

Kunskapsbanksnummer: KB1101382

Datum: 2019-08-15

Händelseanalys

Patient med långvarig smärtproblematik och nekad ersättning från FK suiciderar i anslutning till vårdkontakter.

November 2018

Analysledare:

NO Luleå/Boden
Närsjukvård
Region Norrbotten

Sammanfattning

Analysen görs på uppdrag av verksamhetschef och omfattar tiden februari till november 2018. Den handlar om en person som har en långvarig smärtproblematik med viss sjukskrivning som följd. Patienten suiciderar och i analysen ses brister i rutiner och journalföring.

Åtgärder föreslås i form av upprättande av rutiner för uppföljning av långtidssjukskrivna, utbildning i suicidbedömningar samt vissa förbättringar av journalföring. Åtgärderna bedöms som nödvändiga och vi tror att man genom dessa minskar risken för att liknande händelser uppkommer igen, men risken för suicid kan inte helt elimineras.

Vårdskadan bedöms som katastrofal men risken för upprepning bedöms som mycket liten.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam	4
3	Metodik	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	8
4.5	Åtgärdsförslag.....	8
5	Vårdskada	8
6	Kännedom om tidigare liknande händelser	9
7	Tidsåtgång	9
8	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
8.1	Åtgärder.....	10
8.2	Återkoppling	10
8.3	Uppföljning	10
9	Ordförklaringar	11
10	Bilagor.....	12

1 Uppdrag

Med anledning av att en patient listad vid hälsocentralen utfört ett suicid är det nödvändigt att genomföra en händelseanalys som innebär en rekonstruktion av händelseförloppet, en orsaksanalys och förslag på konkreta åtgärder som förhindrar att händelsen inträffar igen.

Händelsens allvarlighetsgrad bedöms som katastrofal och sannolikhet finns för att händelsen kan komma att upprepas.

Inga åtgärder är i dagsläget vidtagna förutom att avvikelse är upprättad.

Liknande händelse har inträffat i verksamheten.

Analysen omfattar enbart en hälsocentral.

Tidsperiod från 181115 och 9 månader tillbaka.

Hur återkopplingen till verksamheten kommer att ske beslutas när händelseanalysen är gjord och åtgärderna är framtagna.

1.1 Uppdragsgivare

, verksamhetschef

Närsjukvård

Region Norrbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-12

Startdatum: 2019-03-12

1.3 Återföringsdatum

2019-09-10

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjukgymnast/Fysioterapeut

Vice analysledare / Sjuksköterska

Analysteammedlem / Läkare

Enhet

Närsjukvård/Hälsocentral

Region Norrbotten

Närsjukvård/Hälsocentral

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar

4 Resultat

I uppdraget ingår tiden ca 6 veckor före det att patienten suiciderar men vid journalgranskning ser analysgruppen behov av att analysera en något längre period varför analysen omfattar ca 9 månader istället.

4.1 Händelseförlopp

Bakgrund

Patient med långvarig smärtproblematik i nacke, armar och huvud samt tinnitus, stora sömnsvårigheter och tidigare depression. Opererad av privat vårdgivare i annan del av landet vid tre tillfällen.

Långvarig halvtidssjukskrivning, arbetar 50 %, nekad sjukersättning från försäkringskassan sedan flera år tillbaka i tiden.

1.

2018-02-13

Kontakt med läkare som bl.a. bedömer att inget suicidalt framkommer.

Samma dag kontakt med psykiatrisjuksköterska (inom primärvård) som tycker att patienten bör komma fler gånger med anledning av nedstämdhet.

Från personalens redogörelse framkommer att tid erbjudits men patienten avböjde. Patienten informerades om att hen kunde återkomma om behov uppstod utan att boka tid, akuttider fanns flera gånger i veckan till förfogande, utan att patienten skulle behöva kontakta personal i förväg.

Ingen felhändelse.

Bifynd: journalanteckning om erbjudande av tid är bristfällig. Förslag från berörd personal att införa standardmeningar för att underlätta dokumentationen.

2.

180323-180817

Flertalet kortare telefonkontakter och besök på hälsocentralen med anledning av intyg för sjukskrivning och receptförnyelser. Inga anteckningar ses i journalhandlingar angående psykiskt mående eller besvär förutom sömnproblem vilket relateras till smärta.

Inga felhändelser

3.

181010

Telefonkontakt.

Önskar kontakt med läkare ang. läkarintyg. Sjuksköterska bokar telefontid till läkare.

Ingen felhändelse.

4.

181016

Telefonkontakt med läkare. Enligt journalanteckningen framkommer att patienten har tappat bort sin kopia på sjukintyget. Får för närvarande ingen ersättning från Försäkringskassan. Håller på att överklaga detta till Länsrätten.

Bokas in på en ny telefontid när sjukskrivningen är slut.

Analys:

Ingen uppföljning av patientens depression.

Varför görs ingen uppföljning? Pat har erbjudits men avstått, se 2018-02-13

Ingen suicidbedömning samtalet. Inget i anteckningen tyder på att psykiskt mående diskuterats.

Ingen felhändelse.

Möjlig felhändelse:

Med den historik patienten har borde man kanske ha övervägt att efterfråga depressivitet/ångest/suicidtankar?

Orsak: Det är endast en kort telefonkontakt där patienten ringer om ett borttappat intyg.

5.

181029

Planerat telefonsamtal.

Enligt journalanteckning framkommer att patienten har fortsatt mycket besvär med nacke och händer samt sömn.

Samtalet leder till en receptförnyelse samt förlängning av sjukskrivning på 50%, arbetar för närvarande 50% som personlig assistent och håller på att överklaga till Förvaltningsrätten.

Ska kallas i slutet av januari för uppföljning.

Möjlig felhändelse:

Här bedömer vi att den samlade symtombilden och de riskmarkörer patienten uppvisar/tidigare uppvisat kanske borde ha föranlett någon form av uppföljning av tidigare nedstämdhetsbesvär samt en suicidbedömning. Även frågor om eventuell alkoholkonsumtion borde kanske ha ställts?

Se i övrigt bifogad graf.

181115

Pat suiciderar (ej med hjälp av några läkemedel)

Enligt journalanteckningar framkommer i efterhand att patienten missbrukat alkohol ca 2 månader före suicidet och även samma dag.

P.g.a. kontakter med vården bedömer vi detta som en möjligen undvikbar vårdskada.

Närstående har intervjuats och anser att smärtproblematiken som patienten levt med har haft stor betydelse för hans mående sammantaget med de problem med ersättning från Försäkringskassan och det avslag från Förvaltningsrätten som hittats efter hans död. Närstående poängterar dock att trots ett långt liv tillsammans framkom aldrig något om **hur** dåligt patienten mått och att anhöriga inte anade faran.

4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: enheten saknar rutiner för uppföljning av långtidssjukskrivna.

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: personalen har i viss mån bristfälliga kunskaper om suicidrisker/ suicidtrappa och suicidbedömning

Inom orsaksområdena *Kommunikation och information, omgivning & organisation* samt *teknik, utrustning & apparatur* har inga bakomliggande orsaker identifierats.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Som bifynd har noterats att journalanteckningar varit bristfälliga och vi har valt att föreslå åtgärd för detta genom införandet av s.k. standardmeningar i syfte att underlätta dokumentationen. Till detta kommer också vissa utbildningsinsatser.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Skadan bedöms ej ha orsakat några vårdskadekostnader.

4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag: Skapa ny lokal rutin för uppföljning av långtidssjuka.

Åtgärdsförslag: införa standardmeningar i journalsystemet i syfte att underlätta dokumentation. Utbildningsinsatser tillkommer.

Åtgärdsförslag: utbildning i suicidbedömning mm

Inga åtgärder är vidtagna i direkt samband med händelsen.

5 Vårdskada

Vårdskadebedömningen görs utifrån att händelsen möjligen kunnat ha undvikits genom bättre rutiner för uppföljning av smärta och långtidssjukskrivning/depression.

Vårdskadan bedöms som katastrofal men risken för upprepning bedöms som mycket liten. Skadans sammanlagda allvarlighetspoäng blir således 4 relaterat till nedanstående riskmatriser.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/självmod Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepidod för tre eller fler patienter ^{1) 2)} Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter ¹⁾
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepidod för en eller två patienter ²⁾ Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Sannolikhet för inträffande	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

FIGUR 13: HFMEA Riskmatris.

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

6 Kännedom om tidigare liknande händelser

Vid sökning i Nithas kunskapsbank ser vi ett stort antal händelseanalyser utförda i efter suicid hos patienter i sluten- eller öppenvård. Många gemensamma nämnare ses vad gäller rutiner för uppföljning och eftervård samt brister i dokumentation även om alla händelser har sitt unika händelseförlopp. Trots åtgärder kommer dock aldrig risken för suicid att helt kunna elimineras, men för att minska risken är det viktigt att ha, och följ, bra rutiner.

7 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	11
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	44

8 Uppdragsgivarens kommentarer

8.1 Åtgärder

Föreslagna åtgärder enligt handlingsplanen skall genomföras.

8.2 Återkoppling

Återkoppling på beslutade åtgärder i handlingsplanen ska ske till verksamhetschefen senast 2019-12-31.

Återkoppling till berörd personal kommer att ske när analysrapporten är helt färdigställd.

8.3 Uppföljning

Uppföljning enligt handlingsplanen skall genomföras och rapporteras till verksamhetschef senast 2020-12-31.

9 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Allvarlig vårdskada	Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Suicid	Själv mord
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Vårdskada	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 (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå

10 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan