

Kunskapsbanksnummer: KB2163301

Datum: 2018-06-04

## **Händelseanalys**

**Själv mord i nära anslutning till psykiatrisk öppenvård**

Maj 2017

## Sammanfattning

Analysen avser en yngre ensamboende patient med ångestproblematik, ospecificerad bipolär sjukdom och ätstörningar som behandlas på dagsjukvården. Patienten står i kö för DBT (dialektiskt beteende terapi) behandling. Tidigare hade patienten ibland självmordstankar men förnekade konkreta planer, därför bedömdes självmordsrisken som låg. Patienten gjorde ett tidigare självmordsförsök för ca 4 år sedan.

Drogmissbruk är också känt sedan 4 år tillbaka. Under sin behandling på dagsjukvården hade patienten ganska många besöksavvikelser. Försvårande tillkommer att en vän till patienten begick självmord för ca två veckor sedan vilket leder till skuld känslor hos patienten. Patienten behandlas i vuxenpsykiatriska öppenvården och skrivs sedan akut in på vuxenpsykiatrisk akutvårdsavdelning för psykisk stabilisering vid försämring av självmordstankar i fem dagar.

Fortsatt behandling sker via dagsjukvården samt ett flertal kuratorsbesök. Under vårdtiden uppmärksammas ganska många besöksavvikelser (uteblivna besök) vilka patienten förklarar med somatiska besvär. Under vårdförloppet blandas även försörjningsenheten och biståndshandläggaren in då patienten blir arbetslös. Trots detta bedöms självmordsrisken fortfarande som låg.

Patienten avlider genom självmord två dagar efter ett besök på dagsjukvården.

Analysteamet bedömer som viktigaste felhändelsen att ingen SIP (samordnad individuellt plan) eller vårdplanering gjordes under hela patientens sjukdomsresa. Dock hänvisas till att begreppet SIP var infört men rutinen hur den skulle användas var inte utarbetad när händelsen skedde.

Det mobila teamet informeras inte om patientens kontakt med psykiatriska akutvårdsavdelningen och en uppdragsanmälan görs inte, möjligtvis beroende på att man uppfattar kontakten med akuten som önskan om läkemedelsjustering och inte relaterat till självmordstankar.

Analysteamet anser patienten som lämplig för Apodos (apoteket dosförpackar läkemedel för patienter), men detta sätts aldrig in. Det ses som en följd av bristfällig kommunikation mellan vuxenpsykiatrisk akutvårdsavdelningen och psykiatriska öppenvården.

### **Analysteamet föreslår:**

Påtala och utbilda berörd personal om vikten av SIP eller en vårdplanering och varför den krävs.

Se över och eventuellt uppdatera rutiner för uppdragsanmälan och skapa en mall med frågor om självmordsrisk för akuten.

Påtala vikten av kommunikation mellan enheter med berörd personal och att utbilda om de rutiner som finns.

Kunskapsbanksnummer: KB2163301

Utbilda berörd personal om vikten av en tydlig dokumentation i journalsystem genom t.ex. ta upp det vid APT eller liknande.

Att se över rutiner för uteblivna besök som verkar har följts upp bara med telefonsamtal.

Att skapa en rutin kring uppföljning av positiva drogtestar samt att utbilda personalen om den.

## 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 .....	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång .....	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling .....	7
6.3	Uppföljning .....	7
7	Ordförklaringar .....	8
8	Bilagor.....	9

## 1 Uppdrag

Genomföra händelseanalys i ärende där patient suiciderat i nära anslutning till kontakt med psykiatrin.

### 1.1 Uppdragsgivare

Skaraborgs Sjukhus  
Västra Götalandsregionen

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-06-08

Startdatum: 2017-06-08

### 1.3 Återföringsdatum

2018-08-06

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll / titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare / Vårdadministratör	Skaraborgs Sjukhus/Område M
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Vice analysledare / Övriga personer	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Psykolog	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Vice analysledare / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal (kurator, sjuksköterska och läkare)
- intervju med anhörig
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner om behandling av patienter med självmordsrisk

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

Utgångsläge

En yngre ensamboende patient med ångestproblematik, ospecificerad bipolär sjukdom och ätstörningar behandlas på dagsjukvården. Patienten står i kö för dialektiskt beteende terapi (DBT) behandling. Patienten har ibland suicidtankar men förnekar konkreta planer, suicidrisken bedöms som låg. Ett tidigare självmordsförsök för ca 4 år sedan. Drogmisbruk 4 år sedan.

Patienten har många besöksavvikelser.

Ca 2 veckor innan dag 1 begick en vän självmord, vilket leder till skuld känslor hos patienten.

1.

Dag 1: Kuratorbesök

Återbesök.

Patient träffar kuratorn för besök.

Patienten bedöms att vara i behov av läkarbesök för läkemedelsöversyn.

2.

Dag 14: Läkarbesök

Akutbesök samt bedömningssamtal.

Patienten kommer till psykiatrisk akutmottagningen pga. ångest och suicidtankar. Patienten bedöms ej som vårdintygsmässig, eftersom självmordsrisken anses som låg.

HAD: Ångest 15 poäng, depression 10 poäng

(HAD: Hospital Anxiety and Depression skala som är ett enkelt självskattningsformulär och ger ett

mått på patientens sinnesstämning där 8 till 10 poäng betyder möjligt ångest eller depression och poäng över 11 talar för ångest eller depression).

AUDIT: 0 poäng

(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion där 0 - 7 poäng betyder inga eller låg nivå av problem).

DUDIT: 0 poäng.

(DUDIT: Drug Use Disorders Identification Test är ett bedömningsinstrument som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem där 0 poäng betyder ingen droganvändning).

Uppföljning genom mobila teamet planeras för samma dag. En urinsticka visar ett negativt resultat.

3.

Dag 14: Telefonsamtal

Telefonanteckning mobila teamet.

Uppdraget har inkommit från psykiatrisk akutmottagningen.

Patienten rings upp för uppföljning av patientens mående och självmordstankar. Patienten mår "mycket bättre idag". Kuratorn som är fast vårdkontakt underrättas. Uppföljning hos kuratorn görs följande dag.

4.

Dag 15: Kuratorbesök

Återbesök.

Patienten har fortsatt självmordstankar men förnekar planer. Patienten bedöms vara nedstämd och i behov av läkarbesök, dock låg självmordsrisk. Patient uppger att ha skulder vilket känns mycket jobbigt.

Kuratorn planerar att kontakta kommunens skuldrådgivning, dietist och anhöriga. Dessutom ska läkarbesök för uppföljning bokas.

**Felhändelse:** Vårdplanering eller SIP saknas.

**Orsak: 1:** Fast vårdkontakt verkar ha etablerat en bra kontakt med patienten och vårdplanering bedöms inte aktuellt (Obs. Detta är bara den mest sannolika orsak analysteamet kommer fram till).

**2:** SIP initierades inte.

**Bakomliggande orsak:** Begreppet SIP var infört men rutinen hur den skulle användas var inte utarbetad.

5.

Dag 18: Telefonkontakt

Kuratorn ringer upp patientens mor (efter patientens medgivande), som framför att hon är orolig för sonens ekonomi. Patientens mor informeras om senaste återbesök.

**Felhändelse:** Vårdplanering/SIP saknas

**Orsak:** se punkt 4.

**Bakomliggande orsak:** se punkt 4.

6.

Dag 25: Telefonkontakt psykiatrisk akutmottagningen

Patienten ringer psykiatrisk akutmottagningen eftersom hen upplever "jobbig" ångest. Önskar byte av medicin. Patienten uppmanas kontakta öppenvården nästa dag, vilket patienten inte gör.

**Felhändelse:** Mobila teamet informeras inte om patientens kontakt med psykiatrisk akutmottagning.

**Orsak:** En uppdragsanmälan från psykiatrisk akutmottagningen till öppenvården görs inte. Patienten hade ett inplanerat uppföljningsbesök 4 dagar senare vilket kan ha spelat roll att patientens situation inte bedömdes som akut.

Dessutom uppfattades situationen inte som självmordsrelaterad utan som önskan från patienten om nya mediciner och följaktligen frågar man inte om självmordsrisken.

**Bakomliggande orsak:** Rutiner om uppdragsanmälan är otillräckliga och psykiatriska akutmottagningen har ingen rutin att fråga efter självmordsrisk.

7.

