

2016 september

2016- 09- 08

2016- 09- 14

2016- 10- 06

2016- 11- 08 - 2017- 01- 19

2017- 01- 25

Barn (patient) i nedre tonåren i 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 upplevt krig på nära håll.

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

2. 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 journalføres som svårbedömd pga den lilla kontakt UL 1 får med patienten.

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

3. 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 på 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.

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

4. Patienten med förälder kommer till BU hälsan för samtalsstöd med kurator och psykolog efter inkommen remiss från AIH. Under tidsperioden gör patient och förälder 4 besök på mottagningen. Framkommer i journal 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 behandla oras. Planen är att patienten skall diskuteras på behandlingskonferens.

5. 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 ev skolläkare.

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

Remissvar till remittenten skickas inte förrän alla kontakter (i detta fall skola, skolläkare mm) är tagna vilket kan dröja.

BU hälsans uppdrag är inte tydligt avgränsat varför många uppgifter behöver tas om hand

1. Kriterierna som är LM behandling samt långvarig samtalsbehandling med tydliga mål på specialistnivå för öppenvård uppfylls inte

2. Behandlande läkare utgår sannolikt från att somatiskt status är genomfört

3. Orsak inte klarlagd i detta fall men det förekommer att ny remiss skickas istället för att den inkomna besvaras.

1. Orsak har inte gått att klarlägga, men förälder kan ha uppmanats boka tid själv

2. Anledningen till besöket är en inkommen remiss från BUP med förfrågan om uppföljning av sömn och psykiskt mående

3. Otydliga ansvarsförhållanden mellan primärvård och BUP

Ny remiss omhändertaras snabbare än remissvar eftersom remissvar går till avsändaren, ny remiss till enhet.

Omgivning & organisation
Avsaknad av gränsdragningsdokument och vårdprogram som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande en patient som denna

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bristfällig/ otydlig remisshantering

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Brist i rutin avseende hur återbesök/ uppföljning/ utvärdering av LM skall gå till

Omgivning & organisation
Avsaknad av gränsdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande en patient som denna

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bristfällig/ otydlig remisshantering

Utarbeta ett behandlingsprogram för uppgivenhetssyndrom 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. Ansvarfördelning/ samverkan mellan verksamheter bör ingå inkl 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.

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.

Skapa rutin för uppföljning av insatta LM på AIH

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.

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.

2017- 02- 01

2017- 02- 01 - 2017- 02- 02

2017- 02- 03

2017- 02- 08

2017- 02- 14

2017- 02- 17

6. 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, hänvisas direkt till barnakuten för somatisk bedömning.

Patienten remitteras till BUP akuten då somatiska symtom föreligger.

7. Träffar specialistläkare 3 på barnakuten som konstaterar samma mentala status som tidigare. Framkommer att barnet tappat i vikt (5 kg enl förälder) dock oklart under vilken tidsperiod. Inte ätit eller druckit på fyra dagar. Somatisk undersökning, temp, längd genomförs, ua. 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 ua. Patienten återgår till hemmet i väntan på bedömning på BUP nästa dag

8. 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 åb på BUP- akuten för uppföljning av mående samt ev behov av somatisk vård. Patienten går hem.

9. 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 till AIH med begäran om uppföljning av somatiskt status samt utskrivning av näringsdrycker

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

10. 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 blodprovsvär tagna den 2/ 2.

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 sömntabl, Propavan sker inte

11. Besök i hemmet av AIH mobilt team (socioinom 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 svag och har ont i kroppen. Konkreta råd ges till förälder om vikten av mobilisering och matintag samt avtal om dagliga försök till ökad aktivitet. Nytt besök bokas.

De akuta somatiska symtomen har tagits om hand och sannolikt bedöms de somatiska symtomen vara orsakade av den psykiska ohälsan

Differentialdiagnostiskt resonemang sker inte

1. Kriterierna som är LM behandling samt långvarig samtalsbehandling med tydliga mål på specialnivå för öppenvård uppfylls inte

2. Sannolikt okunskap om att BU hälsans tidigare vårdinsatser inte varit framgångsrika och därför avslutat patienten.

3. Orsak har inte gått att utreda i detta fall men det förekommer att remisser inte besvaras. i stället skriv ny remiss

1. och 2. Orsak har inte gått att utreda

3. Sannolikt uppfattar läkaren inte att patienten är avslutad på BUP utan behandlar ärendet som en förfrågan från BUP som har fortsatt vårdkontakt med patienten

4. Orsak har inte gått att utreda

5. Orsak har inte gått att utreda men sannolikt har fokus vid detta besök varit på den inkomna remissens frågeställningar

Ny remiss omhändertaras snabbare än remissvar eftersom remissvar går till avsändaren, ny remiss till enhet.

Omgivning & organisation
Avsaknad av gränsdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande patient som denna

Kommunikation & information
Bristfälligt inhämtande av journaluppgifter

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bristfälligt/ otydlig remisshantering

Utbildning & kompetens
Brist i vård och behandling

Omgivning & organisation
Avsaknad av gränsdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande patient som denna

Utbildning & kompetens
Okunskap om hur och av vem näringsdrycker kan förskrivas inom primärvården för patienter som denna.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Brist i rutin avseende hur återbesök/ uppföljning/ utvärdering av LM skall gå till

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.

Säkerställ att behandlare tar del av tidigare journalanteckningar inkluderat anteckningar från annan enhet vb

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.

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.

Utarbeta ett behandlingsprogram för uppgivenhetssyndrom 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 rsk för kontrakturer, trycksår mm. Ansvarfördelning/ samverkan mellan enheter bör ingå inkl externa parter. Överväg metodstöd från utvecklingsenheten i detta arbete.

Skapa rutinen för uppföljning av insatta LM på AIH

2017- 02- 22

2017- 02.24

2017- 02- 24 - 2017- 02- 28

2017- 03- 01 fm

2017- 03- 06

2017- 03- 08 - 2017- 03- 10

12. 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. 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 akuten med önskan om bedömning nästa dag. Dietist barnkliniken aktualiseras.

13. Patienten åter till BUP. 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

1. Remiss från Barnakuten till BUP besvaras inte. (ännu ej besvarad)

2. Samordning mellan enheter planeras men genomförs inte

14. Inlagd 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.

15. Varit på provpermission över natten. Återkommer till avdelningen. Gått bra med sondmatningen hemma. Diverse praktiska detaljer så som sondmatningsutrustning, träff med dietist ordnas för en längre permission. SIP möte med socialtjänst, BU hälsan, AIH planeras av BUP enligt journalanteckning av dietist från barnkliniken. Medicinska kontroller skall ske av barnkliniken beskrivs i samma anteckning.

16. Åter till BUP efter att ha varit på permission sedan den 1/ 3. 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 från BUP, får höra av sig v.b.

1. Otydligt vilken enhet som har ansvaret för patienten vid utskrivning från slutenvården

2. Medicinsk uppföljning/ utvärdering av sond/ sondmatning uteblir

3. Psykiatrisk specialistvård avslutas

17. AIH mobilt team gör hembesök hos patienten på uppdrag av BU hälsan. 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

Somatiska behov uppmärksammas men omhändertas inte

1. Orsak har inte gått att utreda

2. Orsak har inte gått att utreda

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Bristfällig/ otydlig remisshantering

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Det saknades vid tidpunkten för denna händelse koordinerande funktion på BUP akuten som håller i planeringen och samordning av vårdinsatser och ansvarfördelning

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.

Koordinatorfunktionen har sedan denna händelse förbättrats. Se över om ytterligare förbättringar behövs så att funktionen (ej person) kan säkras vid alla tidpunkter

1 och 2. AIH och Barnkliniken får inte kännedom om att patienten skrivs ut från BUP

3. Kriterierna som är LM behandling samt långvarig samtalsbehandling med tydliga mål på specialistnivå för öppenvård uppfylls inte

BU hälsan och AIH:s mobila team förväntas sannolikt kunna tillgodose patientens behov.

Mobila teamets uppgift är att stödja / coacha familjer/ patienter i hemmet.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Gemensam vårdplanering som tydliggör ansvar, roller, uppföljning mm genomförs inte med berörda parter

Omgivning & organisation

Avsaknad av gransdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande patient som denna

Säkerställ att gemensam vårdplanering sker innan utskrivning av patient som denna. Skapa rutin för detta.

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.

2017-03-17

2017-03-22

2017-03-30

2017-03-31

2017-04-06

2017 sommaren

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

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

19. 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 DSK på AIH.

1. Patienten remitteras inte till Barnkliniken för utredning av inkontinens

2. DSK på AIH förskriver inkontinensmaterial

20. 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

Den låga vikten ifrågasätts inte

21. 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)

Representation från Barnkliniken saknas vid samverkansmötet.

22. Kommer till Barnkliniken på bokad halvaktid till underläk 2. Viktnedgång. Sondmatas, kissar och bajsar i blöja. Vikt 53,1 kg. UL- läkare konsulterar sin OL. Atgårderna 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.

1. Barnkliniken tar inte över ansvaret för patientens somatiska vård

2. Inget återbesök för kontroll/ byte av sond planeras

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 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 i munnen. Oklara ansvarförhållanden fortgår

AIH använder inte Prator

1. och 2. Orsak har inte gått att utreda. En trolig förklaring är att barnets behov av hjälp var omedelbar och behandlare ville för patientens bästa snabbt hjälpa till och därefter har förskrivning fortsatt

Orsak har inte gått att utreda men en trolig orsak är att AIH inte hade tidigare vikt att jämföra med i journalanteckning från sin egen verksamhet.

Barnkliniken har inte kallats till mötet

Det är oklart vilka enheter som ansvarar för patientens medicinska vård och fast vårdkontakt saknas på involverade verksamheter

1. Läkaren känner sannolikt inte till den VPL som genomförts tidigare som föranlett detta besök

2. Barnkliniken antar sannolikt att omhändertagande av sonden sköts av annan enhet

Utbildning & kompetens
Bristar i journalföring avseende vad som är journalanteckning och vad som är mejlkonversation

Omgivning & organisation
Prator kan inte användas då fullständigt personnummer saknas. Asylsökande saknar svenskt personnummer.

Utbildning & kompetens
Bristande kunskap alternativt följsamhet till rådande styrdokument gällande utredning/ förskrivning av inkontinens/ hjälpmedel till barn

Kommunikation & information
Bristfälligt, inhämtande av journaluppgifter

Omgivning & organisation
Avsaknad av gransdragningsdokument som tydliggör vårdinsatser och vårdnivå gällande patient som denna

Omgivning & organisation
Bristande rutiner gällande vårdinsatser

Besluta i Regionen hur kallelse till VPL/ SIP skall gå till då patienter saknar personnummer

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.

Instruktion 7498 avsnitt Förskrivning till barn behöver förtydligas avseende omfattningen av distriktssjuksköterskans förskrivningsrätt

Säkerställ att behandlare tar del av tidigare journalanteckningar inkluderat anteckningar från annan enhet vb

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.

Utarbeta ett behandlingsprogram för uppgivenhetsyndrom i Regionen. Utgå från Socialstyrelsens dokument som betonar 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. Ansvarfördelning/ samverkan mellan enheter bör ingå inkl externa parter. Överväg metodstöd från utvecklingsenheten i detta arbete.

Besluta på Barnkliniken hur ansvarfördelningen skall se ut avseende uppföljning mm av sond då kliniken bistår annan klinik med sondsättning/ behandling. Följ upp med riktad journalgranskning