

Datum: 2017-12-19

Händelseanalys

Bristande samordning/ansvarsfördelning mellan enheter, BUP, Primärvård och Barnklinik

September 2016

Sammanfattning

Händelseanalysen initierades då brister identifierats i händelseförloppet för ett asylsökande barn som drabbats av uppgivenhetssyndrom. Syftet är att identifiera eventuella felhändelser i samordningen/ansvarsfördelning mellan enheter samt föreslå åtgärder för att en liknande händelse inte skall upprepas.

Barnet har gjort flera besök inom hälso- och sjukvården; Asyl- och integrationshälsan (AIH), Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och Barnkliniken, gällande apati, sömnsvårigheter och nutritionsproblem som successivt förvärrats över tid (10 månader som utredningen omfattar).

Barnet har remitterats mellan verksamheterna ovan för olika åtgärder så som viktkontroll, utvärdering av psykiskt mående, samtalsterapi, sondmatning, förskrivning av inkontinensskydd mm. Barnet vårdas sedan en tid tillbaka i hemmet av föräldrarna som sondmatar och sköter omvårdnaden. Barnet ligger mestadels till sängs och sitter i rullstol, inger ingen kontakt.

Den viktigaste bakomliggande orsaken till bristande omhändertagande i detta ärende är att otydliga ansvarsförhållande mellan verksamheter råder. På grund av avsaknad av gränsdragningsdokument och vårdinstruktion för patienter som denna har de medicinska och omvårdnadsmissiga insatserna inte samordnats.

Utredningen har också identifierat brister i remisshantering och inhämtande av journaluppgifter, brister i följsamhet till instruktioner gällande förskrivning av inkontinenshjälpmedel, brister i vårdplanering samt brister i uppföljning av initierad läkemedelsbehandling och sondmatningsbehandling.

Åtgärder som föreslås handlar om att skapa samverkan mellan verksamheter som tydliggör roller och ansvar för en patient som denna, regionövergripande instruktion för vård och behandling av patienter med uppgivenhetssyndrom. Ytterligare åtgärder handlar om ökad kunskap/följsamhet till befintliga instruktioner gällande förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

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	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	11
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	12
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	12
4.5	Åtgärdsförslag.....	12
5	Konklusion	13
6	Tidsåtgång	13
7	Verksamheternas kommentarer	14
7.1	Åtgärder.....	14
7.2	Återkoppling	15
7.3	Uppföljning	16
8	Ordförklaringar	17
9	Bilagor.....	17

1 Uppdrag

Händelseanalysen initierades då brister identifierats i händelseförloppet för ett asylsökande barn som drabbats av uppgivenhetssyndrom. Syftet är att identifiera eventuella felhändelser i samordningen/ansvarsfördelning mellan enheter samt föreslå åtgärder för att en liknande händelse inte skall upprepas.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef/resultatområdeschef Barn- och Ungdomspsykiatrisk klinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-04-13

Startdatum: 2017-04-24

1.3 Återföringsdatum

2017-12-19

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare	Centrala patientsäkerhetsteamet Region Västmanland
Vice analysledare	
Överläkare, Barnpsykiatri	Barn- och Ungdomspsykiatrisk klinik (BUP)
Sjuksköterska, Specialist Psykiatri	Barn- och Ungdomspsykiatrisk klinik (BUP)
Psykolog	Barn- och Ungdoms hälsan (BU hälsan, tillhör BUP)
Överläkare Barn- och ungdomsmedicin	Barn- och ungdomsklinik
Distriktsläkare	Asyl- och Integrationshälsan (AIH)
Distriktsköterska	Asyl- och Integrationshälsan (AIH)

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- ✓ Avvikelse rapport
- ✓ Intervju med direkt/indirekt involverad personal
 - Distriktsläkare AIH
 - Dietist Barn- ungdomskliniken
 - Musikterapeut, BUP
 - Kurator, BU hälsan
- ✓ Intervju med expert/sakkunnig
 - Verksamhetschef AIH
 - Inkontinenssamordnare

- ✓ Intervju med närstående, patientens vårdnadshavare
- ✓ Lagar/förordningar/föreskrifter
- ✓ Litteratur/artiklar/rapporter
- ✓ Journalhandlingar
- ✓ Internutredning eller motsvarande

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

2016 september

Utredningen rör ett barn (patient) i nedre tonåren i en asylsökande familj som varit i landet i två år. Familjen har fått avslag på asylansökan och har nyligen flyttat från mindre samhälle till en större stad. Barnet är högrepresterande och går i skolan. I hemlandet har barnet upplevt krig på nära håll.

2016-09-08

Förälder, patienten och tolk kommer till BUP-akuten (Barn och Ungdoms Psykiatri) på remiss från AIH (Asyl och Integrationshälsan), där patienten sökt p.g.a. depression och sömnstörningar.

Frågeställning på remiss: suicidtankar, planer. Träffar UL 1, ej leg. som i journalanteckning beskriver att patienten är nedstämd, och har inte ätit eller sovit på tre dygn. Suicidrisken bedöms vara låg. Insättes på läkemedel för sömn i samråd med ÖL 1 samt bokar nytt besök till läkare på BUP-akuten om 1v.

2016-09-14

Patienten kommer på planerat återbesök på BUP-akuten. Träffar UL 1 som i samtal med förälder och patient konstaterar att måendet med sänkt grundstämning och bristande ögonkontakt är oförändrat sedan förra besöket samt att det dåliga matintaget fortgår. Sporadisk skolgång. Patienten har inte tagit sömnmedicinen. Uppmanas ta de tabletter som finns kvar som skickades med patienten vid förra besöket. Suicidrisken journalförs som svårbedömd pga. den lilla kontakt UL 1 får med patienten.

Felhändelse: Med facit i hand.

1. Patienten aktualiseras inte för BUP:s öppenvård.
2. Inget resonemang kring somatiskt status.
3. AIH:s remiss besvaras inte, ny skrivs för uppföljning av psykiskt mående.

Orsaken till det inträffade är att kriterier för BUP:s öppenvård inte uppfylls samt att behandlande läkare sannolikt tror att somatiskt status redan är genomfört. När det gäller remisshantering så är den bristande. Det beror på att det förekommer att ny remiss skrivs eftersom en nyinkommen remiss vanligen tas om hand snabbare än remissvar. Det saknas också gränsdragningsdokument mellan verksamheter som tydliggör var olika vårdinsatser skall genomföras.

2016-10-06

Uppföljning på AIH (remiss från BUP-akuten) pga. fortsatt depression, irritation och sömnbesvär. Träffar Läkare 2. Patienten har inte ätit bra senaste månaderna och har gått ner i vikt enligt journalanteckning. Bedömning: Krisreaktion med nedstämdhet och sömnstörning. Recept Propavan för sömnen. Remiss skickas till BU- hälsan (Barn och Ungdomshälsan) för samtalsterapi/stödsamtal för patient och familj. Uppföljning sömn planeras om 2-3 veckor på AIH.

Felhändelse: Med facit i hand.

1. Ingen planering görs för att följa upp insatt läkemedel
2. Vikt kontrolleras inte, somatiskt status görs inte
3. AIH ifrågasätter inte remissen

Orsaken till det inträffade beror på brister i rutin för uppföljning av insatta läkemedel på AIH samt avsaknad av gränsdragningsdokument mellan verksamheter som tydliggör var olika vårdinsatser skall ske. Den otydliga hanteringen av remisser bidrar också till att enheterna inte tydligt uppfattar vem som har ansvar för patienten.

2016-11-08--2017-01-19

Patienten med förälder kommer till Barn- och ungdomshälsan (BU- hälsan) för samtalsstöd med kurator och psykolog efter inkommen remiss från AIH. Under tidsperioden gör patient och förälder fyra besök på mottagningen. Det framkommer i journalen att socialtjänst ej kommer besöka familjen med anledning av orosanmälan som inkommit från såväl skola som BUP, då det inte bedöms föreligga missförhållanden i familjen. Bedömning från BU- hälsan vid första besöket är att nedstämdhet, ingen ögonkontakt föreligger samt att fortsatt stöd behövs.

Under tidsperioden träffar patienten även skolpsykolog som enligt förälder bedömer patienten vara på gränsen till suicidalt beteende. Under vårdperioden på BU- hälsan bedöms enligt journal vid sista besöket patienten inte ha förändrat mående och behandlarna oroas. Planen är att patienten skall diskuteras på BU- hälsans behandlingskonferens.

2017-01-25

Patienten diskuteras på BU- hälsans behandlingskonferens. Beslut tas att patienten skall avslutas för samtal på mottagningen pga. oförändrat och oroande psykiskt mående samt bedömning att somatisk undersökning behövs. Planerade åtgärder är att kontakta skolan, psykolog och eventuellt skolläkare.

Felhändelse: Med facit i hand.

AIH får inte kännedom om att BU- hälsan avser avsluta patienten för samtal.

Det beror på att BU hälsan hade åtgärder kvar att vidta utifrån sitt uppdrag avseende kontakter med skola mm samt att deras uppdrag inte är tydligt utifrån alla de uppgifter de har och därför inte besvarar remissen omgående.

2017-02-01

Patienten inkommer akut till AIH, patienten är avsvimnad. Bärs in av förälder. Blodsocker, blodtryck kontrolleras och glucosdropp startas. Efter en timme kvicknar patienten till. Akut remiss till BUP skrivs av specialistläkare 2 med frågeställning PTSD (post traumatiskt stressyndrom), apati, svimning. Förälder åker med patienten till BUP akuten, men hänvisas direkt till Barnakuten för somatisk bedömning.

Felhändelse: Med facit i hand.

Patienten remitteras till BUP- akuten då somatiska symtom föreligger.

Detta beror sannolikt på att de somatiska besvären bedömdes orsakats av det psykiska måendet och att de omedelbara somatiska symtomen hade tagits om hand.

2017-02-01 -- 2017-02-02

Träffar specialistläkare 3 på barnakuten som konstaterar samma mentala status som tidigare. Det framkommer att barnet tappat i vikt (5 kg enligt förälder) dock oklart under vilken tidsperiod. Inte ätit eller druckit på fyra dagar. Somatisk undersökning, temp, längd genomförs, utan anmärkning. Vid detta besök kontrolleras patientens vikt, 55 kg (ingen journalförd vikt tidigare). Ordinerar blodprover men då sjuksköterskan skall ta dessa har patienten gått hem pga. att de inte ville vänta längre. Överenskommer per telefon med familjen att de skall återkomma nästa dag för provtagning vilket sker. Underläkare 2 bedömer provsvar som är u.a. Patienten återgår till hemmet i väntan på bedömning på BUP nästa dag

2017-02-03

Patienten kommer åter till BUP-akuten med anledning av den inkomna remissen från AIH. Träffar AT-läkare 1 och Psykolog 1. Bedöms ha samma psykiska tillstånd som tidigare, apatiskt beteende. Suicidrisk bedöms låg men svårbedömd. Vikten av mobilisering betonas. Planeras återbesök på BUP-akuten för uppföljning av mående samt eventuellt behov av somatisk vård. Patienten går hem.

2017-02-08

Återbesök på BUP-akuten hos AT läkare 1. Fortsatt apatisk. Framkommer att barnet matas med stora besvär och maten rinner ut ur munnen. Tappat 0.8 kg i vikt sedan förra besöket (5 dagar). Samråd med ÖL 1. Journalförd bedömning: Inget behov av somatisk bedömning via barnkliniken, fortsatt samtalskontakt planeras med BU- hälsan, somatiskt status skall följas av AIH samt hembesök via AIH:s mobila team. Remiss skrivs till AIH med begäran om uppföljning av somatiskt status samt utskrivning av näringsdrycker.

Felhändelse: Med facit i hand.

1. Patienten aktualiseras inte för BUP:s öppenvård.
2. BU-hälsans team aktualiseras återigen för samtalsstöd.
3. AIH:s remiss besvaras inte, ny skrivs för uppföljning av somatiskt status.

Orsaken är avsaknad av gränsdragningsdokument som tydliggör var en patient som denna skall vårdas samt sannolikt brister i inhämtande av tidigare journalanteckningar som beskrivit att patienten inte är aktuell för BU-hälsans insatser. Ytterligare orsak är brister i remisshantering.

2017-02-14

Besök på AIH hos specialistläkare 4. efter inkommen remiss från BUP med önskemål om undersökning av somatiskt status pga. viktnedgång. Undersökning genomförs samt bedömning av blodprovsvar tagna den 2/2.

Felhandling: Med facit i hand.

1. Vikt kontrolleras inte vid aktuellt besök
2. Plan för fortsatt uppföljning av somatiskt status sker inte
3. Remissen accepteras
4. Näringsdrycker förskrivs inte
5. Utvärdering sömntablett, Propavan, sker inte

Orsak till det inträffade har inte gått att utreda men gränsdragningsdokument som tydliggör var olika vårdinsatser skall ske för en patient som denna saknas.

2017-02-17

Besök i hemmet av AIH mobilt team (socioekonom och beteendevetare) på uppdrag av BU-hälsan. Patienten är nu sängliggande och har inte varit i skolan sedan mitten av januari. Har inte ätit fast föda på tre veckor. Dricker med svårighet. Toalettbesök några gånger /dag. Fortsatt apatisk, talar inte. Svårt för föräldrar att mobilisera barnet pga. svaghet och smärta i kroppen. Konkreta råd ges till förälder om vikten av mobilisering och matintag samt avtal om dagliga försök till ökad aktivitet. Nytt besök bokas.

2017-02-22

Förälder tar patienten oanmäld till BUP-akuten pga. försämrat allmäntillstånd. BUP-personal följer barnet med förälder till barnakuten. Träffar AT-läkare 2. Allt mer apatisk, inte druckit på fyra dagar inte kissat på 4 dagar, inte ätit på en vecka eller haft avföring på en vecka. Smärta i rygg och ben, orkar inte gå/stå. Somatisk undersökning inkluderat vikt (50.8 kg). Patienten bedöms intorkad och vätskeersättning ges via sond. Remiss till BUP för omhändertagande i morgon. Diskuterar patienten med ÖL 1 på BUP som önskar patienten somatiskt stabil innan övertag. AT-läkare 2 journalför att samordning mellan verksamheter behövs. Patienten förbättras under vårdtillfället på barnakuten och återgår till hemmet för fortsatt vård nästa dag på BUP. Sond avlägsnas innan hemgång. Remiss skrivs till BUP med önskan om bedömning nästa dag. Dietist barnkliniken aktualiseras.

2017-02.24

Patienten åter till BUP-akuten. Träffar ST- läkare 1 på akutmottagning. Psykisk försämring, fortsatta nutritionsproblem hemma. Äter och dricker inte. Ej fått tillgång till näringsdrycker som dietist på barnkliniken förskriver. Vikt kontrolleras = 50.4 kg. Inlägges på vårdavdelning på BUP för observation/vätskebehandling. Sondmatning ordinerar. Personal från barnkliniken kommer till BUP och sätter sond. Sondnäring enligt ordination ST-läkare 1 (BUP). Suicidrisken bedöms låg då barnet är apatiskt. Önskemål om samordning av uppföljning via BUP och barnkliniken innan hemskrivning dokumenteras av ST-läkare 1 i journalen

Felhandling: Med facit i hand.

1. Remiss från Barnakuten till BUP besvaras inte. (ännu ej besvarad)
2. Samordning mellan verksamheter planeras men genomförs inte

Orsaken till det inträffade är brister i remisshantering samt att vid tidpunkten för händelsen saknades en fullt fungerande koordinerande funktion på BUP-akuten som håller i planeringen av vårdinsatser.

2017-02-24--2017-02-28

Patienten läggs in på vårdavdelning på BUP. Sondmatas (samverkan med barnkliniken) och blir lite piggare men är fortfarande apatisk. Daglig viktkontroll visar att patienten ökar lite i vikt. Planeras att sondmatning skall genomföras av föräldrarna i hemmet, samt prövas under permission. Information till föräldrar hur sondmatning går till. Musikterapi planeras.

2017-03-01 fm

Patienten har varit på provpermission över natten. Återkommer till avdelningen. Det har gått bra med sondmatningen i hemmet. Diverse praktiska detaljer så som sondmatningsutrustning, träff med dietist ordnas för en längre permission. Samordnad individuell plan (SIP) med socialtjänst, BU hälsan, AIH planeras av BUP enligt journalanteckning av dietist från barnkliniken. Medicinska kontroller skall ske av barnkliniken beskrivs i samma anteckning.

2017-03- 06

Barnet kommer åter till BUP efter att ha varit på permission sedan den 1 mars. Har fungerat med sondmatningen i hemmet. Diverse kontakter tas per telefon. Patientens psykiska mående är oförändrat, d.v.s. ger ingen kontakt vare sig formellt eller emotionellt enligt ST-läk 2. Suicidrisken bedöms som låg men är svårbedömd utifrån att patienten inte kommunicerar. Enligt journalanteckning bedöms att det inte finns behov av fortsatt psykiatrisk slutenvård utan fortsatt uppföljning kan ske via AIH och BU-hälsan. Ingen planerad uppföljning på BUP, får höra av sig vid behov.

Felhändelse: Med facit i hand.

1. Otydligt vilken verksamhet som har ansvaret för patienten vid utskrivning från slutenvården
2. Medicinsk uppföljning/utvärdering av sond/sondmatning uteblir
3. Psykiatrisk specialistvård avslutas

Orsaken till det inträffade är att AIH och Barnkliniken inte få kännedom om att patienten skrivs ut från BUP. BUP vården avslutas eftersom patienten inte uppfyller kriterierna för BUP öppenvård. Gränsdragningsdokument saknas som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå för en patient som denna.

2017-03-08 -2017-03-10

AIH:s mobila team gör hembesök hos patienten på uppdrag av BU-hälsan. Teamet signalerar till BU-hälsan att patienten har behov av medicinska insatser pga. matsituationen mm. Flera anteckningar i journalen av icke medicinsk personal om de somatiska behov patienten verkar ha. BU-hälsan journalför behov av SIP

Felhändelse: Med facit i hand.

Somatiska behov uppmärksammas men omhändertaras inte

Det beror på att mobila teamets uppgift är att stödja och coacha patienter och deras familjer i hemmet.

2017-03-17

SIP planeras av BU-hälsan och därefter kommer insatsen från BU-hälsan att avslutas. AIH kallas till SIP via digitala journalens meddelandefunktion till berörda parter.

Felhändelse: Med facit i hand.

Konversation angående SIP förs via mejlkonversation och denna klistras in i patientjournalen

Orsaken till detta är att AIH inte använder planeringsprogrammet Prator eftersom detta inte kan användas till patienter som saknar fullständigt personnummer.

2017-03-22

Patienten mår nu psykiskt sämre efter en allvarlig incident (brand) i en närbelägen bostad och tvingades då tillfälligt fly hemmet. Patienten går nu inte själv på toaletten, är urin-inkontinent och behöver inkontinensskydd som förskrivs av distriktssköterska (DSK) på AIH.

Felhändelse: Med facit i hand.

1. Patienten remitteras inte till Barnkliniken för utredning av inkontinens
2. DSK på AIH förskriver inkontinensmaterial

Den troliga orsaken till detta är att barnets behov av hjälp var omedelbar och behandlare ville för patientens bästa snabbt hjälpa till och därefter har förskrivningen fortsatt. Styrdokument som reglerar förskrivning av inkontinenshjälpmedel till barn har inte följts.

2017-03-30

Specialistläkare 2 träffar patienten på AIH pga. Migrationsverkets begäran om intyg. Konstateras försämrat tillstånd sedan läkaren träffade patienten senast. Nu rullstolsburen, sondmatas och är helt apatisk, gått ner i vikt.

Bedömning: Patienten behöver vård och behandling. Intyg utfärdas. Team-möte skall äga rum nästa dag. Vikt= 42 kg

Felhändelse: Med facit i hand.

Den låga vikten ifrågasätts inte

Sannolikt beror detta på att AIH inte hade någon tidigare journalförd vikt i sin journal att jämföra med och andra klinikers journalanteckningar har inte inhämtats.

2017-03-31

Samverkansmöte med patient och familj med deltagare från berörda verksamheter genomförs. Deltagande professioner är läkare (AIH), psykolog (BUP), kurator (BU- hälsan), sjuksköterska, (AIH), socionom (AIH)

Felhändelse: Med facit i hand.

Representation från Barnkliniken saknas vid samverkansmötet.

Orsaken till det inträffade är att det är oklart vilka verksamhet som har det medicinska ansvaret för patienten och därför har inte alla berörda parter kallats till mötet. Det saknas ett gränsdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå för en patienter som denna.

2017-04-06

Barnet kommer till Barnkliniken på bokad halvakt tid till underläk 2. Viktnedgång. Sondmatas, kissar och bajsar i blöja. Vikt 53,1 kg. UL-läkare konsulterar sin ÖL. Åtgärden blir att man ska hålla koll på patientens somatiska mående genom fortsatta viktkontroller vid BUP. Dietist på barnkliniken kan fortsätta skriva ut sondnäring enligt journalanteckning. Vid behov av ytterligare somatiska bedömningar är man välkommen att inkomma med ny remiss.

Felhändelse: Med facit i hand.

1. Barnkliniken tar inte över ansvaret för patientens somatiska vård
2. Inget återbesök för kontroll/byte av sond planeras

Sannolikt känner läkaren inte till den vårdplanering som genomförts tidigare som föranlett detta besök och antar att omhändertagande av sonden sköts av annan verksamhet.

2017 sommaren

Insatser har genomförts på senare tid i hemmet i form av hjälpmedel mm. Patienten avslutas på BU-hälsan och tas över av specialistvården. Regelbundna besök sker på BUP, samt i musikterapi. Patienten är fortsatt apatisk, sondmatas och använder inkontinensskydd. Patienten fick sonden bytt på barnakuten 30/8, efter drygt 6 månader, då pga. kräkning som orsakade att sonden kom ut ur munnen. Oklara ansvarsförhållanden fortgår.

4.2 Bakomliggande orsaker

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

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Teknik, utrustning & apparatur

Kommunikation & information

- ✓ Bristfälligt inhämtande av journaluppgifter

Omgivning & organisation

- ✓ Avsaknad av gränsdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande patient som denna
- ✓ Bristande rutiner gällande vårdinsatser
- ✓ Prator kan inte användas då fullständigt personnummer saknas. Asylsökande saknar svenskt personnummer

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- ✓ Brister i rutin avseende hur återbesök/uppföljning/utvärdering av läkemedel skall gå till
- ✓ Bristfällig/otydlig remisshantering
- ✓ Det saknades vid tidpunkten för denna händelse koordinerande funktion på BUP som håller i planeringen och samordning av vårdinsatser och ansvarsfördelning
- ✓ Gemensam vårdplanering som tydliggör ansvar, roller, uppföljning mm genomförs inte med berörda parter

Utbildning & kompetens

- ✓ Bristande kunskap alternativt följsamhet till rådande styrdokument gällande utredning/förskrivning av inkontinens/hjälpmedel till barn
- ✓ Brister i journalföring avseende vad som är journalanteckning och vad som är mejlkonversation
- ✓ Brister i vård och behandling.
- ✓ Okunskap om hur och av vem näringsdrycker kan förskrivas inom primärvården för patienters som denna.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård för patienten men den är också en informationskälla för uppföljning och utveckling av verksamheten (Patientdatalag, 2008:355 3 kap. 2 §)

- ✓ BU- hälsans dokumentation bör ses över. Detta gäller särskilt hur sökord används och hur åtgärder dokumenteras. Användningen av sökorden *administration* och *kontaktsak* kan behöva ses över för ökad tydlighet.
- ✓ BUP: Då en patient remitteras vidare från BUP- akuten till t.ex. Barnakuten bör sådan åtgärd dokumenteras i journal. Enbart text i remiss gör inläsning av händelseförlopp försvårande.
- ✓ Då remissvar skickas till remittent från BUP till verksamhet utanför Psykiatrin måste remittenten bryta sekretesstaket för att kunna ta del av innehållet. Regionövergripande beslut har tagits som innebär att sekretesstaketen upphör från den 1 mars 2018.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader har inte beräknats.

4.5 Åtgärdsförslag

- ✓ Besluta i Regionen hur kallelse till VPL/SIP skall gå till då patienter saknar personnummer
- ✓ Besluta på Barnkliniken hur ansvarsfördelningen skall se ut avseende uppföljning mm av sond då kliniken bistår annan klinik med sonsättning/behandling. Följ upp med riktad journalgranskning
- ✓ Instruktion 7498 (Skattefinansierade inkontinenshjälpmedel..) avsnitt "Förskrivning till barn" behöver förtydligas avseende omfattningen av distriktssjuksköterskans förskrivningsrätt
- ✓ Koordinatorfunktionen på BUP akuten har sedan denna händelse förbättrats. Se över om ytterligare förbättringar behövs så att funktionen (ej person) kan säkras vid alla tidpunkter
- ✓ Skapa rutin för uppföljning av insatta läkemedel på AIH
- ✓ Skapa rutin/säkerställ följsamhet till instruktioner i ledningssystem 22931(Remisshantering i Cosmic R 8.1). Checklista 23336 (Roller och ansvar för remisshantering i Cosmic R 8.1) kan användas som stöd för lokal anpassning. Lagstiftning för remisshantering beskrivs i SOSFS 2004:11. Följ upp med journalgranskning.

- ✓ Säkerställ att behandlare tar del av tidigare journalanteckningar inkluderat anteckningar från annan verksamhet vid behov
- ✓ Säkerställ att gemensam vårdplanering sker innan utskrivning från slutenvården (BUP) av patient som denna. Skapa rutin för detta.
- ✓ Säkerställ att medarbetarna på AIH har kännedom om/följsamhet till styrdokument 7498 gällande förskrivning av skattefinansierade inkontinenshjälpmedel. Överväg även om Barnklinikens dokument 4185 kan vara tillämpligt.
- ✓ Utarbeta ett behandlingsprogram för uppgivenhetsyndrom i Regionen. Utgå från Socialstyrelsens dokument i vilket det betonas vikten av tvärprofessionell samverkan, somatisk undersökning/provtagning, differentialdiagnostik, samordning mellan olika instanser samt handlingsplan för tillståndets konsekvenser avseende t.ex. risk för kontrakturer, trycksår mm. Ansvarsfördelning/ samverkan mellan verksamheter bör ingå inklusive externa parter. Överväg metodstöd från utvecklingsenheten i detta arbete.
- ✓ Utarbeta samverkansdokument BUP/primärvård inkluderande BU hälsan. Dokumentet skall innehålla vilka diagnoser/tillstånd som behandlas och vem som har medicinskt ansvar, på respektive vårdnivå i Regionen. Beakta nationellt kliniskt kunskapsstöd. Överväg metodstöd från utvecklingsenheten i detta arbete.

Följande åtgärder har vidtagits innan denna utredning påbörjades:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Upprättande av avvikelserapporter	4 avvikelser	BUP/AIH/Barnkliniken	

5 Konklusion

Det tydliggörs i detta händelseförlopp att patientens kontakter med hälso- och sjukvården sker utan att de olika vårdgivarna uppmärksammar var patienten har sin medicinska tillhörighet i organisationen och samordning/ansvarsfördelning uteblir därmed. Detta leder till att remisser skickas mellan verksamheter för att åtgärder/uppföljningar skall ske av de olika vårdgivarnas insatser. Om ett samverkandokument som tydliggör ansvar och roller mellan verksamheter, och behandlingsprogram för patienter i riskzonen för, eller med utvecklat uppgivenhetsyndrom utarbetas borde bättre förutsättningar finnas för god och säker vård för patienter som denna.

Analysledarna anser att utredningens syfte har uppfyllts. Effekt av genomförda åtgärder kommer att följas upp med berörda verksamheter efter ca 6 månader.

6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	140
För analysteam + Informanter (intervjuer, återkoppling etc.)	55
SUMMA	195

7 Verksamheternas kommentarer

7.1 Åtgärder

BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)

	Åtgärd	Förslag/kommentar	Ansvar	Tidsplan
1.	Vårdprogram "Uppgivenhetsyndrom" ska tas fram	BUP föreslår att utse en arbetsgrupp bestående av representanter från alla berörda verksamheter BK, AIH och BUP.	Chöl. BUP	30/4- 2018
2.	Samverkansdokument BUP-Primär vård	Arbetsgrupp finns, arbetet har redan startats med fokus på remisshantering	ROC BUP	Genomförandeplan finns, 31/12-2018
3.	Rutiner finns att behandlare ska ta del av information som finns i journal	I vissa fall kan tidsbrist leda till att detta inte görs tillräckligt, eller att behandlaren missar viktig information. Jag tycker inte att det går att åtgärda detta. Förslag att gemensam vårdplanering görs och SBAR används.		
4.	Koordinatorfunktionen ska förbättras på BUP akut avdelning.	Uppdraget till exp. sjuksköterska och ansvarig läkare på avd. 99 ska förtydligas i en uppdragsbeskrivning som ska inkludera åtgärder vid bristande bemanning.	EC Avd. 99 BUP	30/3 - 2018
5.	Säkerställ gemensam vårdplanering inför utskrivning från avd. 99.	Rutiner/checklista gällande utskrivning ska tas fram	EC Avd. 99 BUP	30/3 - 2018
6.	Skapa rutin/säkerställ följsamhet till instruktioner i ledningssystem 22931. Checklista 2336 kan användas som stöd för lokal anpassning. Lagstiftning för remisshantering beskrivs i SOSFS 2004:11. Följ upp med journalgranskning.	Åtgärder vidtas inom BUP i samband med framtagande av samverkansdokument BUP – Primär vård. Lokal instruktion "Remisshantering på BUP" ska tas fram	ROC BUP	30/4 - 2018

BUH (Barn- och Ungdomshälsan)

Delaktighet i upprättande av samverkansdokument mellan BUP och primärvård under 2018.

Lokala rutiner för remisshantering upprättas (enligt övergripande instruktion 22931) och läggs in i ledningssystemet. Utifrån ny organisation så tar mottagningen enbart emot remisser från skolhälsovården. Övrig vård bedrivs genom länets vårdcentraler och kräver ej intern remiss.

Journalföring och dokumentation ses över sedan mars 2017 av andra orsaker, det arbetet fortsätter där fokus läggs också på det som framkommit i föreliggande händelseanalys. Utbildning i diagnosställande har skett 13 november i samband med utvecklingsarbetet, vilket förbättrat journalerna då de blivit mer systematiska. Mer arbete med detta återstår.

AIH (Asyl- och Integrationshälsan)

Förklara vikten för våra behandlare att läsa samtliga anteckningar, även om dessa är sekretessbelagda. Våra behandlare / sjuksköterskor har dock velat ha ok från läkare innan de läser sekretessbelagd information. Sekretessen till BUP / Psyk försvinner 1 mars.

Tidplan: APT 17 jan 2018

Förslag i Cosmic: Spärr till journaler inom BUP, BUH och Vuxenpsykiatri, bör ge åtkomst till samtliga anteckningar från samma vårdgivare. Som det är nu måste man motivera för varje enskild anteckning, och för varje gång man behöver titta i journalen. Tillkomst bör gälla för en viss tid, t ex en vecka, då man ofta behöver gå in i journalen igen i närtid.

Gällande ledningsdokument 7498, förskrivning av skattefinansierade inkontinenshjälpmedel, så känner personalen till den. Vi anser dock att vi i detta aktuella fall agerade korrekt då situationen var väldigt speciell och behovet akut. Vi borde dock ha skickat remiss till barnkliniken.

Åtgärd: Återkoppling berörd personal

Rutin för uppföljning av läkemedelsordination finns och bokas av ssk i samband med läkarbesök. I det aktuella fallet var det en tillfällig hyrläkare som ordinerade medicinen. Han slutade hos oss samma vecka.

Åtgärd: Händelsen gås igenom med våra doktorer:

Tidsplan: 9 jan 2018

Vi går igenom rutin för att säkerställa följsamhet till instruktioner i ledningssystem 22931 gällande remissrutiner med våra läkare. Ansvar hos oss för remisshantering uppdateras och checklistan i ledningssystemet dok 23336 tydliggörs på APT 21 feb 2018.

Tidsplan: 9 jan + 21 feb 2018

Barnkliniken

Det finns sedan tidigare en instruktion i ledningssystemet nr 33976 (Sond i hemmet Barnkliniken) som vi skall uppdatera samt påminna om i vår verksamhet. Gastro-ssk skall sedan ansvara för att dessa patienter följs upp.

Chefläkare

Möte är inplanerat med förvaltning av vårdplaneringssystem PRATOR för att säkerställa rutiner kring SIP för de utan personnummer. Möte är även inplanerat tillsammans med integrations strateg angående utskrivningsprocessen för Asylsökande och tillståndslösa. Beslut kommer sedan att tillställas Integrations strateg för implementering.

Borttagandet i elektronisk journal COSMIC av de av Regionen egenkonstruerande sekretessgränserna den 1:a mars 2018 har föregåtts av ett arbete under två års tid av förbättrade loggkontroller, rutiner för behörighetstilldelning, utbildning av personalen samt förbättrade och mer tillgängliga rutiner för patientens rätt att spärra sin journal.

7.2 Återkoppling

BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)

	Aktivitet	Ansvar	Tidsplan
1.	Återkoppling i ledningsgruppen	ROC	24/1- 2018
2.	Återkoppling på enhetsnivå	EC-er	Febr. - 2018
3.*	Återkoppling till patient/vårdnadshavare	Oklart vem gör detta, AIH eller BUP, eller tillsammans?	Jan 2018
4.	Information till brukarorganisationerna	ROC	15/1-2018

* Chefläkare informerat via mejl (31/1-17) till verksamheterna att AIH informerar vårdnadshavare/patient

BUH (Barn- och Ungdomshälsan)

Återkoppling i ärendet till personal sker via APT 31 januari, där vikten av god journalföring särskilt betonas. Återkoppling till patienten och närstående sker inte från BU-hälsan utifrån bedömningen att den bör ske från BUP. *

AIH (Asyl- och Integrationshälsan)

Vi kommer att gå igenom händelseanalysen på APT den 17 jan 2018.

Barnkliniken

Händelseanalysen tas upp på läkarmöte samt med mottagningens gastrosköterskor.

Chefläkare

Återkoppling sker via integrations strateg.

7.3 Uppföljning

BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)

Uppföljning sker kontinuerligt av patientsäkerhetssamordnare och eventuell avvikelse ifrån planen rapporteras till ROC.

Uppföljning av händelseanalys planeras 28/5-2018.

BUH (Barn- och Ungdomshälsan)

Uppföljning av upprättande av samverkansdokument sker under kontinuerliga möten mellan PV och BUP under 2017-2018. Beräknas vara klart vid årets slut. Vidare rutiner för uppföljning av hur samarbetet fungerar utarbetas under samma tid.

Journalgranskningar genomförs enligt handlingsplan för förbättringar i journalskrivning och ställande av adekvata diagnoser i styrkort 2018. Journalgranskningar kommer att ske vid två tillfällen (mars 2018 och augusti 2018) i ledningsgruppen.

AIH (Asyl- och Integrationshälsan)

Uppföljning maj 2018

Barnkliniken

Ingen planerad uppföljning förutom den planerade gemensamma uppföljningen.

Chefläkare

Uppföljning sker gemensamt av händelseanalysen den 28:e maj 2018.

8 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
BUP	Barn och ungdoms psykiatri
AIH	Asyl och integrationshälsan
LM	Läkemedel

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan