

Händelseanalys

Medicinsk överlämning från regional heldygnsvård till lokal öppenvård ej säkerställd

December 2017

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Händelse där informationsöverföring i samband med utskrivning av ung patient brustit mellan psykiatrisk heldygnsvård och -öppenvård som är organiserade inom olika regionala förvaltningar.

Händelsen har medfört risk för vårdskada när insatt läkemedelsbehandling med centralstimulerande läkemedel inte följdes upp enligt gällande riktlinjer.

Vid utskrivning från heldygnsvård (sjukhus 1) genomfördes ingen säkerställd informationsöverföring och plan för uppföljning.

Informationsöverföring och plan för uppföljning inom öppenvård (sjukhus2) säkerställdes inte i samband med utskrivningen.

I aktuell läkemedelsplan fanns information tillgänglig i journal vid sjukhus 2 via och tillgänglig i externt program SIEview, men inte uppdaterad i patientens journal inom öppenvård, sjukhus 1. Det framkommer brister i kommunikation, information samt procedurer/rutiner eftersom det saknas gemensam regional rutin för kommunikation som säkerställer övertagande av medicinsk uppföljning vid utskrivning från heldygnsvård vid annan regional förvaltning.

Förslag på åtgärder:

- Instruktion/utbildning till medarbetare och vid introduktion om SIEview för att säkerställa kunskap att inhämta information från vårdtillfälle inom HDV vid annan förvaltning
- Följsamhet till rutin vid utskrivning som säkerställer att information och överlämning sker från HDV inom annan förvaltning till koordinator vid psykiatrisk enhet, sjukhus2. Rutinen säkerställer information och ansvar att koordinera uppföljande insatser efter utskrivning från heldygnsvård för patient inom öppenvård
- Checklista utarbetas som stöd att koordinera uppföljande insatser för patient inom psykiatrisk öppenvård i samband med utskrivning från heldygnsvård vid annan regional förvaltning

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	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling	9
6.3	Uppföljning	9
7	Ordförklaringar	10
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

Utreda händelse där epikris skrevs av läkare när patienten skrivs ut från heldygnsvård. Ingen dokumentation i journal vid öppenvårdsmottagning, sjukhus 2, där man kan utläsa vem som tagit emot epikris eller vilken läkare som ansvarar för behandlingen. Det är inte dokumenterat i patientens läkemedelsjournal att patienten blivit insatt på Ritalin.

Syftet med händelseanalysen att säkerställa rutinen i samband med utskrivning av patient från annan psykiatrisk vårdenhet.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-13

Startdatum: 2018-01-09

1.3 Återföringsdatum

2018-04-10

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare/Vårdadministratör
Analysteammedlem/Läkare
Analysteammedlem/Övriga personer
Vice analysledare/Vårdadministratör

Enhet

Sjukhus
Sjukhus psykiatri
Sjukhus/ psykiatri
Sjukhus/psykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- journal Melior samt extern journal via SIEview
- intervju med kurator sjukhus 2
- intervju med sjuksköterska sjukhus 2

Medverkan från patient/närstående har bedömts ej nödvändig, då händelse avser vårdens ansvar och rutiner för medicinsk informationsöverföring.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

P har behandlas för ADHD, depression och självskadebeteende vid psykiatrisk verksamhet. I samband med akutbesök orsakat av kraftiga självmordstankar och planer på självmord, skrivs patient in akut för barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård inom annan regional förvaltning, sjukhus1.

1. En dag efter inskrivning

Patientens behandlare, socionom, vid öppenvårdsmottagning, sjukhus2, kontaktar sjuksköterska vid heldygnsvård, sjukhus1.

Socionom tar upp fråga om möjlighet att pröva insättande av centralstimulerande läkemedel (Ritalin) under aktuell vårdtid. Detta eftersom möjlighet att låta patienten testa aktuellt läkemedel under planerad heldygnsvård hade föreslagits och planerats med patient och närstående vid föregående läkarbesök vid mottagning, sjukhus 2.

2. Läkemedelsinsättning två dagar efter inskrivning

Läkare vid heldygnsvård, sjukhus 1, ordinerar insättning av centralstimulerande läkemedel (Ritalin 30 mg).

3. Fyra dagar efter läkemedelsinsättning

Socionom vid mottagning, sjukhus 2, får via telefonkontakt information från socionom vid heldygnsvård, sjukhus1, att patienten kommer bli utskriven under dagen samt uppgift om den

aktuella medicinering patienten har. Besökstid finns planerad för patienten med socionom, sjukhus2, vilket förmedlas till patienten via socionom vid heldygnsvård, sjukhus1.

Patienten skrivs ut från heldygnsvård och får då med sig ett utskrivningsmeddelande och läkemedelslista med plan för uppföljning med samtalskontakt samt medicinuppföljning om 2 veckor.

Felhändelse

Aktuella ordinationer, avseende centralstimulerande läkemedel, uppdateras/dokumenteras inte i patientens journal vid sjukhus 2 i samband med utskrivningen. Då kontakten sker mellan två socionomer är den medicinska uppföljningen inte i fokus. Sjuksköterska/läkare involveras inte.

Information om läkemedel och plan för uppföljning förmedlas inte vidare till sjuksköterska/läkare vid sjukhus 2.

4. Fem dagar efter läkemedelsinsättning

Läkare skriver epikris skrivs som dokumenteras i journal, sjukhus1, och finns läsbar i SIEview för sjukhus 2.

Felhändelse

Information i epikris förmedlas inte och inhämtas inte i SIEview av någon läkare/sjuksköterska inom sjukhus2.

Framkommer att det saknas rutin som säkerställer inhämtande av journalinformation i SIEview

5. Sju dagar efter läkemedelsinsättning

Patient kommer för samtal till socionom vid öppenvård, sjukhus2. Under samtalet framkommer att P har behandlats med centralstimulerande läkemedel, Ritalin, i en vecka under vårdtiden.

Felhändelse

Medicinsk uppföljning av nyinsatt läkemedel säkerställs inte enligt gällande riktlinjer.

Socionom är inte insatt i den medicinska behandlingen och har inte kommunicerat/uppmärksammat sjuksköterska om läkemedlet.

6. Fjorton dagar efter läkemedelsinsättning

P kommer på återbesök för samtal hos socionom, sjukhus 2. Tid planeras för nästkommande besök om nio dagar, då även tid till sjuksköterska för läkemedelsuppföljning planeras.

Felhändelse

Sjuksköterska hade inte fått uppgift om nyinsatt centralstimulerande läkemedel Ritalin. Uppgift om läkemedlet/aktuella ordinationer är inte dokumenterat i journal. Uppgift/information om läkemedelsinsättningen med centralstimulerande läkemedel finns enbart dokumenterat i externt program SIEview.

Händelsens utfall

Vid planerat besök hos sjuksköterska för medicinuppföljning, får sjuksköterska muntlig uppgift från socionom om att patienten även står på centralstimulerande läkemedel Ritalin. Uppgift om aktuella ordination saknas i journal, läkemedelslista vid sjukhus 2, men finns att läsa i externt program SIEview.

Risk för vårdskada då P har intagit läkemedel under 22 dagar utan kontroll eftersom insatt läkemedelsbehandling med centralstimulerande läkemedel inte följdes upp enligt gällande riktlinjer.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

Kommunikation och information

Informationsöverföring och plan för uppföljning efter utskrivning är inte säkerställd.

Det saknas gemensam regional rutin/kommunikationsplan som säkerställer kommunikation avseende medicinsk uppföljning vid utskrivning från heldygnsvård till öppenvård inom annan regional förvaltning.

Aktuell läkemedelsplan är inte uppdaterad i journal vid sjukhus2, finns enbart tillgänglig i externt program SIEview

Procedurer, rutiner och riktlinjer

Rutin som säkerställer överlämning av information, plan för uppföljning samt samordning av dokumentation efter HDV vid annan regional förvaltning följs ej.

Rutin som säkerställer informationsöverföring och uppdatering av data/uppgift framförallt om läkemedel som blivit insatta under heldygnsvård vid annan förvaltning följs ej

4.3 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag

- Instruktion/utbildning till medarbetare och vid introduktion om SIEview för att säkerställa kunskap att inhämta information från vårdtillfälle inom HDV vid annan förvaltning
- Följsamhet till rutin vid utskrivning som säkerställer att information och överlämning sker från HDV inom annan förvaltning till koordinator vid psykiatrisk enhet, sjukhus2. Rutinen säkerställer information och ansvar att koordinera uppföljande insatser efter utskrivning från heldygnsvård för patient inom öppenvård

- Checklista utarbetas som stöd att koordinera uppföljande insatser för patient inom psykiatrisk öppenvård i samband med utskrivning från heldygnsvård vid annan regional förvaltning

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Då patienten har ett förbättrat mående men har en oprovocerad hjärklappning och det är oklart om det är relaterat till läkemedelsbehandlingen, säkerställs tid för läkarbesök.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	10
För analysteam	6
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	17

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

- Instruktion/utbildning till medarbetare och vid introduktion om SIEview för att säkerställa kunskap att inhämta information från vårdtillfälle inom HDV vid annan förvaltning
- Följsamhet till rutin vid utskrivning som säkerställer att information och överlämning sker från HDV till koordinator vid psykiatri, sjukhus2. Rutinen säkerställer information och ansvar att koordinera uppföljande insatser för patient inom BUP sjukhus 2
- Checklista utarbetas som stöd att koordinera uppföljande insatser för patient inom öppenvården i samband med utskrivning från heldygnsvård vid annan regional förvaltning

6.2 Återkoppling

I ledningsgrupp för vidare information till medarbetare inom verksamheten

6.3 Uppföljning

Fortlöpande uppföljning inom psykiatri, sjukhus2, akutprocess samt via avvikelser.

7 Ordförklaringar

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

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)
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)
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
Ritalin	Centralstimulerande läkemedel vid behandling av ADHD
SIView	SIView är läsvy som presenterar journalinformation från ett eller flera sjukhus i VGR. All användning av SIView kräver patientrelation och loggning sker enligt gällande rutiner i VGR.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf