, Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Ärendet

Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningen.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet med en redogörelse för de brister som IVO har identifierat i verksamheten.

- IVO konstaterar att det finns allvarliga brister i den hälso- och sjukvård som bedrivs vid akutmottagningen, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Bristerna medför att patienter som vårdas på akutmottagningen utsätts för allvarliga patientsäkerhetsrisker¹. IVO har konstaterat följande brister i verksamheten
 1. Patienter med störst behov av hälso- och sjukvård har inte fått företräde till vården.
 2. Patienter som vårdats på akutmottagningen har inte fått övervakning i den utsträckning som är medicinskt motiverad.
 3. Patienter som har bedömts vara i behov av vård på högre vårdnivå, d.v.s. intensivvård (IVA) eller intermediärvård (AIMA), har inte fått tillgång till en sådan vårdplats.

¹ Med patientsäkerhet avses enligt 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § PSL lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

4. Patienter som vårdats på akutmottagningen har inte fått den omvårdnad de haft behov av.
 5. Patienter har inte fått nyinsatta läkemedel i enlighet med ordination.
 6. Patienter som vårdats på akutmottagningen har utsatts för risk att smittas av andra patienter.
 7. IVO har i många fall inte kunnat följa vilken vård och behandling patienten har erhållit eller vilka medicinska ställningstaganden som har gjorts genom att ta del av dokumentationen i patientjournalen.
- IVO konstaterar att det finns brister i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

IVO vidtar i nuläget, mot bakgrund av den extraordinära situation som råder med spridning av Covid-19, inte några ytterligare åtgärder trots de allvarliga brister som föreligger. IVO kommer dock att följa upp beslutet när den rådande situationen i samhället och hälso- och sjukvården har normaliserats eller vid tidigare tillfälle om IVO finner det befogat.

Skälen för beslutet

IVO har sedan år 2014 gjort kontinuerliga tillsyner av verksamheten vid akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset och konstaterat att det har förelegat brister och patientsäkerhetsrisker i vården. IVO har i denna tillsyn genomfört upprepade inspektioner, senast den 25 och 26 februari 2020. IVO gjorde då två oanmälda inspektioner på akutmottagningen och kunde konstatera att brister och patientsäkerhetsrisker kvarstår.

Mot bakgrund av att bristerna har funnits under en lång tid, att vårdgivaren inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma till rätta med bristerna samt att bristerna är förknippade med allvarliga patientsäkerhetsrisker finns det enligt IVO:s bedömning grund att enligt 7 kap. 24 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, förelägga vårdgivaren vid vite att vidta åtgärder för att säkra patientsäkerheten.

I skrivande stund befinner sig emellertid svensk hälso- och sjukvård i en ny och extraordinär situation, med anledning av spridningen av det nya virus som ger sjukdomen Covid-19. Det är ännu osäkert hur smittspridningen kommer att utvecklas, vilka ytterligare konsekvenser den kommer att medföra och hur den kommer att påverka hälso- och sjukvården i landet. Region Uppsala, liksom övriga regioner i Sverige, befinner sig i ett mycket ansträngt och pressat läge. Myndigheter, organisationer och företag i hela Sverige samarbetar för att på bästa sätt ta samhället igenom denna kris.

IVO anser därför att det för tillfället inte är ändamålsenligt att fatta ett beslut om föreläggande förenat med vite. Detta trots att det även innan Covid-19 började spridas förelåg allvarliga brister i verksamheten. IVO

grundar sin bedömning på följande. Såväl hela samhällets som vårdgivarnas hantering av Covid-19 och dess följdverkningar tar stora resurser i anspråk. Vårdgivaren bör därför i detta läge fokusera på att hantera krisen på bästa möjliga sätt för samtliga patienter, även de som har drabbats av andra sjukdomar och skador än de direkt relaterade till Covid-19.

IVO vill dock framhålla att vårdgivaren även under rådande omständigheter är skyldig att säkerställa att samtliga patienter tillförsäkras en god och patientsäker vård. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med vad som framgår av 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, kvarstår även i pressade lägen. Det är därför av största vikt att vårdgivaren vidtar de åtgärder, som trots dessa extraordinära förhållanden, är möjliga att vidta för att förebygga patientsäkerhetsrisker i verksamheten.

IVO bedömer dock att det inte skulle gagna patientsäkerheten att i detta läge meddela ett beslut som innebär att vårdgivaren ska redovisa vidtagna åtgärder till IVO, inom en viss angiven tid. Ett sådant arbete med redovisning riskerar att ta resurser i anspråk som bättre kan användas till att vidta åtgärder för att höja patientsäkerheten.

Det finns brister och patientsäkerhetsrisker i hälso- och sjukvården vid akutmottagningen

IVO har under denna tillsyn identifierat ett flertal brister i den hälso- och sjukvård som bedrivs på akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset. IVO anser att bristerna är allvarliga och kan konstatera att de innebär stora risker för de patienter som vårdas där. Det finns exempel på att patienter både har skadats och avlidit till följd av de brister som finns på akutmottagningen. Patienter som söker vård för akuta sjukdomstillstånd ska inte riskera att skadas eller dö till följd av brister i hälso- och sjukvården.

Akutmottagningen har som huvuduppdrag att ta emot och stabilisera patienter som är i behov av omedelbart medicinskt omhändertagande. Målet är att akut sjuka patienter omgående ska bli omhändertagna och snabbt få en läkarbedömning, behandling eller stabiliseras. Därefter ska de omgående vidare för annan vård eller återgång till hemmet. Avsikten är inte att akut sjuka patienter ska vänta i någon längre utsträckning på akutmottagningen, varken före, under eller efter det omedelbara omhändertagandet.²

Mot bakgrund av de brister som IVO har identifierat i denna tillsyn bedömer IVO att akutmottagningen inte klarar av detta uppdrag och därmed inte heller uppfyller kraven på en god och säker vård. Nedan följer

² IVO:s rapport *Nationell tillsyn av akutmottagningar*, 2017.

en beskrivning av de brister som IVO har sett i tillsynen av akutmottagningen.

De patientfall som beskrivs och refereras till i beslutet utgör endast exempel på när IVO har bedömt att patienterna inte har fått en god vård. IVO har som underlag i ärendet inhämtat fler än 100 journaler från vård dygnen den 8 januari samt 25-26 februari 2020 samt avvikelser som rapporterats i verksamheten under åren 2019 och 2020. Med anledning av den stora mängden uppgifter har IVO valt ut ett antal exempel.

1. Patienter med störst behov av hälso- och sjukvård har inte fått företräde till vården

IVO bedömer att det initiala mottagandet av patienter på akutmottagningen inte säkerställer att de patienter som har störst behov av vård får företräde. Med det initiala mottagandet avser IVO den primära bedömningen som utförs av personal i receptionen och mottagandet av patienter som kommer till akutmottagningen med ambulans.

IVO:s bedömning grundar sig på att det av uppgifter från personal, patientjournaler samt avvikelser framgår att patienter som söker vård på akutmottagningen kan få vänta i flera timmar på att bli triagerade³ till läkarbedömning. Verksamhetschefens uppgifter om att sjuksköterska utför triage i de fall väntetiden överstiger 60 minuter synes därmed inte stämma. IVO bedömer vidare att den initiala informationsinsamling som utförs, och de begränsade kontroller som kan utföras, i receptionen inte kan anses tillräcklig för att identifiera och bedöma hur länge patienten kan vänta på triage och därefter läkarbedömning.

Även patienter som inkommer med ambulans får vänta på omhändertagande och på att bli prioriterade till läkarbedömning. Detta medför enligt IVO:s bedömning en risk för att de patienter som har det största vårdbehovet inte snabbt identifieras och därför inte heller kan få företräde till läkarkontakt utifrån sitt vårdbehov. I förlängningen innebär det även en risk för att de mest akuta sjukdomstillstånden inte upptäcks och behandlas i tid och att patienten riskerar att drabbas av en vårdskada.

³ Triage är en bedömning av medicinsk allvarlighetsdrag utifrån sjukdomshistoria, symtom och vitalparametrar som ska styra prioritering till läkarbedömning. Verksamheten har enligt vad som framkom vid inspektionen en lokal rutin för triage, DPT (Data processing triage). Rutinen innebär i likhet med andra metoder för triage att patienten utifrån bl.a. sökorsak och vitalparametrar prioriteras till läkarbedömning inom en viss tid utifrån tillståndets allvarlighetsgrad. Prioriteringsgraderna anges genom olika färger som också styr med vilken frekvens personalen ska kontrollera patientens vitalparametrar i väntan på läkarbedömning.

Detta är inte förenligt med kravet i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, där det framgår att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Att patienter som inkommer med ambulans får vänta på omhändertagande innebär inte bara en risk för den enskilda patienten som inte blir snabbt omhändertagen. Det kan också innebära en risk för de patienter i länet som behöver tillgång till en ambulans. När ambulanser blir stående på akutmottagningen i väntan på att lämna över en patient riskerar omhändertagandet av andra patienter att bli fördröjt. Vid akuta sjukdomstillstånd kan tiden till akut omhändertagande och behandling vara avgörande för patientens liv och hälsa.

Vid inspektion i verksamheten den 25 februari 2020 framkom i samtal med personal att patienter som söker vård på akutmottagningen inte triageras direkt vid ankomsten. Patienten får först anmäla sig i receptionen där personal gör en första informationsinsamling. Där utförs enligt uppgifter från personal inga kontroller av patienten. Dock finns möjlighet att kontrollera patientens puls, kroppstemperatur och saturation (syresättning av blodet) men detta utförs bara ibland. Patienten får sedan sitta ner i väntrummet till dess att personal på akutmottagningen har tid att ta emot och triagera patienten.

Av avvikelser som har rapporterats inom verksamheten framgår att patienter har fått sitta i väntrummet i upp till sex timmar i väntan på att prioriteras till läkarbedömning.⁴ En av avvikelserna rörde en patient som hade bröstsmärta och som vid flera tillfällen under kvällen hade frågat personalen om när det var hens tur. Inte förrän i samband med skiftbyte för personal från kväll till natt uppmärksammades att patienten inte var inskriven på akutmottagningen.

Liknande brister framgår också av journalhandlingar som IVO har inhämtat avseende vårddygnet den 25 till 26 februari 2020. Där framgår att patienter fick vänta i flera timmar på triage och prioritering till läkarbedömning.⁵ IVO har även fått information om att patienter med misstänkt smitta har vistats i väntrummet under flera timmar i väntan på triage (detta finns närmare beskrivet nedan i beslutet, under punkten 6).

Vid inspektionen den 25 februari observerade IVO också att en ambulans fick vänta ca 45 minuter på att få rapportera och lämna över en patient. Vid samtal med ambulanspersonal vid ambulansintaget framkom att det vid det aktuella tillfället var längre väntetid än vanligt men att väntetider förekommer ganska ofta.

⁴ Se bilaga 2, avvikelser med dnr Pnt 031451 och Pnt 031783.

⁵ Se bilaga 2, patientfall 2, 13 och 14.

En sjuksköterska som IVO pratade med på akutmottagningen uppgav att ambulansen och akutmottagningen använder olika processer för triage. Hon framförde vidare att detta innebär att patienter som inkommer med ambulans måste genomgå en ny triage på akutmottagningen.

2. Patienter som vårdats på akutmottagningen har inte fått övervakning i den utsträckning som är medicinskt motiverad

IVO bedömer att patienter som vårdats på akutmottagningen inte fått övervakning i den utsträckning som är medicinskt motiverad.

Detta står i strid med kravet i 5 kap. 1 § HSL, som anger att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. God vård innebär bl.a. att vården särskilt ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Enligt förarbetena till HSL innebär god kvalitet bl.a. att vården ska ha den medicinskt tekniska kvalitet som behövs, vara individuellt anpassad och tillgodose patienters behov av trygghet och säkerhet i medicinskt avseende.⁶

IVO:s bedömning grundar sig på att det av underlaget i ärendet framgår att patienter inte får hjärtövervakning av den medicinskt tekniska kvalitet som behövs för att tillgodose deras behov. IVO konstaterar vidare att patienternas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt avseende inte tillgodoses när personalen inte kan utföra de kontroller som är medicinskt motiverade. Den vård som ges är därför inte heller individuellt anpassad utifrån den enskilda patientens behov. Dessa brister medför att förändringar och försämringar av patientens tillstånd riskerar att inte upptäckas. Detta kan i sin tur leda till att nödvändig vård och behandling fördröjs och att patienter drabbas av vårdskador.

IVO redogör i följande avsnitt närmare för de omständigheter som ligger till grund för bedömningen.

⁶ Prop. 1981/82:97, s. 56.

Brister i hjärtövervakningen

IVO bedömer att patienter inte alltid får den hjärtövervakning⁷ som är medicinskt motiverad utifrån patientens symtom och sökorsak. IVO bedömer också att verksamheten inte har de lokaler, den utrustning och den personal som behövs för att ge patienter en god vård i detta hänseende.

IVO:s bedömning grundar sig på att det vid inspektion i verksamheten framkom att verksamheten inte har tillräckligt med teknisk utrustning (telemetriutrustning) för att tillgodose alla patienters behov samt att larmfunktionen i befintlig utrustning inte är ändamålsenlig. Vidare framkom att det inte alltid finns personal i tjänst på akutmottagningen som har kompetens för att tolka och granska telemetrikurvor. Detta medför enligt IVO:s bedömning att det inte alltid finns förutsättningar för att upptäcka avvikande mönster i hjärtövervakningen och bedöma när högre medicinsk kompetens behöver tillkallas. Det innebär därför också en risk för att nödvändig vård och behandling fördröjs och att patienter till följd av detta drabbas av vårdskador.

IVO bedömer också att den åtgärd som vårdgivaren vidtog för att kompensera bristerna i telemetriövervakningen (kontinuerlig hjärtövervakning med larmfunktioner) inte var tillräcklig. Ett 12-avledningsEKG⁸ (i fortsättningen EKG) ger en kort ögonblicksbild av patientens hjärtfunktion och motsvarar, även om det tas vid upprepade tillfällen, inte fullt ut den kontinuerliga övervakning som erhålls med telemetri. Detta kan innebära att t.ex. allvarliga hjärtrytmrubbningar inte identifieras och att akut behandling uteblir. Att allvarliga hjärtrytmrubbningar inte identifieras kan också innebära att en underliggande sjukdom inte upptäcks och behandlas.

IVO anser inte att detta är förenligt med kravet i 5 kap. 1 § HSL på att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Det är inte heller förenligt med kravet i 5 kap. 2 § HSL på att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas den utrustning, de lokaler och den personal som behövs.

Vid inspektion i verksamheten den 25 februari 2020 berättade personal att en nyligen hjärtopererad patient som hade bedömts vara i behov av hjärtövervakning inte kunde få det eftersom det saknades utrustning. Läkare höll därför på göra en prioritering av patienternas behov av hjärtövervakning. Vid samtal med personalen framkom att läkare dagligen tvingas prioritera vilka patienter som ska få hjärtövervakning p.g.a. att

⁷ Med hjärtövervakning avses i detta beslut övervakning med telemetri eller annan motsvarande övervakning, d.v.s. i första hand övervakning av hjärtats rytm och frekvens.

⁸ Mätning av hjärtats aktivitet med hjälp av 12 avledningar. Den undersökning som allmänheten känner igen som EKG.

det inte finns tillräckligt många telemetrienheter. Vidare framkom att verksamheten inte har någon rutin eller något uttalat arbetssätt för att på annat sätt tillgodose övervakningsbehovet hos de patienter som har behov men inte får tillgång till telemetriutrustning.

Under inspektionen framkom också att de larmsökare som är kopplade till hjärtövervakningen och som personalen normalt bär med sig inte fungerade. Det var därför inte möjligt för personal som befann sig inne hos en annan patient på en sal att uppmärksamma larm från hjärtövervakningen.

Möjligheten för personalen att följa hjärtövervakningskurvorna var också enligt de observationer som IVO gjorde begränsad. Kurvorna för de uppkopplade patienterna visades på två skärmar som fanns placerade vid den arbetsstation där medicinteam 1⁹ var placerat. Övriga team som arbetade vid det så kallade ”torget”¹⁰ hade begränsade möjligheter att se övervakningskurvorna. Eftersom larmsökarna inte fungerade den aktuella kvällen var skärmarna också den enda enheten utöver själva utrustningen som signalerade för larm. Vid ett tillfälle under kvällen noterade IVO att ”torget” var helt tomt på personal under åtminstone fem minuter. Det fanns således ingen som kunde notera larm från hjärtövervakningen.

Ledningsansvarig sjuksköterska uppgav till IVO att ljudnivån och den mängd olika signaler och ljud som kommer från utrustningen på akutmottagningen gör att larmsignalerna från hjärtövervakningen försvinner i mängden. Detta försvårar för personalen att uppfatta larm från hjärtövervakningen. Hon uppgav också att larmsignaler till larmsökarna inte nådde fram i alla delar av akutmottagningens lokaler p.g.a. ”radioskugga”.

Under inspektionen observerade IVO att hjärtövervakningen vid flera tillfällen larmade för takykardi (hjärtklappning) med hög frekvens utan att personalen reagerade. Vid ett annat tillfälle larmade hjärtövervakningen för asystoli (hjärtstillestånd, IVO:s inspektörer kunde av övervakningskurvan se att larmet var felaktigt). Ingen i personalen reagerade på detta och det dröjde innan personalen uppmärksammade och kvitterade (bekräftelse i systemet på att larmet har uppmärksammats av personal) larmet.

⁹ Personalen vid akutmottagningen var uppdelad på olika team bestående av en sjuksköterska och en undersköterska per team. Den aktuella kvällen, den 25 februari 2020, bemannades akutmottagningen av fem team. Tre medicinteam, ett kirurgteam och ett ortopedteam.

¹⁰ ”Torget” kallas det utrymme där de olika arbetsteamerna har sina arbetsstationer. Arbetsstationerna är utplacerade längs en stor, oval yta med ett flertal meter från den ena sidan till den andra. Vid torget finns även vårdplatser för patienter med större behov av övervakning.

IVO kan konstatera att larm från hjärtövervakningen kan indikera ett livshotande tillstånd. IVO finner det därför högst anmärkningsvärt att ingen ur personalen reagerade på dessa larm.

Vid samtal med avdelningschefen den 26 februari 2020 framkom att brister i hjärtövervakningen uppstod i december 2019. Under samtalet beskrev han vad som hade orsakat de tekniska problemen med övervakningsutrustningen. Patienter försvann i systemet och det blev olika versioner av den sparade övervakningen på servern och centralen. Han framförde också att eftersom utrustningen är gammal och serviceavtalet har gått ut är det svårt att hitta reservdelar och att åtgärda problemet. Under den tid telemetriövervakningen inte fungerade kontrollerades patienter med EKG. Avdelningschefen framförde vidare att hjärtövervakningsutrustningen planeras att bytas ut i maj 2020.

Personal som IVO pratade med vid inspektionen framförde också att viss personal inte har tillräcklig kompetens för att granska och bedöma hjärtövervakningen. De uppgav även att läkare ibland bedömer EKG utan att jämföra med tidigare tagna EKG och därefter kan ge muntliga ordinationer utan att först träffa patienten.

Vid inspektionen framkom vidare att läkarbedömningar avseende övervakning och eventuella ordinationer inte alltid dokumenteras i en akutjournal eller motsvarande. IVO kan konstatera att dessa uppgifter stöds av de patientjournaler från vård dygnet 25-26 februari 2020 som IVO har granskat. I fyra av journalerna, som rör patienter som antingen sökte för hjärtbesvär eller hade en sedan tidigare konstaterad hjärtsjukdom, saknas uppgifter kring om hjärtövervakning ordinerades.¹¹ Det saknas också uppgifter om huruvida patienterna fick hjärtövervakning under vårdtiden på akutmottagningen. I två av journalerna saknas läkaranteckning avseende patienternas allmäntillstånd och eventuella symptom på hjärtsjukdom, så som t.ex. bröstsmärta.

Kontroller

IVO bedömer att patienter som vårdats på akutmottagningen inte fått de kontroller som är medicinskt motiverade.

IVO:s bedömning grundar sig på att det vid inspektionen i verksamheten framkom att personalen inte alltid hinner utföra de kontroller som vid triage eller av läkare bedömts nödvändiga utifrån patientens symptom och sökorsak. Vidare framkom att viss personal på akutmottagningen inte har kunskap om vilka kontroller som behöver utföras på en patient och vad som behöver observeras. Det framkom också att kontroller inte alltid ordinerar efter läkarbedömning.

¹¹ Se bilaga 2, patientfall 1, 6, 7 och 9.

Uteblivna eller fördröjda kontroller av patienter med akuta sjukdomstillstånd innebär enligt IVO att patienter utsätts för risken att eventuella försämringar inte upptäcks eller inte upptäcks i tid. Detta kan i sin tur leda till att adekvata åtgärder fördröjs eller uteblir. Patienter riskerar då att drabbas av skador och sjukdomar eller i värsta fall att avlida.

IVO anser därför att vårdgivaren inte tillgodoser patienternas behov av trygghet och säkerhet och att vården i detta avseende inte är förenlig med kraven på god vård i 5 kap. 1 § HSL. IVO konstaterar också att vårdgivaren enligt 5 kap. 2 § HSL ska se till att verksamheten har den personal som behövs för att kunna bedriva god vård.

Vid samtal med personal under kvällen den 25 februari 2020 framkom att personalen inte alltid hinner utföra de kontroller som de enligt verksamhetens rutin för triage ska göra. Detta berodde enligt personalen till stor del på att det var för hög belastning på akutmottagningen, att varje team hade ansvar för ett för stort antal patienter. Personalen uppgav att de får hitta andra sätt för att ha koll på patienternas tillstånd och för att upptäcka en eventuell försämring. De uppgav att de får använda den ”kliniska blicken” och utifrån den göra egna bedömningar och prioriteringar av vilka kontroller som är viktigast. Personal som IVO pratade med uppgav att de inte heller utför någon förnyad bedömning av de patienter som fått vänta längre på läkarbedömning än de enligt rutinen för triage ska.

Under inspektionen uppgav personalen att de inte alltid hinner utföra diagnosspecifika kontroller enligt läkares ordination. Personal uppgav även att all personal på akutmottagningen inte förstår eller har kunskap om vilka kontroller som behöver utföras på en patient och vad som behöver observeras, till exempel hos patienter där det finns misstanke om stroke (blodpropp eller blödning i hjärnan).

Vid inspektionen framkom också att patienter som har blivit läkarbedömda får triagefärg vit. IVO uppfattade att det ibland råder oklarhet kring i vilken utsträckning dessa patienter ska övervakas. Flera från personalgruppen uppgav att triagefärg vit inte säger något om vilka patienter som behöver övervakas eller kontrolleras med jämna intervall. Det medför enligt personalen att de inte kan ha en överblick över patienter och se vilka som försämras eller riskerar att försämras. Vilka kontroller som ska utföras på patienter med vit triagefärg beslutas och ordinerar av läkare. Personal uppgav dock att läkare inte alltid ordinerar kontroller för dessa patienter. Även om kontroller ordinerar så framförs det inte alltid till personalen och det framgår inte heller alltid av dokumentation.

Av de journaler som IVO har granskat från det aktuella vårddygnet saknas det i två fall uppgifter om huruvida nya bedömningar gjordes när patienterna fick vänta länge på läkarbedömning. Patienterna var prioriterade till läkarbedömning inom 20 minuter men fick vänta i 80 minuter

respektive tre timmar.¹² I två andra journaler saknas uppgifter om huruvida diagnosspecifika kontroller hade ordinerats och utförts på två patienter med misstanke om stroke.¹³

Flera patientjournaler saknar eller innehåller sparsamma uppgifter om vilka kontroller som utfördes på patienterna efter att de blivit läkarbedömda.¹⁴ I ett av fallen hade läkare ordinerat NEWS-kontroller¹⁵ var fjärde timme. Av journalen framgår dock endast att kontroller utfördes drygt 14 timmar senare.

Ett annat exempel rör en patient med pågående blodtransfusion. Läkare hade ordinerat att kontroller skulle utföras under transfusionen samt journalfört att läkare skulle kontaktas om patientens NEWS-värde steg eller om patienten fick feber. Av journalen framkommer inga uppgifter om att NEWS-kontroller eller andra kontroller utfördes under de tre timmar som blodtransfusionen pågick.

IVO kan inte avgöra om avsaknaden av uppgifter i journalen avseende utförda kontroller rent faktiskt innebär att endast få eller inga kontroller utfördes på dessa patienter. Eller om avsaknaden av uppgifter endast är en dokumentationsbrist. Enligt IVO:s bedömning kan dock avsaknaden av uppgifter om utförda kontroller inte enbart förklaras av dokumentationsbrister. Denna bedömning gör IVO mot bakgrund av de uppgifter som personalen lämnade vid inspektionen om att de inte alltid hinner utföra medicinskt motiverade kontroller. IVO bedömer vidare att det medför stora risker för patienterna även om NEWS-kontroller har utförts men inte dokumenterats. Utan dokumentation av dessa kontroller går det inte att jämföra patientens nya värden med de tidigare uppmätta. Det går därmed inte heller att uppmärksamma förändringar i patientens värden och vidta de åtgärder som förändringarna föranleder.

IVO vill i sammanhanget också uppmärksamma vårdgivaren på bestämmelsen i 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:29) om transfusion av blodkomponenter. Av nämnda bestämmelse framgår att blodmottagaren under transfusionen fortlöpande ska övervakas av hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning för och är bedömd som kompetent för uppgiften.

¹² Se bilaga 2, patientfall 11 och 15.

¹³ Se bilaga 2, patientfall 2 och 5.

¹⁴ Se bilaga 2, patientfall 4, 5, 6, 8, 11, 13, 14 och 15.

¹⁵ NEWS (National Early Warning Score) är ett bedömningsinstrument som utgår från patientens vitalparametrar. Instrumentet används bl.a. för att identifiera risker hos, och för att följa utvecklingen av, patientens sjukdomstillstånd över tid. Med vitalparametrar avses andningsfrekvens, syremättnad i blodet, kroppstemperatur, blodtryck, puls och medvetandegrad.

3. Patienter som har bedömts vara i behov av vård på högre vårdnivå, d.v.s. intensivvård (IVA) eller intermediärvård (AIMA), har inte fått tillgång till en sådan vårdplats

IVO bedömer att patienter som vårdas på akutmottagningen men är i behov av vård på högre vårdnivå, d.v.s. intensivvård (IVA) eller intermediärvård (AIMA) inte alltid får det.

IVO anser inte att detta är förenligt med kravet i 5 kap. 1 § HSL på god vård eftersom patienternas behov av medicinsk trygghet och säkerhet inte tillgodoses.

IVO:s bedömning grundar sig på att det av underlaget i ärendet framgår att patienter med behov av vård på högre vårdnivå vårdas kvar på akutmottagningens akutrum¹⁶ eller på ”torget”. Orsaken till detta är enligt vårdgivaren och personalen brist på vårdplatser på högre vårdnivå. Detta medför enligt IVO:s bedömning risker för patientsäkerheten. Dels genom att akutmottagningens möjlighet att ta emot larmpatienter (akut sjuka patienter som behöver stabiliseras) begränsas när patienter blir kvar på akutrummet, dels för att patienter som egentligen har behov av att vårdas på akutrummet prioriteras ut därifrån till förmån för en patient med större behov. Enligt IVO riskerar de patienter som prioriteras ut från akutrummet att inte få den övervakning som är medicinskt motiverad. Patienter riskerar dessutom att inte få den akuta hjälp de har behov av med risk för att deras tillstånd försämras och i värsta fall leder till en bestående skada/sjukdom eller dödsfall.

Vid samtal med akutmottagningens avdelningschef och en gruppchef, den 26 februari 2020 framkom att det är vanligt att patienter blir kvar på akutrummet. Det förekommer att patienter blir kvar på akutrummet under så många timmar att de hinner vårdas klart där. De uppgav att när belastningen är hög behöver patienter prioriteras ut från akutrummet. De patienter som prioriteras ut får då ligga på ”torget” där det inte finns samma möjligheter till övervakning som på akutrummet. Det innebär enligt avdelningschefen och gruppchefen att patienter som prioriteras ut från akutrummet inte alltid får den övervakning som de egentligen har behov av utifrån sitt medicinska tillstånd.

IVO har tagit del av avvikelser som rapporterades i verksamheten under december 2019 och januari 2020. Flera av dessa rör de brister som beskrivs ovan. Fyra avvikelser som rapporterades under perioden 21

¹⁶ Akutrummet är det utrymme på akuten där de svårast sjuka patienterna vårdas. Dit tas bl.a. larmpatienter med tillstånd som snabbt behöver stabiliseras och kräver mer omfattande övervakning. Akutrummet är också högre bemannat än övriga akutmottagningen.

december 2019 till 4 januari 2020 handlar om patienter som hade bedömts vara i behov av vård på högre vårdnivå (AIMA) men som tvingades kvarstanna på akutrummet p.g.a. platsbrist.¹⁷

Två andra avvikelser från samma period rör patienter som prioriterades ut från akutrummet och p.g.a. det inte fick tillräcklig övervakning.¹⁸ En av dessa rör en patient som vårdades på akutrummet och fick infusion med glukos och insulin p.g.a. högt blodsocker. Drygt två timmar senare uppmärksammade patienten personal på att ett blodsocker behövde kontrolleras. Först då uppmärksammades att infusionen fortfarande pågick. Den bristande övervakningen innebar enligt avvikelserna en risk för att patienten skulle drabbas av lågt blodsocker. IVO konstaterar att för lågt blodsocker, hypoglykemi, kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten, som till exempel förlamning, kramper eller koma.

Den andra avvikelserna avser en patient som vårdades på ”torget” på akutmottagningen men som utifrån NEWS-kontroller var i behov av intensivvård. Läkare bedömde att patienten inte skulle vårdas på akutrummet p.g.a. att hen redan hade vårdats där så många timmar. När patienten blev ytterligare försämrad rådgjorde ansvarig sjuksköterska på ”torget” med sjuksköterska på akutrummet och patienten togs åter in på akutrummet. Patienten fick senare hjärtstopp.

4. Patienter som vårdats på akutmottagningen har inte fått den omvårdnad de haft behov av

IVO bedömer att patienter som vårdats på akutmottagningen inte fått omvårdnad i den utsträckning de behövt i förhållande till sina behov.

IVO:s bedömning grundar sig på att det av underlaget i ärendet framgår att personalen på grund av bl.a. antalet patienter och verksamhetens lokaler har begränsade möjligheter att ha uppsikt över samtliga patienter. Vidare framgår att alla patienter inte har tillgång till ett patientlarm eller en säng och att personalen nedprioriterar att utföra omvårdnadsåtgärder.

Detta är enligt IVO:s bedömning inte förenligt med kraven i 5 kap. 1 § HSL på en god vård och att patienternas behov av trygghet och säkerhet ska tillgodoses. Det strider också mot kraven i 5 kap. 2 § HSL på att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Begreppet god vård innefattar utöver de beståndsdelar som tidigare beskrivits även att vården ska tillgodose patientens behov av god omvårdnad. IVO anser inte att patienternas behov av god omvårdnad tillgodoses när omvårdnadsåtgärder nedprioriteras eller uteblir.

¹⁷ Se bilaga 2, avvikelser med dnr Pnt-031067, Pnt-031017, Pnt-031090 och Pnt-031353.

¹⁸ Se bilaga 2, avvikelser med dnr Pnt-03133 och Pnt-031258.

Dessa brister utgör enligt IVO:s bedömning patientsäkerhetsrisker. Patienter som vårdas på platser i lokalen med begränsad möjlighet för personalen att ha uppsikt över dem riskerar t.ex. att falla. När patienter inte kan påkalla personalens uppmärksamhet begränsas patienternas möjlighet att be om hjälp med t.ex. toalettbesök eller att meddela om de mår sämre eller upplever nya eller förändrade symtom. Detta innebär risk för t.ex. blåsoverfyllnad och fördröjd vård och behandling. Att ligga på en hård brits under många timmar utan hjälp till lägesändring innebär också en risk för att drabbas av trycksår.

Vid inspektionen i verksamheten den 25 februari 2020 befann sig ca 60 patienter på akutmottagningen. Enligt uppgifter från ett samtal med avdelningschefen för akutmottagningen den 26 februari 2020 är akutmottagningen dimensionerad för mellan 30 och 35 patienter. Personalen uppgav till IVO att situationen och antalet patienter på akutmottagningen den aktuella kvällen var ”normalläge”, så som situationen sett ut under det senaste året.

IVO observerade att överbeläggningarna medförde att patienter placerades i akutmottagningens korridorer, på platser som inte är anvisade vårdplatser. Detta medförde i sin tur att personalen inte kunde ha överblick över alla patienter från sina respektive arbetsstationer.

De patienter som vårdades i korridorerna, oavsett om det var på anvisade platser eller inte, hade enligt såväl IVO:s observationer som personalens uppgifter inte tillgång till patientlarm. De hade därför begränsade möjligheter att påkalla personalens uppmärksamhet vid behov. IVO observerade också under inspektionen den 25 februari 2020 att patienter som var placerade runt torget försökte påkalla personalens uppmärksamhet, utan att lyckas. Därtill noterade en inspektör att en patient som försökte resa sig från sin brits/stol tappade sin käpp och höll på att falla. Inspektören kunde fänga upp patienten och hindra fallet. Händelsen uppfattades inte av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Enligt uppgifter från avdelningschefen var patientlarm vid tiden för IVO:s inspektion beställt till en plats. Larm var inte beställda till vårdplatserna runt ”torget”. Där behövs enligt avdelningschefen inga larm då personalen kan ha uppsikt över de patienter som vårdas där. Han visste dock inte när larmet skulle komma eller när det skulle vara inkopplade.

Vid inspektionen fick IVO också information från personalen om att två äldre patienter med höftfrakturer hade legat på varsin hård brits under många timmar. Det framkom också att verksamheten under den aktuella kvällen inte kunde erbjuda sängar till alla patienter och att personalen därför frågade patienterna om någon kunde avvara sin säng till förmån för en annan patient.

IVO har vid upprepade tillfällen under den tid som den aktuella tillsynen pågått fått uppgifter från hälso- och sjukvårdspersonal på akutmottagningen om att de inte har förutsättningar att tillgodose patienternas behov av omvårdnad. Exempelvis har personal berättat att de s.k. timsrundorna som enligt verksamhetens rutin ska utföras varannan timme inte alltid utförs. Timsrundor syftar till att säkerställa att patienter får sina behov av bl.a. nutrition och toalettbesök tillgodosedda. Även vid inspektionen den 25 februari 2020 berättade personalen att timsrundorna inte alltid genomförs.

I flera av de patientjournaler som IVO har granskat från vårddygnet 25-26 februari 2020 framkommer endast få eller inga uppgifter om vidtagna omvårdnadsåtgärder.¹⁹ Av ett patientfall framgår till exempel att patienten fick hjälp med blöjbyte och urintappning efter att ha vårdats på akutmottagningen i 10 timmar. Efter 18 timmars vård på akutmottagningen fick patienten fika.²⁰ I en annan journal, som avser en äldre, multisjuk patient, saknas uppgifter om vidtagna omvårdnadsåtgärder under de sex timmar som patienten vårdades på akutmottagningen.²¹

IVO kan inte uttala sig om huruvida avsaknaden av uppgifter om vidtagna omvårdnadsåtgärder är en faktisk brist eller en dokumentationsbrist. IVO bedömer dock att avsaknaden av uppgifter inte enbart kan förklaras som dokumentationsbrister. IVO gör denna bedömning mot bakgrund av det som personal har berättat för IVO om att de inte hinner med att utföra omvårdnadsåtgärder och de observationer som IVO gjorde vid inspektion i verksamheten.

5. Patienter får inte alltid de nyinsatta läkemedel som har ordinerats på akutmottagningen

IVO bedömer att patienter som vårdats på akutmottagningen inte fått de nyinsatta läkemedel som ordinerats av läkare på akutmottagningen.

När patienter inte får de läkemedel som har ordinerats eller inte får dem på utsatt tid innebär det en utebliven eller fördröjd behandling. Patienter utsätts p.g.a. detta för risken att deras hälsotillstånd försämras eller att de i värsta fall får bestående skador eller avlider. Vårdgivaren tillgodoser enligt IVO inte patientens behov av medicinsk trygghet och säkerhet i dessa avseenden.

Detta står således i strid med kraven på god vård i 5 kap. 1 § HSL och är enligt IVO:s bedömning också förenat med patientsäkerhetsrisker.

Vid inspektionen den 25 februari 2020 berättade personal för IVO att de inte alltid hinner ge de läkemedel som ordinerats till patienterna i tid.

¹⁹ Se bilaga 2, patientfall 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 och 10.

²⁰ Se bilaga 2, patientfall 6.

²¹ Se bilaga 2, patientfall 8.

Den aktuella kvällen hade en av sjuksköterskorna ansvar för två patienter som hade ordinerats intravenös antibiotika respektive infusion med läkemedel mot misstänkt magsår. Den höga arbetsbelastningen medförde att patienterna inte kunde få de ordinerade läkemedlen i tid och behandlingen fördröjdes därför.

I de patientjournaler som IVO har granskat framkommer uppgifter som tyder på att administrering (att ge läkemedel) av nyinsatta läkemedel har fördröjts eller uteblivit.²² I ett av dessa fall fick patienten enligt journalen inte det ordinerade läkemedlet eller ordinerad vätskeinfusion förrän efter 4,5 timme.²³ En annan patient med grav anemi (blodbrist) fick en ordinerad blodtransfusion först efter ca fyra timmar och 20 minuter.²⁴

I ytterligare tre fall framstår det utifrån patientjournalerna som att administrering av ordinerad antibiotikabehandling uteblev eller blev fördröjd med flera timmar.²⁵ I ett fall framgår att patienten inte fick ordinerad antibiotikados vid ordinerat klockslag. IVO bedömer att det inte handlar om en dokumentationsbrist eftersom det av läkemedelslistan framgår att sjuksköterskan har signerat att hen vid den aktuella tidpunkten gett patienten andra ordinerade läkemedel.

IVO kan konstatera att vissa sjukdomstillstånd som kräver intravenös antibiotikabehandling kan vara snabbt progredierande (fortskrida) och medföra att patienten snabbt försämras om behandlingen uteblir. IVO konstaterar vidare att de patienter som vårdas på akutmottagningen ofta har ett akut sjukdomstillstånd som kräver snabba behandlingsåtgärder. Det är därför en mycket allvarlig brist att patienter med akuta sjukdomstillstånd inte får de läkemedel som har ordinerats utifrån det akuta tillståndet.

6. Patienter som vårdats på akutmottagningen har utsatts för risk att smittas av andra patienter

IVO bedömer att patienter riskerar att smittas av andra patienter när de vårdats på akutmottagningen. Detta då verksamheten inte alltid kan vårda patienter med misstänkt eller konstaterad smitta på ett patientsäkert sätt. IVO:s bedömning grundar sig på att verksamheten inte har de lokaler som behövs för att kunna isolera eller vårda patienter med smittsamma sjukdomar avskilda från andra patienter. Verksamheten är inte heller organiserad på ett sätt som säkerställer att patienter med smittorisk identifieras i ett tillräckligt tidigt skede för att förhindra smittspridning.

²² Se bilaga 2, patientfall 3, 4, 8, 10 och 11.

²³ Se bilaga 2, patientfall 3.

²⁴ Se bilaga 2, patientfall 4.

²⁵ Se bilaga 2, patientfall 8, 10 och 11.

Vårdgivaren uppfyller därför inte kraven på god vård och en god hygienisk standard i 5 kap. 1 § HSL. Kravet på god hygienisk standard innebär enligt förarbetena till HSL att vårdgivaren måste vidta alla åtgärder som behövs för att uppfylla detta krav. Detta innebär bl.a. att det ska finnas vårdhygienisk kompetens samt den utrustning och de lokaler som krävs. Verksamheten ska också vara planerad och organiserad på ett sätt som i största möjliga utsträckning förhindrar eller förebygger vårdrelaterade infektioner.²⁶

Vårdgivaren uppfyller inte heller kraven i 5 kap. 2 § HSL på att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Akutmottagningens avdelningschef och personal beskrev vid inspektionerna 25-26 februari 2020 att akutmottagningen har ett isoleringsrum med lufttrycksfunktion samt två enkelrum med toalett. Detta medför att patienter med smittorisk ibland måste placeras bland andra patienter i korridorerna. Det framkom också att övriga patienter som vårdas på akutmottagningen, och deras anhöriga, har tillgång till sammanlagt tre toaletter.

Vid inspektionen den 25 februari 2020 beskrev personalen att det under de senaste dygnet hade vårdats två patienter med smittsamma infektioner, influensa respektive magsjuka, på "torget". Vid inspektionen dagen efter, den 26 februari 2020, fick IVO även information från personal om att en patient med en misstänkt smittsam sjukdom kvällen innan hade befunnit sig i väntrummet tillsammans med andra patienter. Personal bedömde att en läkare omedelbart behövde bedöma patienten, dock befann sig patienten länge i väntrummet innan hen kom in på akutmottagningen.

Patientjournaler och beläggningslista från vårddygnet 25-26 februari 2020 visar att flera patienter med misstänkt smitta har vårdats på korridorsplatser på akutmottagningen.²⁷ I ett fall var patienten bärare av ESBL (enzym som bryter ner antibiotika) och uppvisade flera riskfaktorer som exempelvis diarréer, kräkningar och ett sår. Avseende en annan patient framkom det i ankomstsamtalet att patienten hade varit bostad samt vårdats på sjukhus utomlands. Patienten vårdades enligt journalen på korridorplats i 12 timmar och testades under tiden negativt för MRSA (Meticillinresistenta bakterier) men positivt för ESBL utan att det framgår att några skyddsåtgärder vidtogs.

Flera av patientjournalerna från vårddygnet 25-26 februari 2020 visar också att patienternas sökorsak och symptom indikerade att de kunde bära på smitta. I flera fall uppmärksammades den eventuella smittorisken först vid läkarbedömningen och i flera fall hade patienterna redan

²⁶ Prop. 2005/06:50, s. 53.

²⁷ Se bilaga 2, patientfall 12, 13 och 15.

vårdats under flera timmar i väntrummet eller på en korridorsplats.²⁸ I ett fall framkom att patienten hade varit i ett land utanför Norden två veckor tidigare. I journalen dokumenterades ”ingen risk för multiresistenta bakterier” vid ankomsten till akutmottagningen.²⁹

Av en avvikelse som rapporterats i verksamheten framgår också att en patients smittorisk överhuvudtaget inte uppmärksammades på akutmottagningen utan först när patienten kommit till en vårdavdelning. I det aktuella fallet hade akutmottagningen inte agerat eller ordinerat vidare provtagning trots kännedom om att patienten varit i kontakt med sjukvård utomlands.³⁰

Av Region Uppsalas riktlinjer för screening av resistenta bakterier framgår att en patient som inom det senaste året/halvåret varit inlagd på sjukhus eller bott på vårdboende eller fått sjukvårdande behandling i öppenvård utanför Norden ska screenas för multiresistenta bakterier.

Av 2 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168) framgår också att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt.

IVO kan konstatera att en spridning av exempelvis ESBL, VRE (Vancomycinresistenta bakterier) eller MRSA innebär allvarliga risker för patientsäkerheten på ett sjukhus. Den enskilda patienten riskerar att drabbas av vårdrelaterade infektioner, vilket kan få stora konsekvenser för den som drabbas. IVO ser mycket allvarligt på att patienter som vårdas på akutmottagningen utsätts för en sådan risk.

7. Det är inte alltid möjligt att följa vilken vård och behandling patienten har erhållit genom att ta del av dokumentationen i patientjournalen.

IVO kan konstatera att det inte alltid är möjligt att följa patientens vård och behandling i patientjournalen. Detta strider mot huvudsyftet med att föra patientjournal, vilket framgår av 3 kap. 2 § första stycket patientdatalagen (2008:355), PDL. Av nämnda bestämmelse framgår att syftet med att föra patientjournal i första hand är att bidra till en god och säker vård av patienten. Ett ytterligare syfte med att föra patientjournal är enligt 3 kap. 2 § andra stycket att den ska utgöra en informationskälla för bl.a. tillsyn och rättsliga krav. IVO kan konstatera att inte heller detta krav uppfylls i de journaler som IVO har granskat eftersom den bristande dokumentationen i vissa fall gör det svårt för tillsynsmyndigheten att utläsa om och i så fall vilken vård och behandling en patient faktiskt har fått.

²⁸ Se bilaga 2, patientfall 12, 13 och 15.

²⁹ Se bilaga 2, patientfall 13.

³⁰ Se bilaga 2, avvikelse med dnr Pnt-031797.

Enligt 3 kap. 6 § första stycket PDL ska patientjournalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. I andra stycket samma paragraf specificeras ett antal uppgifter som alltid ska finnas i patientjournalen om de finns tillgängliga. IVO konstaterar att de patientjournaler som IVO har tagit del av ibland saknar vissa av dessa uppgifter, bl.a. uppgifter om

- Vidtagna och planerade åtgärder och
- Uppgifter om anledning till mer betydande åtgärder.

IVO konstaterar vidare att dokumentationsbrister i patientjournalen också innebär patientsäkerhetsrisker. När information om t.ex. planerade eller vidtagna diagnostiska åtgärder eller behandlingsåtgärder inte finns dokumenterade kan personalen inte veta vad som har gjorts och inte heller vad som behöver göras i nästa steg.

I de patientjournaler som IVO har granskat från vård dygnet 25-26 februari 2020 saknas det i flera fall uppgifter som IVO anser är väsentliga. Som exempel kan nämnas att det i vissa fall saknas läkaranteckningar och uppgifter om patientens allmäntillstånd och symtom. Så som påpekats ovan saknas också dokumentation om vidtagna omvårdnadsåtgärder och utförda kontroller av vitalparametrar. I flera fall går det inte att utläsa några ställningstaganden eller åtgärder avseende till exempel övervakning och behandling.

Det finns brister i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete

IVO finner att vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. PSL. IVO gör denna bedömning då det av underlaget i ärendet framgår att

1. Vårdgivaren inte planerat, lett och kontrollerat verksamheten på ett sätt som lett till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.
2. Vårdgivaren inte vidtagit de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Av 3 kap. 1 § PSL framgår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Av 3 kap. 2 § PSL framgår att vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Med vårdskada avses enligt definitionen i 1 kap. 5 § PSL lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

1. Vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar inte verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls

IVO bedömer, så som framgår av redogörelsen ovan, att den vård som bedrivs på akutmottagningen i fler avseenden inte är förenlig med kraven i 5 kap. 1 § HSL på en god vård. De brister som IVO har konstaterat i verksamheten och som ligger till grund för IVO:s bedömning har dessutom förelegat under flera år utan att vårdgivaren har kommit till rätta med dessa.

Vårdgivaren har sedan IVO konstaterade brister i tillsynen år 2014 vidtagit och planerat att vidta ett flertal åtgärder med anledning av bristerna. En del av dessa har ännu inte blivit genomförda, och de åtgärder som vårdgivaren har genomfört har inte alltid fått avsedd effekt, eftersom bristerna kvarstår. Detta visar enligt IVO:s bedömning på att det finns stora brister i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete och att vårdgivaren saknar förmåga att vidta adekvata och effektiva åtgärder. Vårdgivaren uppfyller därmed inte kravet i 3 kap. 1 § PSL.

Bestämmelsen i 3 kap. 1 § PSL infördes enligt förarbetena till lagen för att tydliggöra att det är vårdgivaren som har ansvaret för att kraven på god vård upprätthålls. Detta innebär enligt förarbetena att vårdgivaren ska ha en fastställd plan med beskrivning av de åtgärder som ska vidtas samt ha uppföljningsbara mål med en beskrivning av hur uppföljningen ska ske. Vårdgivaren ska kontinuerligt granska att uppdrag fullgörs och att verksamheten har de processer och rutiner som krävs samt att dessa efterlevs.³¹

Med anledning av de brister i patientsäkerheten som IVO identifierade i en tillsyn av patientsäkerheten på akutmottagningen år 2014 redovisade vårdgivaren att ett flertal åtgärder hade vidtagits för att komma till rätta med dessa. I redovisningen framförde vårdgivaren att Akademiska sjukhuset under en längre tid hade haft en utmanande vårdplatssituation. Vårdgivaren framförde vidare att väntetiderna på akutmottagningen, för multisjuka äldre samt patienter i behov av högre vårdnivå, utgjorde den största patientsäkerhetsrisken.

Vid en uppföljande tillsyn år 2016 konstaterade IVO att det trots detta fortsatt förelåg brister. Vid inspektion i verksamheten presenterade vårdgivaren på nytt ett antal pågående och genomförda åtgärder, bl.a. följande:

- Pågående utbildning i patientsäkerhet.
- Pågående och vidtagna åtgärder för att säkra kompetens och bemanning på akutmottagningen.

³¹ Prop. 2009/10:210, s. 194.

- Pågående arbete med att utveckla teamarbete på akutmottagningen.
- Öppning av två vårdavdelningar, AVA (akutvårdsavdelning) och ADA (akut dagvårdsavdelning).
- Tillsättning av vårdplatskoordinatorer.

I en nationell tillsyn av landets akutmottagningar år 2017 konstaterade IVO att brister fortsatt förelåg på akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset. Vårdgivaren uppgav då som svar på IVO:s begäran om redovisning av vilka åtgärder vårdgivaren vidtagit eller avsåg att vidta med anledning av bristerna att de hade vidtagit bl.a. följande åtgärder:

- Åtgärder för att säkerställa kompetens och bemanning på akutmottagningen.
- Åtgärder för att hantera det minskade antalet vårdplatser:
 - öppnande av en geriatrisk vårdavdelning,
 - ökat samarbete med Uppsala kommun för effektivare utskrivning,
 - framtagande av ett system som tydliggör sjukhusets vårdplatssituation i realtid,
 - beslut i god tid om ökat antal vårdplatser på infektionsavdelning under influensaperioden,
 - utökad operationskapacitet på Samariterhemmet samt ett
 - utökat samarbete med lasarettet i Enköping.
- Åtgärder för att se till att alla patienter som väntar på vårdplats på akutmottagningen får en god vård oavsett tidpunkt på dygnet och även då akutmottagningen är överbelastad genom
 - Implementering av en åtgärdsplan för överbelastad akutmottagning,
 - Att införa ett arbetssätt med s.k. timsrundor för att säkerställa att patienternas omvårdnadsbehov tillgodoses samt att
 - Bemanna utifrån patientflöden på akutmottagningen.
- Åtgärder för att säkerställa att patienter som väntar på vårdplats får ordinerade läkemedel genom att en receptarie har anställts som på dagtid delar läkemedel till patienter som väntar på vårdplats.

Vid uppföljande inspektion i verksamheten i november 2018 framkom att brister fortfarande kvarstod men att det pågick flera arbeten gällande

vårdplatsbristen. Olika forum för diskussioner kring, och beslutsfattande utifrån, vårdplatssituationen hade inrättats och fler vårdplatser skulle öppnas.

Åtgärdsplanen vid överbelastad akutmottagning var enligt verksamheten svår att använda och fungerade inte alltid i skarpa lägen. Vidare framkom att följsamheten till rutinen med timsrundor riskerade att försämrats vid hög arbetsbelastning.

Vid en förnyad inspektion i verksamheten i maj 2019 klargjorde IVO inledningsvis att IVO kunde konstatera att de åtgärder som vårdgivaren hade vidtagit sedan år 2014 i syfte att förbättra situationen på akutmottagningen inte hade fått avsedd effekt. Därefter redogjorde vårdgivaren för vilka åtgärder som nu skulle vidtas.

Vid inspektionen framkom att genomsnittstiden för när patienter fick tillgång till vårdplats hade ökat. Antalet belagda vårdplatser på sjukhuset var den aktuella dagen 103 %.

Vårdgivaren uppgav i maj 2019 att 70 nya vårdplatser var en realistisk målbild, även om det skulle behöva skapas ännu fler. I juni redovisade vårdgivaren skriftligen att de hade planerat för åtgärder som skulle göra det möjligt att öppna 40-45 vårdplatser under hösten 2019.

När IVO i slutet av november 2019 kontaktade verksamhetschefen för Verksamhetsområde akutsjukvård och internmedicin via telefon beskrev hon att det var en ansträngd situation för akutmottagningen. Det framkom att det bara hade öppnats sex vårdplatser sedan inspektionen i maj 2019. Verksamhetschefen uppgav att hon hade fått i uppdrag att se över hur övriga sjukhuset skulle påverkas vid införande av en rutin där patienter bara ska vänta på akutmottagningen i en timme på vårdplats. Vårdgivaren uppgav därefter att totalt 13 vårdplatser hade öppnats.

Åtgärden ”60 minuter till vårdplats”, som innebär att patienter ska få en vårdplats inom 60 minuter efter det att läkare har fattat beslut om inläggning, genomfördes som ett test under ca fyra veckor i januari och februari 2020. Efter att åtgärden under testperioden hade visat sig vara effektiv fattade vårdgivaren kort därefter beslut om att åtgärden skulle permanentas.

Vid de inspektioner som IVO gjorde i verksamheten den 25 och 26 februari 2020 hade åtgärden ”60 minuter till vårdplats” nyligen införts permanent. Personal och chefer uppgav vid inspektionen att åtgärden hade fungerat bra och haft avsedd effekt under testperioden. Vidare uppgav de att när åtgärden sedan permanentades fick den inte längre avsedd effekt. Situationen på akutmottagningen återgick till att se ut som den gjorde innan testperioden och som den också hade sett ut under det senaste året, d.v.s. att patienter blev kvar på akutmottagningen under avsevärt längre tid än en timme.

2. Vårdgivaren vidtar inte de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador

IVO bedömer att vårdgivaren inte i enlighet med 3 kap. 2 § PSL vidtar de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. IVO:s bedömning grundar sig på att de brister som IVO har identifierat i så väl tidigare tillsyner som vid denna tillsyn är förknippade med allvarliga patientsäkerhetsrisker. Dessa patientsäkerhetsrisker föreligger således fortfarande på akutmottagningen.

Av förarbeten till den aktuella bestämmelsen framgår att bestämmelsen fastslår vårdgivarens skyldighet att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Riskerna ska undanröjas eller om det inte är möjligt begränsas.³²

Att patientsäkerhetsrisker identifieras och analyseras är enligt propositionen en grundläggande beståndsdel av patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska bedriva detta arbete aktivt och åtgärder ska som regel vidtas omedelbart.³³

En bedömning av om vårdgivaren har fullgjort skyldigheten enligt 3 kap. 1 § PSL får enligt förarbetena göras i det enskilda fallet. Avseende bedömning uttalar regering i förarbetena även följande

”Vid bedömningen av vilka krav som kan ställas på vårdgivaren måste det finnas en balans mellan vad som är rimligt och vad som är teoretiskt möjligt att göra. Är risken för allvarlig vårdskada stor krävs givetvis mer långtgående åtgärder än om risken - om den realiserar - enbart kan leda till obetydliga konsekvenser för patienterna.”³⁴

De patientsäkerhetsrisker som föreligger i vårdgivarens verksamhet är enligt IVO:s bedömning stora, d.v.s. sannolikheten för att riskerna ska realiseras är stor. Riskerna är vidare av sådan karaktär att de om de realiseras kan leda till både allvarliga skador och dödsfall. IVO har också fått information om, samt inhämtat uppgifter som visar att risker också har realiserats (se patientfallen under beskrivningen av bristerna ovan).

Av underlaget i ärendet framgår tydligt att vårdgivaren känner till och är medveten om flera av de patientsäkerhetsrisker som föreligger i verksamheten. Vårdgivaren torde därmed även vara införstådd med de allvarliga konsekvenser dessa risker kan medföra. Det är under dessa omständigheter extra anmärkningsvärt att vårdgivaren inte har agerat för att förebygga att riskerna realiseras.

³² Prop. 2009/10:210, s. 194.

³³ A. prop., s. 194-195.

³⁴ A. prop., s. 195.

Tidigare identifierade brister i hälso- och sjukvården vid akutmottagningen***Brister i patientsäkerheten vid tillsyn av vårdgivarens patientsäkerhetsarbete år 2014***

År 2014 inledde IVO en tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningen på Akademiska sjukhuset. Inom ramen för tillsynen granskade IVO bl.a. bemanning och personalens kompetens på akutmottagningen. Personal och chefer fick i samband med detta frågor kring vad de ansåg var de största patientsäkerhetsriskerna på akutmottagningen. Av personalens svar framgår bl.a. följande.

- Antalet patienter på akutmottagningen samtidigt.
- Sjuka patienter får vänta för länge på akutmottagningen, upp till ett dygn, och det finns inte förutsättningar att utföra kontroller.
- Det dröjer innan patienter får den behandling de behöver medan de ligger på akutmottagningen.
- Ökad belastning på personalen p.g.a. omvårdnad (som behöver ges till kvarstannande patienter, IVO:s anm.).
- Hög belastning, en sjuksköterska och en undersköterska kan ensamma ha ansvar för 40 patienter på natten.
- Personalen skriver inte avvikelser eftersom de är trötta och vill åka hem och sova.
- Personalen på akutmottagningen får göra vårdavdelningsarbete.

Cheferna framhöll bl.a. följande patientsäkerhetsrisker.

- Platsbrist på högre vårdnivå, brist på intensivvårdsplatser.
- Patienter som vårdas kvar får inte sina dagliga läkemedel, de behöver mat och en säng.

I oktober 2014 träffade IVO vårdgivarens representanter för att återföra resultatet av tillsynen. IVO framförde vid mötet att följande patientsäkerhetsrisker hade identifierats i tillsynen.

- Stockning av patienter på akutmottagningen gör att akutmottagningen blir som en vårdavdelning, vilket leder till att:
 - patienter väntar på vårdplats i upp till ett dygn,
 - övervakning och kontroller (av patienterna) brister,
 - undersökningar och behandlingar fördröjs, bl.a. läkemedel,
 - det brister i triagering (prioritering till läkarbedömning).

IVO konstaterade också att det fanns brister i hur personalen hade gjorts delaktig och involverats i patientsäkerhetsarbetet. Kunskap

spreds inte nedåt i organisationen. IVO uppmanade vårdgivaren att analysera vad som är viktigt inom patientsäkerhetsarbetet samt att analysera och åtgärda de patientsäkerhetsrisker som hade identifierats i tillsynen.

I beslut daterat den 7 april 2015 ställde IVO krav på vårdgivaren att redovisa bl.a. åtgärder för att utveckla personalens kännedom om och delaktighet i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. IVO begärde också att vårdgivaren skulle redovisa en analys av de patientsäkerhetsrisker som IVO hade identifierat i tillsynen och vilka åtgärder vårdgivaren avsåg att vidta med anledning av dem. I beslutet påtalade IVO bl.a. följande patientsäkerhetsrisker:

- Stockning på akutmottagningen med patienter som ligger kvar i många timmar, ibland dygn, i väntan på att få komma till vårdavdelning.
- Svårt sjuka patienter med stort övervakningsbehov blir kvar på akutmottagningen i upp till ett dygn i väntan på vårdplats.
- Akutmottagningen förvandlas till slutenvårdsavdelning, vilket man varken har tid eller resurser för och som leder till att patienters utredning och behandling fördröjs.
- Personalen hinner inte, på grund av ovanstående, göra ordinerade kontroller eller omtriageringar.
- Akutmottagningen har inget läkemedelsförråd vilket medför att patienter som ligger kvar på akutmottagningen länge i väntan på vårdplats ibland inte får sina mediciner enligt ordination.
- Akutmottagningen har inte sängar eller rum för dessa patienter, utan de får ligga på undersökningsbänkar i korridoren i väntan på att få komma till vårdavdelning.

Brister i patientsäkerheten kvarstod vid uppföljande tillsyn av akutmottagningen år 2016

I januari 2016 inledde IVO en uppföljande tillsyn vid akutmottagningen, Akademiska sjukhuset. Syftet med tillsynen var dels att följa upp den tidigare tillsynen från år 2014, dels att följa upp ett antal lex Maria-ärenden som rörde akutmottagningen.

IVO inhämtade i tillsynsärendet akutmottagningens årsrapport för avvikelser under år 2015. Av denna framgår t.ex. att fler än 25 avvikelser hade rapporterats avseende ”kritiskt fördröjd bedömning och/eller behandling. Fler än 15 avvikelser rörde ”bristande övervakning”. Drygt 20 avvikelser avseende ”utebliven omvårdnad” hade rapporterats och fler än 30 avvikelser avsåg ”risk för bristande observation/övervakning”.

IVO genomförde också två inspektioner i verksamheten, en föranmälld och en oanmälld. Vid den anmälda inspektionen deltog både representanter för vårdgivaren och personal på akutmottagningen. Deltagarna intervjuades utifrån vad som framkom i den tidigare tillsynen från år 2014. Vid intervjuerna lyftes även ett antal patientsäkerhetsrisker bl.a.

- Vårdplatsbristen – 60 vårdplatser på sjukhuset var stängda bl.a. p.g.a. sjuksköterskebrist.
- Crowding-situationen som kan uppstå på akutmottagningen måste analyseras och åtgärdas.
- Avsaknad av reservkapacitet – det är ofta fullbelagt på intensiv- och intermediärvårdsavdelningarna vilket leder till att patienter blir kvar på akutrummet. Det leder till problem när nya patienter kommer och är orsaken till de flesta avvikelser som skrivs.
- Övervakningsrisker när patienter p.g.a. vårdplatssituationen får stanna på akutmottagningen i väntan på vårdplats – patienter som redan är ”på gränsen” riskerar att ”tippa över”.

Den oanmälda inspektionen utfördes på kvällstid, mellan kl. 17:30 och 19:30. Av inspektionsprotokollet framgår bl.a. att personalen på akutmottagningen upplevde att vårdplatssituationen på sjukhuset var en av de största patientsäkerhetsriskerna.

I beslut daterat den 22 juni 2016 konstaterade IVO att det fortsatt förelåg patientsäkerhetsrisker på akutmottagningen och beskrev de brister som framkom vid inspektionen i verksamheten. IVO meddelade vidare i beslutet att ytterligare en uppföljande tillsyn skulle komma att ske under det kommande året.

Nationell tillsyn av akutmottagningar år 2017 visade fortsatta brister i patientsäkerheten

Under år 2017 genomförde IVO en nationell tillsyn av landets akutmottagningar, med fokus på patientsäkerheten för de patienter som kvarstannade på akutmottagningen i väntan på en vårdplats.

Inom ramen för tillsynen ställde IVO bl.a. frågor till vårdgivaren via ett webbformulär. För Region Uppsalas del besvarades frågorna av verksamhetschefen för verksamhetsområde akut- och internmedicin. I svaren framhöll verksamhetschefen följande patientsäkerhetsrisker:

- trycksår
- malnutrition (undernäring)
- elimination (urin och avföring) och
- fall.

Av svaren framgick vidare att det under de två senaste åren hade inträffat vårdskador på akutmottagningen i form av:

- psykiskt lidande p.g.a. lång väntan,
- fördröjd behandling och/eller diagnos,
- svikt i vitalparametrar samt
- fall.

Som en annan del i tillsynen utförde IVO en oanmäld inspektion i verksamheten där en undersköterska, en sjuksköterska, en läkare samt avdelningschefen fick svara på frågor kring arbetet på akutmottagningen. Av de intervjuades svar framgår följande:

- Vårdplatsbrist - Det stora problemet för akutmottagningen är att det finns för få vårdplatser vilket gör att patienter ligger kvar länge och akutmottagningen klarar inte det uppsatta kvalitetsmålet om fyra timmar från beslut om inläggning till vårdplats.
Nedprioritering av vårdnivå/behov på grund av vårdplatsbrist, t.ex. kan hjärtövervakning underlåtas om sådan vårdplats inte finns. Detta är en stor risk för patienterna och leder dessutom till att många kommer i retur snabbt, t.ex. dagen efter utskrivning.
- Begränsade möjligheter till isolering av smittsamma patienter. Det finns inte heller några extra toaletter för dessa patienter. Patienter ligger huller om buller.
- Det är svårt att ha överblick över patienterna, särskilt de som ligger i korridorerna vilket beror på arbetsbelastningen.
- Begränsad tillgång till patientlarm – de patienter som väntar i korridoren har inte tillgång till larm.
- Patienter får inte alltid ordinerade läkemedel – i förrådet på akutmottagningen finns bara skuta läkemedel. Det finns ett ”säl-lanförråd” och det går att kontakta vårdavdelning.
- Patienter får inte alltid ordinerade kontroller – patienter i behov av högre vårdnivå som läggs ut i korridoren p.g.a. att plats på akutrummet behövs för en patient med större behov får möjligen sämre övervakning än hen egentligen är i behov av.

Personalen försöker, men det beror på belastningen. Det kan vara svårt att hinna med vid högt inflöde av patienter, samtidigt som kontroller är det enda sättet att se om en patient försämras.

Beslut i ärendet meddelades den 17 november 2017 och IVO konstaterade i beslutet att det fanns brister i säkerheten för de patienter som väntade på akutmottagningen. IVO krävde därför att vårdgivaren skulle vidta åtgärder för att säkerställa att:

- Patienter som väntar på vårdplats på akutmottagningen får en god och säker vård oavsett tidpunkt på dygnet och även då akutmottagningen är hårt belastad.
- Patienter som väntar på vårdplats på akutmottagningen får de läkemedel som är ordinerade sedan tidigare och som ansvarig läkare ordinerat att patienten ska ha.

IVO konstaterade i beslutet att akutmottagningen uppvisade brister i att tillgodose säkerhet och omvårdnad. IVO bedömde vidare att verksamheten inte uppfyllde kraven på en god vård i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL mot bakgrund av följande.

- Alla patienter ges inte samma möjlighet att tillkalla hjälp vid behov.
- Alla patienter övervakas inte alltid på ett sätt som motsvarar det behov som patientens tillstånd kräver.
- Alla patienter erbjuds inte alltid mat eller dryck eller hjälp med toalettbesök.
- Personalen har svårigheter att hinna genomföra ordinerade kontroller.

Brister kvarstod fortfarande vid tillsyn i verksamheten mellan år 2018 och 2019

Mot bakgrund av de brister som IVO tidigare konstaterat på akutmottagningen inledde IVO i oktober 2018 återigen tillsyn för att följa upp patientsäkerheten vid akutmottagningen. Under hösten 2018 och våren 2019 utförde IVO två inspektioner i verksamheten där vårdgivaren presenterade hur man skulle komma till rätta med bristerna i verksamheten.

Under hösten 2019 fick IVO via anställda på akutmottagningen information om att fyra patienter som hade behov av intensivvård hade vårdats kvar på akutmottagningen. Av dessa vårdades en av patienterna kvar på akutmottagningen i 12 timmar och en annan patient i 50 timmar. Uppgiftslämnarna uppgav att 12 avvikelser hade skrivits till följd av händelsen.

Av avvikelser som inkommit till IVO från akutmottagningen framgår allvarliga patientsäkerhetsrisker. Av avvikelser från september 2019 framgår att flera patienter som var inläggningsklara för en högre vårdnivå (AIMA) fick kvarstanna på akutmottagningen över ett halvt dygn. Det finns även avvikelser som avser situationer där flera patienter behövde vård på akutrummen och att andra patienter därför måste nedprioriteras ut från akutrummet som är den högsta vårdnivå som finns på akutmottagningen.

I november 2019 tog IVO kontakt med verksamhetschefen för verksamhetsområde (VO) internmedicin och akutsjukvård för att få en bild

av hur situationen på akutmottagningen såg ut då. Verksamhetschefen uppgav att inflödet av patienter var detsamma men att avflödet hade försämrats. Det var enligt verksamhetschefen ”*oerhört ovanligt att det inte finns patienter kvar på morgonen som väntar på vårdplats*”.

Vid samtalet framkom vidare att verksamhetschefen bedömde att det fanns patientsäkerhetsrisker för de patienter som kvarstannade på akutmottagningen. Specifikt ansåg verksamhetschefen att det fanns risker för patienter som behöver vårdas på högre vårdnivå (IVA/AIMA) men som tvingas kvarstanna på akutrummet. Hon uppgav vidare att det leder till att patienter kan behöva prioriteras ut från akutrummet. Även de patienter som kvarstannade i väntan på vårdplats utsattes enligt verksamhetschefen för patientsäkerhetsrisker. Hon uppgav att dessa patienter riskerade att försämrats under vistelsen på akutmottagningen när det var högt tryck. Under samtalet framhöll verksamhetschefen att det otillräckliga avflödet till högre vårdnivå var en stor patientsäkerhetsrisk.

Av avvikelser som rapporterades på akutmottagningen under november 2019 framgår att sex till sju patienter vårdades samtidigt på akutrummet p.g.a. att färdigbedömda patienter inte kunde flyttas till högre vårdnivå (AIMA, IMA) p.g.a. platsbrist.

Allvarliga vårdskador som vårdgivaren själv har identifierat

Vårdgivaren har under åren 2018-2019 även gjort anmälningar enligt lex Maria (se 3 kap. 5 § PSL) avseende händelser på akutmottagningen. I en av dessa uppgav vårdgivaren som en bakomliggande orsak till händelsen att det var fullt på akutrummet vilket ledde till att patienten inte prioriterades. Patienten avled på akutmottagningen. Vårdgivaren har också angett hög belastning och vårdplatsbrist på sjukhuset som bakomliggande orsaker.³⁵

Av ytterligare en anmälan framgår att en patient drabbades av en fallskada då hen lämnades utan tillsyn på en enskild sal. Patienten hade kommit till akutmottagningen med diarré och feber efter fall i hemmet. Vårdgivaren angav som bakomliggande orsak till händelsen att verksamheten hade frångått sin rutin för den aktuella patientgruppen såtillvida att misstanken om smittsam sjukdom föranledde stängd dörr till salen.³⁶

Vårdgivaren har i yttrande till IVO i ett klagomålsärende konstaterat att en patient med svår akut stroke inte fått dropp, kontroller och omvårdnad i tillräcklig omfattning.³⁷ Av yttrandet framgår också att patienten inte fick den hjärtövervakning som var medicinskt motiverad.

³⁵ Lex Maria med dnr 8.1.1–15174/2019.

³⁶ Lex Maria med dnr 8.1.1–21845/2018.

³⁷ Enskilt klagomål med dnr 8.2.1–4636/2018.

Enligt vårdgivaren kan det inte uteslutas att den fördröjda behandlingen bidragit till att patientens hjärnskada försämrades.

Underlag

- Se bilaga 1
- Bilaga 2, patientfall

Beslut i detta ärende har fattats av avdelningschefen Peder Carlsson. Enhetschefen Göran Olsson, inspektörerna Caroline Bodin, Emil Mesaros och Maria Jansson samt avdelningsjuristen Ana Cica Tiedermann har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Rebecca Wallerstein har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Peder Carlsson



Rebecca Wallerstein