Dag 28: Telefonkontakt

Kuratorn ringer patientens mor som hade lämnat meddelande om önskat samtal. Hon berättar att patienten mår dåligt, har varit hemma från arbetet hela veckan. Mor informerar om telefonkontakt till psykiatriska akutmottagningen 20/03.

8.

Dag 29, kl. 11.00: Kurator

Återbesök.

Planerat återbesök hos kuratorn, även sjuksköterska och läkare är närvarande. Patienten önskar sjukskrivning, vilket läkaren gör för 2 veckor.

Patienten mår dåligt och beskriver en försämring av måendet. Patientens uttrycker självmordstankar



och önskar hjälp helst i form av inläggning.

Självmodersriskbedömning genomförs av sjuksköterska, som visar självmoderstankar men inte några aktiva planer. Självmodersrisk anses som låg. Patienten sjukskrivs i två veckor. Patienten är införstådd med att skrivas in i dagsjukvården som alternativ till inläggning.

**Felhändelse 1:** Läkemedelsöversyn görs inte. Frågan om läkemedelsbyte tas inte upp.

**Orsak felhändelse 1:** Läkaren blev tillkallad akut till det planerade återbesöket och var inte påläst om patienten. Detta på grund av att patienten sökte för att önska sjukskrivning och uttryckte försämring först vid besöket. Därför låg behandlingsfokus på akut bedömning i början.

**Bakomliggande orsak 1:** Otydlig och bristfällig dokumentation i patientjournal.

**Felhändelse 2:** Vårdplanering/SIP saknas fortfarande

**Orsak felhändelse 2:** Se punkt 4.

**Bakomliggande orsak 2:** Se punkt 4.

9.

Dag 29, kl. 13.15: Sjuksköterska besök

Orienterande bedömningssamtal på dagsjukvården.

Patienten har redan tidigare behandlats i dagsjukvård och vill åter påbörja detta. Uttrycker ett behov att prata med någon.

Inga psykotiska tecken, vanföreställningar eller suicidal kommunikation. Patienten lovar att kontakta psykiatrisk akutmottagningen vid försämring.

**Felhändelse:** Vårdplanering/SIP saknas.

**Orsak:** Se punkt 4.

**Bakomliggande orsak:** Se punkt 4.

10.

Dag 30: Inskrivning PAVA (psykiatriska akutvårdsavdelningen)

Patient ringer på morgonen och uttrycker behov att läggas in efter panikångest under hela natten.

Patienten uppger att hen har besök tågspåret under natten och är rädd för att göra sig illa.

Patienten inläggs på bedömningsplats på PAVA för stabilisering.

Positiv test på Spice, vilket tolkas som interaktion med läkemedel och inte drogrelaterat.

**Felhändelse 1:** Fortfarande ingen vårdplanering/SIP trots många insatser

**Orsak 1:** Vårdplanering eller SIP bedöms ej aktuellt.

**Bakomliggande orsak 1:** Se punkt 4.

**Felhändelse 2:** Ingen uppföljning av drogtestet bestäms.

**Orsak 2:** Dagens test tolkas som interaktion med läkemedel.

**Bakomliggande orsak 2:** Bristande kunskap om drogtest

11.

Dag 34: Utskrivning PAVA

Utskrivning från PAVA. Patienten har förbättrats på avdelningen och uppger att hen mår mycket bättre nu. Hen har inga suicidtankar just nu och sovit mycket bättre än tidigare.

Patienten ska ha fortsatt kontakt med dagsjukvården efter utskrivningen (uteblir dock från dagens planerade besök).

**Felhändelse:** Apodos sätts inte in under vårdtillfället.

**Orsak:** Frågan om Apodos läggs över till öppenvården och kommuniceras inte.

**Bakomliggande orsak:** Kommunikation mellan psykiatrisk akutvårdsavdelning och öppenvården brister.

12.

Dag 36: Sjuksköterskebesök

Planerat besök på dagsjukvården. Patienten förnekar intag av droger (positiv Spice test 25/03) och förnekar självmordstankar.

Pat planeras på dagliga besök nästkommande vecka och på självmordsuppföljning 2017-04-06.

**Felhändelse:** Ingen ny drogtest genomförs.

**Orsak:** Se punkt 10, felhändelse 2.

**Bakomliggande orsak:** Se punkt 10, felhändelse 2.

13.

Dag 43: Kuratorbesök

Återbesök hos kuratorn efter uteblivet besök dagen innan. Samtal om ekonomisk situation då patienten blivit av med sitt arbete. Diskussion om möjligheten till försörjningsstöd från

socialtjänsten.

Patienten är rädd för att hen är på väg in i en hypoman fas.

**Felhändelse:** Fortfarande ingen vårdplanering/SIP fast nya riskfaktorer tillkommer.

**Orsak:** Se punkt 4.

**Bakomliggande orsak:** Se punkt 4.

14.

Mellan dag 37 och dag 66: Dagsjukvård

Patienten har många besöksavvikelser under april månad på dagsjukvården. Patienten anger somatiska besvär (feber, tandläkarbesök etc.) som orsak. Avslutning av dagsjukvården diskuteras men man fortsätter ändå. En medicinjustering görs.

15.

Dag 57: Kuratorbesök

Möte mellan patient, kurator och kommunal biståndshandläggare. Patienten är arbetslös, men har inte kontaktat försörjningsstödsenhet (tappat bort kontaktuppgifterna), ej skrivits in på arbetsförmedlingen. Patienten uppger att det känns tråkigt att vara utan arbete, dock anger hen en förbättring i måendet.

16.

Dag 68: Läkarbesök

Självordsuppföljning.

Patienten beskriver en vändning i sjukdomsförloppet med en numera väldigt liten ångestkomponent. Hen sover lite, men uppfattas inte som hypoman.

Uppföljning planeras genom fasta vårdkontakten, d.v.s. kuratorn och dagsjukvården.

17.

Dag 70: Dagsjukvård sjuksköterska

Planerat besök.

Patienten berättar att hens mående är försämrat sedan kvällen efter läkarbesöket (02/05) och uttrycker nedstämdhet. Hen har skadat sig själv genom att skära sig i armen. Patienten har självmordstankar och berättar om ett suicidförsök 20/03 där hen tog sex stycken Propavan som hen

Kunskapsbanksnummer: KB2163301

kräktes upp och sedan ångrade försöket.  
Dödsönskan finns, men inga självmordsförberedelser eller - avsikter.  
Planeras att dagsjukvården ska fortsätta.

**Felhändelse:** Ingen dokumentation om ställningstagning till inläggning.

**Orsak:** Antigen saknas dokumentation i journalen eller så brister det då ingen ställningstagande gjordes.

**Bakomliggande orsak:** Bristfällig dokumentation (analysteam har inte kunnat klargöra varför) .

18.

Dag 71: Kuratorbesök

Planerat besök.  
Avstämning av möte med försörjningsstödsenheten. Patienten har inte än blivit kontaktat av biståndshandläggare.

19.

Dag 74: Kuratorbesök

Planerat besök.  
Möte med försörjningsstödsenheten. En tid för möte med socialsekreterare bokas. Patienten informeras om krav inför ansökan. Möjligheten till personligt ombud ang. myndighetskontakter ska undersökas av socialsekreteraren.

**Felhändelse:** Fortfarande ingen vårdplanering/SIP

**Orsak:** Se punkt 4.

**Bakomliggande orsak:** Se punkt 4.

20.

Dag 76: Dagsjukvård sjuksköterska

Planerat besök.  
Patienten känner sig fortfarande nedstämd och bejakar självmordstankar men uppger dessa som hanterbara. Uttrycker framtidsplaner och är hjälpsökande. Självmordsrisken bedöms som låg.

Dag 78:

Mor hittade patienten avliden i hemmet. Själv mord genom hängning.

Det är inte säkert att självmordet kunde ha förhindrats. Patienten hade pågående tät uppföljning från öppenvården där suicidrisken kontinuerligt värderades. Det ses ingen enskild åtgärd som kunde ha förhindrat självmordet, men möjligen kunde bättre kommunikation mellan olika vårdgivare genom ett SIP (samordnad individuell planering) möte, tidigare läkemedelsjustering och mer uppföljning kring ett eventuellt pågående drogbruk ha förändrat situationen. De många upprepade uteblivna besöken från patienten försvårade detta. De rutiner som då fanns om att kontakta patienten och erbjuda nya tider följdes.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

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

### **Kommunikation & information**

Kommunikation brister på flera ställen.

Dokumentation i journal är ibland otillräcklig såtillvida att det saknas resonemang om åtgärder såsom eventuell inläggning och det är för analysteamet svårt att veta i efterhand om detta var för att det inte bedömdes som nödvändigt eller att ställningstagandet inte gjordes.

### **Kommunikation & information**

Bakomliggande orsak:

Frågar inte om suicidrisk

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Begreppet SIP var infört men rutinen hur den skulle användas var inte utarbetad när felhändelse skedde..

En rutin om att alltid fråga om självmordsrisk när patienter med självmordsrisk kontaktar psykiatriska akutmottagningen på telefon saknas.

Rutiner om uppdragsanmälan från psykakuten till öppenvården är otillräckliga.

Rutin om tydlig dokumentation följs inte.

Rutin om uppföljning av drogtest saknas.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Det finns inga rutiner för arbete med samsjuklighet med beroende/missbruk patienter mellan enheterna.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej aktuellt.

#### 4.5 Åtgärdsförslag

- Mall om frågor om suicidrisk (avvikande åsikt av en analysteammedlem: Mall är i första hand inte relevant då det är svårt med tillämpning samt evidens för att detta skulle fungera. Föreslår istället: Utforma rutin för telefonbedömning från psykiatriska akutmottagningen och när uppdragsanmälan till öppenvården ska ske).
- Påtala om vikten av kommunikation mellan alla enheterna, speciellt mellan vuxenpsykiatrisk akutvårdsavdelningen och psykiatriska öppenvården.
- Utbilda berörd personal om SIP och följa upp implementering på öppenvårdsmottagningarna.
- Översyn av rutiner för uppdragsanmälan från psykiatrisk akutmottagning
- Ta upp rutiner ang. uppföljning av självmordsrisk med berörd enhet
- Ta upp vikten av tydlig dokumentation vid APT eller linkande
- Utbildningsinsats för att förbättra dokumentation
- Ny rutin samt utbildning ang. uppföljning av drogtester

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	23
För analysteam	11
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	37

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Händelseanalysen finner brister i kommunikation, samverkan och dokumentation; där störst vikt läggs vid bristen på strukturerad samverkan. Ökad samverkan kan ge tillgång till andra resurser och stöd i hemmet. Patienten hade svårt att dra full nytta av den tillgängliga vården då återbuden minskade kontinuiteten. Hantering av återbud från patienter med självmordsrisk behöver metodutvecklas och är i sig ett motiv för samverkan med kommunen. Samverkan genom SIP kan vara ett verktyg för detta. Tydligare koppling mellan resultatet av suicidriskbedömning och av denna följande åtgärder behövs. Det är möjligt att denna koppling finns men då behöver dokumentationen vara tydligare. De instrument för suicidrisk som används är de som används nationellt och dessa har trots hög kvalitet ganska låg tillförlitlighet och säkrare metoder för bedömning behöver utvecklas. Samverkan genom SIP blir successivt en mer integrerad del av arbetet. Det är bättre nu än vid händelsen och arbetet med SIP fortsätter för att förbättras ytterligare. De påtalade bristerna i dokumentation är i linje med det pågående arbetet för att förbättra dokumentationen i verksamheten i enlighet med de riktlinjer som finns.

### 6.2 Återkoppling

Behovet av fortsatt utveckling av samverkan med patientmedverkan, SIP, återförs till ledningsgrupp och vidare i verksamheten genom personalmöten, APT. Vi har arbetsgrupper som arbetar för utvecklad samverkan och även med hantering av besöksavvikelse som återbud och uteblivande. Deras representanter i ledningsgrupp tar frågorna vidare till sina grupper. Behovet av förbättrad dokumentation tas upp i ledningsgrupp men är i linje med det redande pågående arbetet om att förbättra dokumentationen i verksamheten och blir då en påminnelse om vikten av det pågående arbetet.

### 6.3 Uppföljning

SIP följs kontinuerligt genom verksamhetsplanen med regelbunden utvärdering av mål som främst är kvantitativa. Dokumentationen följs utöver avvikelse rapportering och hantering av genom pågående journalgranskning genom stickprov. Beslut finns om utökad journalgranskning och utbildning av flera medarbetare. Uteblivande och återbud följs månadsvis, främst utifrån resursekonomi men arbetet för att minska besöksavvikelse kan även bidra till bättre behandlingsresultat för den enskilde patienten i enlighet med resonemanget ovan.

## 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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>



## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf