

Kunskapsbanksnummer: KB3240687

Datum: 2019-04-02

Händelseanalys

Dosdispenserade läkemedel automat-utsätts av misstag, vilket leder till blodpropp, amputation och dödsfall.

Analysledare:

Region Norrbotten

Sammanfattning

Händelseanalysen omfattar de 5 sista åren i en kroniskt sjuk kvinnas liv där vi funnit en lång rad allvarliga felhändelser som direkt eller indirekt bidragit till det allvarliga sjukdomstillstånd i vilket kvinnan under början av 2018 avled. 3 vårdskador kan tillskrivas händelsen.

Händelseanalysen är gjord i samverkan mellan flera olika verksamheter inom region Norrbotten och berörd kommun.

Den mest graverande felhändelsen är att hälsocentralen p.g.a. bristande rutiner, planering och uppföljning missat att förnya patientens receptförskrivningar.

Livsviktiga läkemedel uteblev.

Egenvårdsbedömning har aldrig gjorts, av någon av de inblandade verksamheterna och vid en korrekt utförd sådan torde man ha funnit att kvinnan inte själv kunnat ansvara för sina läkemedel, och förmodligen skulle man ha kommit fram till att patienten skulle erbjudas hemsjukvård. Fast vårdkontakt har inte erbjudits och SIP har inte genomförts.

Hemtjänsten har, trots att patientens tillstånd allvarligt försämrats inte tagit kontakt vare sig med anhöriga eller med ansvarig läkare vilket medverkat till fördröjning av upptäckt av felhändelsen. Man har däremot, förmodligen av bästa välvilja, men trots allt felaktigt, överträtt gränserna för SoL-insatser och, utan delegation påtagit sig arbetsuppgifter som är att betrakta som hälso- och sjukvårdsinsatser.

Så småningom tas kvinnan in på vårdintyg och man finner då allvarliga cirkulationshinder i benen varpå amputationer blir nödvändiga. I efterförloppet och med tillstötande komplikationer avlider patienten efter någon veckas sjukhusvistelse.

Brister i dokumentation ses hos samtliga inblandade verksamheter.

Några omedelbara åtgärder i samband med händelsen har inte noterats.

Åtgärder som föreslås med anledning av analysen är att gemensamt och i samverkan mellan sjukhus, primärvård och primärkommunal verksamhet, utarbeta lokala rutiner rörande bedömning, kontroll och uppföljning av egenvård samt att gemensamt implementera dessa.

Även utbildningsinsatser rörande dokumentationsansvar föreslås, samt som uppföljning av följsamheten regelbundet återkommande journalgranskningar för samtliga inblandade. Här kan vissa utbildningsinsatser med fördel ske gemensamt och med hjälp av distansteknik om så önskas.

Vi föreslår också att hälsocentralen ordnar en Pascalutbildning till läkare och att man inbjuder slutenvårdens läkare till denna.

Vi föreslår även att hälsocentralen verkar för att ta fram en enkel ”lathund” som omfattar de viktigaste stegen i förskrivningsprocessen i Pascal samt att man säkrar att denna försvaras lätt åtkomlig på alla de arbetsstationer där förskrivning av läkemedel brukar ske.

Vi föreslår också att såväl den psykiatriska som den somatiska slutenvården implementerar fysiska riskbedömningar i sitt omvårdnadsarbete.

Den totala kostnaden för händelsen (vårdskada + utredning) beräknas till 525 000:-

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	5
1.1	Uppdragsgivare.....	5
1.2	Uppdrags- och startdatum	6
1.3	Återföringsdatum	6
2	Deltagare i analysteam	6
3	Metodik	6
4	Resultat.....	6
4.1	Händelseförlopp	7
5	Vårdskada	16
5.1	Blodproppar i benen.....	16
5.2	Trycksår i sacrum	16
5.3	Recidiv i psykos.....	17
6	Diskussion.....	17
6.1	Bakomliggande orsaker	21
6.2	Bifynd och andra upptäckta risker.....	23
6.3	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	23
6.4	Åtgärdsförslag.....	23
7	Tidsåtgång/utredningskostnader	26
8	Hälsocentralens verksamhetschefs kommentarer	27
8.1	Åtgärder.....	27
8.2	Återkoppling	28
8.3	Uppföljning	28
9	Psykiatrins verksamhetschefs kommentarer	28
9.1	Åtgärder.....	28
9.2	Återkoppling	29
9.3	Uppföljning	29
10	Medicinklinikens (hemsjukhus)verksamhetschefs kommentarer	29
10.1	Åtgärder.....	29
10.2	Återkoppling	29
10.3	Uppföljning	29
11	Socialchefens kommentarer	29

11.1	Åtgärder.....	29
11.2	Återkoppling.....	30
11.3	Uppföljning.....	30
12	Ordförklaringar.....	31
13	Bilagor.....	32

1 Uppdrag

Kvinna som avlider efter att medicinering fallit bort ur dospåsarna.

71-årig psykiskt och somatiskt sjuk kvinna med diagnoserna schizofreni och förmaksflimmer och behandlas bland annat med antipsykotika och Eliquis, stabil medicinering. Hon har APO-dos sen 2005. Läkemedlen ordinerar i PASCAL.

Patienten hade kommunal hemtjänst och möjligen hemsjukvård; detta är oklart. Vem har delegerat medicinhantering till hemtjänsten?

Patienten hade haft kontakt med psykiatrin, som 2016 hade remitterat för uppföljning i primärvården. Gjordes det någon SIP? Finns dokumentation från denna?

Patienten hade sedan 90-talet åtminstone sporadisk kontakt med primärvården, men det upphörde i stort sett 2013 (p.g.a. kommunaliseringen av distriktssköterskorna?). Hur skedde överföringen av ansvaret från landstinget till kommunen?

Recept på hennes medicinering förnyades 161109 från hälsocentralen (några recept förnyas också 170626).

171109 får patienten inte längre Eliquis eller antipsykotika i dospåsarna. Observerar inte hemtjänsten att det kommer färre mediciner i påsarna? Har inte hemtjänsten uppmärksammat påminnelser om att förnya recepten? Om de har gjort det, har de då inte fört påminnelserna vidare till hälsocentralen? Om hälsocentralen har fått påminnelserna, varför har inte recepten förnyats?

171231 Inskickas akut av hemtjänsten? diagnos rosfeber. Ordinerar antibiotika. Man observerar inte att medicinering har fallit bort ur läkemedelslistan trots att receptet skrevs i PASCAL.

180124 inskriven enligt LPT p.g.a. psykisk försämring. Noteras susp benischemi, fortsatt vård p.g.a. detta; embolektomi, sedan amputation.

180220 Patienten avlider.

Varför har inte hemsjukvården/hemtjänsten noterat påminnelser om receptförnyelse? Varför har man inte noterat att det plötsligt är mindre medicin i dospåsarna? Varför har man inte påtalat behov av receptförnyelse till primärvården? Varför har primärvården inte sett till att hålla koll på denna icke autonoma patients behov av receptförnyelse? (Finns fö tekniska förutsättningar att göra det?) Varför noterades inte att det saknades läkemedel vid akutbesöket 171231?

Anhöriga har anmält ärendet till IVO och det är troligt att en anmälan enligt lex Sara eller lex Maria också kommer att göras från hemkommunen. Om möjligt skulle gemensam utredning med kommunen vara att föredra.

Fortsatt utredning för att närmare belysa orsakerna till händelseförloppet och vad man kan göra för att undvika upprepning är nödvändig.

1.1 Uppdragsgivare

Chefsläkare med lex Maria-ansvar

Landstingsgemensamt

Region Norrbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-10-12

Startdatum: 2018-10-12

1.3 Återföringsdatum

2019-04-09 återkopplas ärendet till uppdragsgivaren även om fullständig handlingsplan inte inkommit, och påstötningar.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Region Norrbotten
Analysteammedlem / Sjukgymnast/Fysioterapeut	Närsjukvård/hälsocentral
Analysteammedlem/enhetschef	Berörd kommun

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

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

Händelseanalysen genomfördes enligt metoden RCA (Root Cause Analysis) som beskrivs i Riskanalys & Händelseanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete (2015). Det innebär att händelseförloppet rekonstruerats och orsaksanalys utförts. Potentiell allvarlighetsgrad och sannolik upprepningsfrekvens samt förslag på konkreta åtgärder läggs fram.

4 Resultat

Händelseförloppet beskriver en kvinna med långvarig psykiatrisk problematik, som behandlas med psykofarmaka, har apoteksdispenserade läkemedel och får tillsynsbesök, regelbundet av distriktssköterska fram till hemsjukvårdsövergången 2013. Händelsebeskrivningen bygger på de fakta som via faktainsamling framkommit.

4.1 Händelseförlopp

1.

130201

Hemsjukvårdsövergång.

Patienten rapporteras över muntligt. Personal från dåvarande landstinget byter arbetsgivare i samband med hemsjukvårdsövergången och patienten "följer med".

Felhändelse: Tillsynsbesök som tidigare gjorts faller bort.

Regelrätt SIP görs ej

2.

140928

Patienten skrivs ut från en kortare slutenvårdsepisod vid (medicinavdelning) hemsjukhus med anledning av förmaksflimmer. Insatt på Eliquis. Koll av S-krea samt dosettdelning begärd av dsk i väntan på komplettering av DOS-dispensering

Felhändelse: ingen egenvårds-bedömning finns dokumenterad och är då förmodligen inte heller gjord.

3.

140928-150316

Dosettdelning av kommunsköterska fram till 150316, då patienten fick Eliquis genom dosdispensering.

Ingen felhändelse.

4.

160225

Patienten har varit psykiskt stabil länge och står på kontinuerlig läkemedelsbehandling. Psykiatri kliniken vid länsdelssjukhuset remitterar över behandlingsansvaret till hälsocentralen som tar emot remissen. Remissen besvaras "överlämnas till team".

Behandlingsansvar övergår därmed formellt till hälsocentralen.

Felhändelse 1: remissen signeras inte direkt

Felhändelse 2: läkare överlämnar uppdrag till team (förmodligen skriftligt i enlighet med den berörde läkarens normala rutiner) men det saknas dokumentation om vad teamet planerar vidare. Oklara omständigheter – det går ej utreda vidare om teamet har noterat att man övertagit ansvaret eller om åtgärder faller bort.

Felhändelse 3: behov av läkemedelsförnyelser bevakas inte.

5.

160310

SIP görs, leds av psykiatrin. Hembesök av läkare begärs.

Felhändelse 1: beslutat/begärt hembesök görs aldrig.

Felhändelse 2: Dokumentation av SIP saknas på hälsocentralen, och hos kommunen. Dokumentation av SIP görs inte i Meddix.

Orsak: Dåvarande Meddix-rutiner har brustit genom att man inte dokumenterat SIP-möte på stipulerat sätt. Vi vet inte ens vem som deltagit i mötet.

Felhändelse 3: Ingen fast vårdkontakt (FVK) erbjuds till patienten.

6.

160329

Hälsocentral får ånyo remiss från psykiatrin om övertagande. Även denna remiss besvaras med att patientens team tar om hand, se händelse nr 4. Här kan man reflektera över att psykiatrin skickar 2 remisser i samma ärende men förmodligen har detta skett eftersom man inte fått respons på den första remissen.

Felhändelse: HC har inte besvarat tidigare inkommen remiss i samma ärende

7.

160725

Begäran kommer från psykiatri till hälsocentralen angående förnyelse av recept.

Felhändelse: Trots denna påminnelse verkar man inte förstå att man övertagit behandlingsansvar och således har ansvar för receptförnyelse, med vad detta borde medföra.

8.

161114

Psykiatrin påminner via meddelande till hälsocentralen om behovet av förnyade recept. Hälsocentralen utfärdar årsrecept.

Felhändelse: Hälsocentralen har inte noterat behovet trots att man har behandlingsansvaret, och trots denna påminnelse verkar man inte förstå att man övertagit behandlingsansvar och således har ansvar för årlig receptförnyelse. Någon reflektion över hur man ska kunna hålla kontroll på framtida förnyelser kan vi inte se av befintlig dokumentation, varför vi tolkar det som att någon reflektion inte skett.

9.

170405

Patienten söker akut p.g.a.. andningssvårigheter. Inkommer med ambulans. Patienten får åka åter hem efter bedömning.

Remiss till hälsocentral skrivs för kontroll och generell uppföljning efter någon vecka. Patienten lovar söka akut vid försämring. Remiss besvaras 170417 med: vi följer upp patienten.

Ingen felhändelse.

10.

170424

Sköterska bokar läkartid och skickar kallelse, som en följd av remiss, se nr 9.

Ringer även patienten och försöker motivera men patienten vill inte.

Ingen felhändelse.

11.

170425

Bokat besök 10/5 avbokas

Felhändelse: ingen dokumentation om slutsatser och åtgärder med anledning av att patienten avbokar sitt besök.

12.

170503-170510

Patienten vårdas medicinkliniken på länsdelssjukhus p.g.a.. Bröstsmärta och andningsbesvär. Man ser av dokumentationen att personal haft fundering om hemsituation och ev tillräckliga insatser. Patienten erbjuds SIP men nekar till detta. Man förstår inte att patienten inte har förmåga att själv ansvara.

Notering finns om behov av intyg från kommunsköterska för att hantera nebulisator. Detta tolkar analysgruppen som att kommunen ev kan ha begärt ett egenvårdsintyg. Dokumentationen är dock bristfällig.

Felhändelse: Ingen egenvårdsbedömning görs

Felhändelse: Ingen SIP görs

13.

170511

Medicinkliniken på länsdelssjukhus skickar remiss till hälsocentral om uppföljning av patientens andningsbesvär. Ingen felhändelse.

14.

170511

Remiss besvaras; vi följer upp pat. Det är 2:a gången under kort tid som en remiss besvaras så.

Felhändelse: planering av uppföljning saknas, i stället skickar man ett brev till patienten med uppmaning höra av sig om frågor.

Med bättre kännedom om patienten bör man förstått att uppföljning på patientens initiativ (vid frågor) förmodligen inte skulle fungera.

15.

170510-171031

Flera påminnelser om behov av receptförnyelser går till hem till patienten. Efter som patienten inte själv tar ansvar för sina recept inlämnas dessa på hälsocentralen av hemtjänst men detta leder inte till några receptförnyelser. Patienten själv tar inte ansvar för sina receptförnyelser.

Felhändelse: Ingen receptförnyelse sker och det råder oklarheter om var de papper som hemtjänsten lämnat in hamnar på hälsocentralen, då det inte leder till någon förnyelse. Ingen dokumentation finns om inlämnade önskemål om receptförnyelser.

Felhändelse: personal i hemtjänst har övertagit ansvar för receptförnyelse utan formellt uppdrag eller kontakt med/återkoppling till ansvarig läkare/ordinatör.

16.

171101

Läkemedel automat-utsätts (eftersom de inte längre är giltiga) från Pascal, enligt gällande rutiner och efter påminnelser (som gått till patienten) varvid patienten slutar få Eliquis, Cisordinol, Olanzapin och Zopiklon. Läkemedel 4 ggr per dag blir nu 1 gång per dag.

Felhändelse: läkemedel uteblir. Läkare, hemtjänst och patient reagerar inte.

17.

171101-171231

Tillstötande problem: rosfeber underben, haematom och smärta i fot. Hemtjänsten uppfattar att patienten har ett ökat omvårdnadsbehov.

Felhändelse: anhöriga och/eller sjukvård informeras inte om det försämrade måendet.

18.

171218

Hemtjänsten signalerar om utökade behov till biståndshandläggare som inte får tag på patienten. Ingen kontakt tas med anhöriga. Ärendet lämnas till efter helgerna och ett beslut om utökad hjälp tas 180116. Tillfälligt utökade insatser ges med hemtjänstpersonalens beskrivning som grund.

Felhändelse: lång tid mellan signal om utökade behov och formellt beslut.

19.

171231

Patienten besöker själv akutsjukvård på länsdelssjukhuset och diagnostiseras med rosfeber.

Felhändelse: Automatutsatta läkemedel uppmärksammas inte. Ingen kontroll av ordinationshandling görs av läkare på akutmottagning. Egenvårdsbedömning görs inte. Patienten förmodas dock behöva

hjälp med antibiotika och man kontrollerar att patienten får hjälp av hemtjänst men reflekterar ej över ansvarsförhållandena eller det faktum att patienten borde behöva utökad hjälp med övriga mediciner också.

20.

180101

Hemtjänsten startar med signeringslista för antibiotika. Patienten klarar inte sitt egenvårdsansvar. Detta signaleras inte till ordnatören.

Det finns ett brev hemma hos patienten skrivet av distriktssköterska inom kommunal verksamhet, ej undertecknat. Vem som skrivit detta och hur den kontakten har initierats är oklart då det ej är underskrivet och dokumentation i kommunsköterskas journal saknas.

Felhändelse1: Man signalerar inte patientens bristande egenvårdsansvar till ordnatören och adekvata bedömningar/åtgärder görs därför inte.

Felhändelse 2: kommunsköterska kontaktas (trots att ingen HSV-insats finns hos pat) oklart hur kontakten tagits och vem som skrivit brev då detta inte är undertecknat. Kommunen har meddelat att detta inte går att utreda vidare p.g.a. att personal som tjänstgjort vid tillfället inte går att nå.

21.

180101-180124

Patienten larmar 302 gånger på sitt trygghetslarm under drygt 3 veckor. Orolig och vet ofta inte vad hon vill när personalen tar kontakt.

Patienten vill inte till läkare, inga kontakter tas med anhöriga.

Felhändelse 1: ingen kontakt med anhöriga tas trots stora tecken på oro hos patienten.

22.

180120

Hemtjänsten noterar att patienten är svart på foten. Tar kontakt med hemsjukvårdens distriktssköterska som ger råd att åka till akuten om patienten får feber.

Felhändelse 1: Hemtjänsten vänder sig till fel sköterska som inte vidarebefordrar informationen till hälsocentralen, som formellt har ansvaret.

Felhändelse 2: Kommunsköterska ger, i sammanhanget ett mycket tveksamt råd

Felhändelse 3: Kommunsköterska dokumenterar inte rådgivningen, men den dokumenteras av hemtjänstpersonalen.

23.

180124

Patienten är nu helt apatisk. Hemtjänsten kontaktar anhöriga som ringer sköterska inom psykiatri, vilken hänvisar vidare till hälsocentralen.

Distriktsläkare från hälsocentralen åker hem till patienten och gör en bedömning.

Patienten tas in på vårdintyg vilket skrivs sent på kvällen den 24 januari och transport ordnas till länsdelssjukhusets psykiatriska vårdavdelning.

Ingen felhändelse

24.

180125

Patienten vårdas på psykiatrisk klinik på länsdelssjukhuset (§6 180125-180126). Man upptäcker ordinationsmissen och samtliga mediciner återinsätts. Foten är vid tillfället kall och blåmarmorerad. Sår på fot bedöms av kirurgens bakjour bero på avsaknad av Eliquis i kombination med att patienten blivit sängliggande.

Trycksår i sacrum finns ej noterat i psykiatrins journaler och det är därför oklart om detta redan fanns vid intagning, uppkom under vården eller om det uppkom senare i vården?

Felhändelse: ingen bedömning av bl.a. hudstatus gör vid inkomsten till psykiatrin trots vetskap om att patienten varit sängliggande hemma en längre tid.

25.

180126

Patienten tillhör för närvarande medicinkliniken på länsdelssjukhuset och undersöks av kirurg.

Undersökning kan inte utföras direkt, i sin helhet men kompletteras senare.

Patientens medicinska tillstånd (EKG-påverkan) gör att patienten flyttas till HIA (Hjärtintensivavdelning) .

Ingen felhändelse.

26.

180127

Patienten förs över till kirurgkliniken på länsdelssjukhuset, med sår i sacrum, ischemi i benen bil samt nekrotiska sår på båda fötterna.

Prov ordinerar

Felhändelse 1: Det ordinerade provet tas ej. Information faller bort vid överflyttning av patienten.
Orsakar i sin tur kortare fördröjning av kirurgisk behandling

Felhändelse 2:

Patienten har trycksår i sacrum = vårdskada.

Oklart när detta tillkommit, p.g.a. tidigare brister i dokumentation, se nr 24.

27.

180128

Byte av sjukhus till länssjukhus. Noterad tillkomst av feber, insätts på antibiotika. Ingen felhändelse.

28.

180131

Patienten opereras på länssjukhus, men operationen får avbrytas p.g.a.. att patienten är cirkulatoriskt instabil. Inga flödesljud i foten, försämrat allmäntillstånd.

Patienten utvecklar postoperativ sepsis.

Ingen felhändelse.

29.

180205

Underbens-amputation av båda benen.

Ingen felhändelse.

30.

180207

Patienten skickas åter till länsdelssjukhus.

Har snabbt förmaksflimmer och hamnar på HIA. Det funna såret i sacrum är i behov av en sårrevision. Patienten har symtom på möjlig TIA/Stroke, men är p.g.a. den komplexa medicinska situationen inte aktuell för någon s.k. "rädda hjärnan- insats". Datortomografisk undersökning utförs nästa dag. Ingen felhändelse.

31.

180214

Tillståndet försämras. Patienten har nu ett marmorerat vänster-ben. Såret i sacrum är i behov av revision. Feber. Patienten får antibiotika. Ingen felhändelse.

32.

180219

Ytterligare försämring i allmäntillstånd. Brytpunktssamtal genomförs med anhöriga. Infusioner ges och läkemedel via munnen, samt antibiotika utsättes. Ingen felhändelse.

180220

Patienten avlider av en svår sepsis

5 Vårdskada

Patienten har fått 3 separata vårdskador

Tabell Allvarlighetsgrad och konsekvens

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 vårdepisod 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 vårdepisod 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*

Tabell Allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepande

		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*

5.1 Blodproppar i benen

Blodpropparna är en följd av utebliven medicinering och detta leder till amputation, komplikationer och sedermera dödsfall. Vårdskadan är katastrofal och risken för upprepning bedöms som liten men kan inte uteslutas.

Sammantaget blir poängen enligt riskmatrisen nedan; 8

5.2 Trycksår i sacrum

Trycksåret är en följd av omvårdnadsbrister. Vårdskadan anses som måttlig och risken för upprepning bedöms som relativt liten men kan inte uteslutas. Däremot har analysgruppen inte lyckats komma fram till när denna vårdskada uppstod initialt.

Sammantaget blir poängen enligt riskmatrisen ovan; 4

5.3 Recidiv i psykos

När läkemedel uteblir recidiverar patienten i sin psykiska sjukdom. Detta leder i förlängningen till att ett försvårat samarbete vilket inverkar negativt även på de fysiska åkommor som patienten drabbas av. Patienten tillfogas både fysiskt och psykiskt lidande. Vårdskadan är betydande och risken för upprepning bedöms som liten, men kan inte uteslutas.

Sammantaget blir poängen i riskmatrisen ovan; 6

6 Diskussion

I analysens text har vi valt att använda begreppet "patient" konsekvent även om personen inom hemtjänsten benämns "brukare".

Inblandade verksamheter har varit:

- Närsjukvården: hälsocentralen, psykiatri, akutmottagning, intensivvård, medicinklinik vid både hemsjukhus och länsdelssjukhus
- Kommunen: hemtjänst, biståndshandläggare kommunen, hemsjukvårdens sjuksköterska
- Länssjukvården (kirurgi, ortopedi)

Analysarbetet har varit ovanligt komplicerat och utdraget. Inhämtandet av bakgrundsinformation har gått anmärkningsvärt trögt och långsamt och därtill har analysgruppen haft svårt att hitta mötestider som passar.

Den första och uppenbara frågan som man ställer sig efter en första genomläsning av journaler är; varför hade inte denna patient hjälp av hemsjukvården? Redan innan hemsjukvårdsövergången (2013) ansågs hon behöva "tillsynsbesök" av distriktssköterska och detta borde naturligtvis ha fortsatt i någon form även efter övergången till kommunen. Dock kan man tydligt spåra av dokumentationen, eller snarare pga. bristen på dokumentation, att övergången inte skett som den borde. Någon Samordnad Individuell Vårdplan (SIP) gjordes inte. Vid ett flertal senare tillfällen senare har man haft möjlighet att reflektera över behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser men detta har man inte gjort. Egenvårdsbedömningarna lyser med sin frånvaro. Kan det vara så att man har reflekterat, men inte dokumenterat? Förmodligen inte, för om man ställt sig frågan; kan patienten helt självständigt ansvara för sin läkemedelsbehandling, så bör svaret ha blivit nej. Det ligger ju lite i sakens natur att om man behöver ha dosdispensering så beror det i de flesta fall på att man behöver hjälp med sina läkemedel. Här måste man kunna skilja mellan att ansvara för sina läkemedel (inklusive begäran om förnyade recept) och att eventuellt behöva hjälp med enklare handräckning.

Genomgående kan man säga att dokumentationen är mycket bristfällig hos samtliga inblandade parter, alltifrån icke dokumenterade råd, riskbedömningar, egenvårdsbedömning till helt avsaknad av dokumentation i några fall. Detta har gjort analysarbetet svårt.

Brister i dokumentation är ett bifynd och har naturligtvis inte orsakat någon vårdskada i sig, men vi ser det som så pass graverande att vi föreslår åtgärder för samtliga inblandade enheter. Vi anser att, såväl den aktuella kommunen, som vårdgivarna inom regionen brister i sin internkontroll då patientjournal inte förs i samtliga situationer där sådan krävs. Med anledning av ovanstående bifynd föreslår analysteamet inte bara utbildning till personalen utan även att man startar upp en återkommande, regelbunden journalgranskning av ett mindre antal journaler i lärande syfte. Sent

signerade och handlagda remisser är också ett fynd varför vi tror att hälsocentralen behöver aktualisera den landstingsövergripande rutiner om bevakningsfunktioner i journalsystemet, se bilaga 2.

De allvarliga felhändelser vi funnit hos primärvården, är att man inte erbjudit/utsett **fast vårdkontakt** (se bilagorna 3 och 4) samt att man inte gjort **egenvårdsbedömningar** (se bilaga 5) vid ett flertal tillfällen vilket i sin tur har resulterat i att **läkemedelsförskrivningen inte skett på ett säkert sätt**. SIP har inte gjorts, ej heller dokumenterats, på korrekt sätt men då regionen i samverkan med samtliga kommuner sedan 1:a kvartalet 2018 infört nya arbetssätt, rutiner och ett nytt IT-stöd har vi valt att lägga detta problem åt sidan och inte föreslagit några ytterligare åtgärder.

Den som ordinerar en viss behandling har det fulla ansvaret för att behandlingen är lämplig för patienten men också för att behandlingen följs upp. Ordinatören/förskrivaren skall också säkerställa att behandlingen utförs på ett säkert sätt.

När primärvården godkände och övertog ansvaret från psykiatrin, för patientens fortsatta mediciner, våren 2016, gjorde man inte det som krävs d.v.s. träffa patienten för en aktuell bedömning av hennes förmåga till initiativ och ansvarstagande utan man har förutsatt att patienten hade dessa förmågor, trots den kroniska psykiatriska diagnos patienten hade och trots att man lätt kunde utläsa av journalhandlingar hur patienten tidigare återinsjuknat i psykos när hon avslutat sin mediciner. Att det fungerat väl under tiden psykiatrin hade behandlingsansvaret, beror nog mer på att man inom psykiatrin har lokala rutiner för uppföljning av läkemedelsbehandlingen, än på patientens autonomitet eller att hon tagit större ansvar själv. Att patienten inte var i stånd att till fullo sköta sin läkemedelshantering torde egentligen ha varit tydligt redan då man säkerställde administration via DOS, det ligger i sakens natur, och redan då borde man ha övervägt behov av hjälp via hemsjukvård. Dokumentationen tyder inte på att något sådant ställningstagande gjorts varken då eller vid något av senare tillfällen av läkemedelsförnyelser eller nya ordinationer.

Patienten har haft en uttalad önskan om att sköta det mesta själv men då hennes psykiska förmåga har varit begränsad har hon alltså inte själv tagit kontakt för läkemedelsförnyelse när hennes recept gått ut, vilket är en grundförutsättning för att man ska kunna sköta sina läkemedel som egenvård. Det bistånd patienten beviljats har varit handräckning vid egenvård det vill säga att hämta läkemedel från apoteket var fjortonde dag.

Personalen inom hemtjänsten har utöver det beviljade biståndet kontrollerat att patienten tagit sina mediciner, och dessutom har man lämnat in handlingar till hälsocentralen med begäran om förnyade recept. Hemtjänstpersonalen har därmed redan överträtt gränsen för SoL-insats och själv påtagit sig ett hälso- och sjukvårdsansvar utan att det funnits en delegation på detta. Den korrekta handläggningen hade istället varit att signalera om brister i autonomitet till ansvarig förskrivare, som hade fått överväga hälso- och sjukvårdsinsatser, möjligen genom delegation.

Analysledaren delar inte kommunens bedömning att några missförhållanden inte förelegat (enligt deras egen lex Sarah-utredning, vilken analysledaren tagit del av), dels med hänvisning till ovanstående gällande ansvar för läkemedel, dels med hänvisning till att patienten inkom till sjukhuset i ett både psykiskt och fysiskt mycket dåligt skick, undernärld och intorkad samt med trycksår vilka inte kan uteslutas härröra från brister i den sista tidens vård och omsorg i hemmet.

Att med hänvisning till SoL och att patienten inte aktivt gett medgivande till kontakter med hälso- och sjukvården, friskriver inte verksamheten från ansvar för tillgodose patientens grundläggande behov samt behov av god vård och omsorg. Åtminstone kunde en tidigare kontakt ha tagits med anhöriga om man inte lyckats initiera en SIP.

Vad som hänt med de dokument (påminnelse om förnyelse av DOS-recept) som hemtjänstpersonalen lämnat in på hälsocentralen går inte att fastställa, men det har i alla fall inte lett till någon receptförnyelse via Pascal. Vi kan inte utreda detta vidare men uppmanar hälsocentralen att se över sina receptförnyelserutiner i samband med att man arbetar med aktivt med att erbjuda fast vårdkontakt till de patienter som behöver detta.

Hur arbetar läkarna med receptförnyelser i Pascal?

Pascal kan ställas in så att förskrivna recept inom ett geografiskt område listas, alternativt att recept som uthämtas vid ett visst apotek listas. Gör man rätt kan man lätt förnya behövliga recept med två enkla "knaptryck". Ett korrekt arbetssätt ger god överblick och man kan förnya recept i god tid. Detta handlar om enskilda förskrivares eget arbetssätt. Tyvärr mottogs inte Pascal så väl vid införandet 2012, då man övergick från E-dos, som var det tidigare ordinationsverktyget, och motståndskulturen satt då väl rotad inom stora delar av läkarkåren. Man har inte upplevt systemet som så användarvänligt och motståndet har varit ganska utbrett, så utbrett att enskilda läkare ibland tidigare vägrat befatta sig med systemet. Att det här skulle röra sig om någon vägran att befatta sig med systemet har vi inte funnit men däremot har vi inte lyckats få reda på om berörd personal arbetat med systemet på ett optimalt sätt. Vilka arbetsinstrument man skall använda i en verksamhet är en fråga för ledningen och här kan man nog säga att man inte har lyckats få full följsamhet. Användarinstruktioner finns att tillgå.

Förnyelse av recept sker inte och de mediciner som patienten således inte får tillgång till är viktiga både för hennes psykiska mående och för hennes blodcirkulation.

Patienten blir succesivt sämre, blir mer och mer tillbakadragen, vill inte samarbeta, vill inte kliva upp ur sängen, vill inte äta. Hemtjänsten uppmärksammar förändringarna och meddelar biståndshandläggare att man tror att brukaren har behov av mer insatser. Detta meddelas ca 1 vecka före jul men någon ny biståndsbedömning görs inte förrän i mitten av januari. De skäl man har uppgett är att patienten inte svarat i telefon, vilket inte kan ses som konstigt eller anmärkningsvärt med tanke på att hon då förmodligen är på väg in i/redan inne i en psykos. Att inte under rådande omständigheter lyckas få till en ny biståndsbedömning anser vi handlar om försumlighet, då hembesök i samband med redan beviljade insatser borde ha varit möjligt.

Nyårshelgen besöker patienten akuten vid sjukhuset och får antibiotika för rosfeber. I sammanhanget noterar jourhavande läkare inte att livsviktiga läkemedel automatutsatts, trots att vi vet att vederbörande varit inne i Pascal, och också noterat i journalen att patienten behandlas med Eliquis för sitt förmaksflimmer. Dock har vederbörande läkare bedömt att patienten behövt hjälp med sina läkemedel för en kontakt med hemtjänsten togs och man bad hemtjänsten se till så att patienten fick sin antibiotika. Förskrivande läkare anser inte att det är relevant att kontrollera läkemedelslistan vid ett akutbesök, vilket vi finner anmärkningsvärt men har förståelse för att situationen på en akutmottagning inte alltid är optimal för djupare kontroller, men vid en snabb kontroll av aktuell läkemedelslista borde det ha blivit uppenbart att patienten för närvarande inte hade bla Eliquis. I samband med nyanställning av AT-läkare har man från verksamheten uppgivit att

man hänvisar till/visar läkemedelsportalen på hemsidan samt att vissa rutiner delas ut i pappersformat. Detta kanske inte är tillräckligt?

Vid ett tillfälle i januari kontaktar hemtjänsten jourhavande kommunsköterska p.g.a. oro för missfärgningar på fötterna. Hen får rådet att ombesörja besök på akutmottagning om patienten får feber. Det går inte att fastställa hur sköterskan tänkt och vad hen misstänkt att missfärgningarna skulle bero på? Hen har gjort en avancerad medicinsk bedömning på en andrahandsuppgift per telefon. Rådet är inte dokumenterat i sköterskans journalhandlingar utan endast i hemtjänstens anteckningar. Bedömningen verkar tveksam och analysgruppen är kritisk till hela handläggningen, då detta formellt skulle ha handlagts av eller direkt hänvisats till regionens sjukvård.

Vi anser att det faktum att patienten faktiskt medverkar till somatisk vård, till och med uttrycker en önskan om att få hjälp, när hon väl är inlagd på sjukhus, och trots sin psykiatriska diagnos och sjukdom, talar för att patienten åtminstone av och till, haft någon grad av sjukdomsinsikt. Hon ville ha hjälp för sina smärtor i ben och fötter.

Det råder inget tvivel om att hon varit svår att övertala men av omsorg om patientens fysiska situation borde en tidigare kontakt med anhöriga eller direkt med ansvarig läkare ha tagits. Anhöriga hör inget från vare sig patienten eller omsorgspersonalen från de att de på nyårsafton får meddelande om att hon åker in till sjukhuset och under de närmast följande 3 veckorna, och anhöriga har då trots att patienten varit inlagd på sjukhus. Personalen har alltså inte heller meddelat att hon efter det polikliniska besöket på nyårsafton åter kommit till sitt boende. Anhöriga är kritiska till påståendet från kommunen om att mamman nekat till att låta personal kontakta dem och menar att det definitivt inte stämmer med deras bild.

Personalen stöder sitt passiva agerande på att patienten motsätter sig vård och att socialtjänstlagen inte medger kontakter mot brukarens vilja, men å andra sidan trycker socialtjänstlagen på skyldigheten att, när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänst och från hälso- och sjukvård skall man gemensamt upprätta individuell plan. Lagen stadgar också ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Att patienten haft behov av hjälp torde ha varit uppenbart. Likväl torde det ha varit uppenbart att hon på grund av sitt dåliga psykiska mående inte längre kan anses autonom. Man borde ha signalerat och initierat behov av SIP (samordnad individuell plan).

I samband med att händelsen uppdagades, eftersökte anhöriga uppgifter och dokument och de möttes av ständiga hinder i form av hänvisande till andra tjänstemän, samt hänvisning till sekretess, på ett sätt som lätt kan ge en känsla av att man medvetet försökt dölja något?

Kvar står frågan om det trycksår som patienten hade i sacrum och som finns dokumenterat första gången i medicinklinikens journal den 26 januari, dvs efter 2 dygn på sjukhus. Hade patienten detta sår redan i hemmet? Redan vid inkomst till psykiatri? Eller har det tillkommit under sjukhusvård? Vi kan inte fastställa detta då dokumentation av riskbedömning för trycksår inte gjorts när patienten lagts in på psykiatrisk vårdavdelning. Någon dokumentation av sår ses inte heller i de journalhandlingar som förts via hemtjänst eller hos kommunens sjuksköterska, men vi kan konstatera att patienten drabbats av ytterligare en undvikbar vårdskada.

Vi vet också att patienten bedöms som undernörd och intorkad initialt vid sjukhusvistelsen vilket torde härröra från det faktum att patienten inte ätit och druckit som hon borde under den sista tiden i hemmet.

Utöver detta är anhöriga kritisk till andra delar i vård och omsorg men har själva lämnat in en enskild klagan till IVO och de förhållanden som den anmälan rör har i övrigt inte analyserats här. Analysgruppen har däremot via anhöriga, fått full insyn i de handlingar man inlämnat till IVO.

När det gäller bakomliggande orsaker så uppger ingen av de inblandade/intervjuade orsaker från omgivning och organisation eller teknikområdet.

Dock kan man fundera över vilka förutsättningar verksamheterna har fått för att leva upp till de lagkrav som finns bland annat angående egenvård och fast vårdkontakt?

Anpassas verksamheternas resurser när ansvaret utökas/förändras?

Erhåller man adekvat utbildning?

Är våra IT-system användarvänliga så att rätt saker synliggörs?

Är det människa som får anpassa sig till teknik och organisation eller möjligen tvärt om?

6.1 Bakomliggande orsaker

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

För att lättare kunna följa felhändelser bakomliggande orsaker och föreslagna åtgärder hänvisar vi till grafisk beskrivning, bilaga 1.

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak: Bristande förståelse för patientens bristande autonomi

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak: Bristande samtalsmetodik

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak: Kontakt tas ej med ansvarig läkare

Kommunikation & information

Direkt bakomliggande orsak till bristande överrapportering kan ej utredas vidare

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Brist i interna rutiner vad gäller inlämnat önskemål om receptförnyelse

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Avsaknad av gemensamma egenvårdsrutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Brist i dokumentations-rutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande egenvårds-bedömnings-rutiner samt att man saknar kontrollrutin för läkemedelsförnyelser patienter som inte vårdas inom hemsjukvård.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande egenvårdsrutiner

Kunskapsbanksnummer: KB3240687

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande följsamhet till dokumentationsregler

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande rutiner vid SIP och ansvar för läkemedelsförnyelse på icke HSV-patienter

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande rutiner. Adekvat egenvårdsbedömning är inte gjord, se tidigare händelser.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Brister i dokumentation

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Dålig kännedom och följsamhet till riskbedömnings-rutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Kunskaper om regler för egenvårds-insatser brister

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Rutiner om egenvårds-bedömning upplevs oklara

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Brist i dokumentationsrutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Lokala rutiner saknas om hur regelverket om fast vårdkontakt ska hanteras

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande dokumentations-rutiner

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande dokumentations-rutiner, inklusive remisshanterings-rutiner.

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Brist i kunskap om Pascal

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Bristande kunskap om egenvård och egenvårdsansvar

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskap om egenvård brister

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskap om rutiner för läkemedelsförskrivning saknas

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskap saknas om betydelse av egenvårds-bedömning, samt skyldighet att göra sådan då patienten begär assistans

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskaper om SIP:s betydelse brister

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskapsbrist om egenvårdsbedömning

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskapsbrister om FVK-regler

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskapsbrister om Pascal

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak: Kunskapsbrist om skillnader mellan egenvårdsinsats och hälso- och sjukvårdsinsats samt vilka återkopplingar som ska göras till den som ordinerat behandlingen.

6.2 Bifynd och andra upptäckta risker

Alla beskrivna dokumentationsbrister skulle kunna hanteras som bifynd i utredningen då dessa felhändelser inte i sig orsakat patienten lidande men det har varit så genomgående och så allvarliga brister att analysgruppen har valt att hantera dessa som regelrätta felhändelser.

Dokumentationsbrister har setts hos såväl inblandad kommun som psykiatri, medicinsklínik och hälsocentral. Dokumentationsbristerna har dessutom försvårat utredningsarbetet betydligt.

6.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Samtliga kostnader förenade med hembesök, sjukhusvård, patienttransporter och operationer i januari och februari 2018 tillskrivs händelsen men har inte i detalj framräknats.

Totala vårdkostnaden för region Norrbotten för tiden 180124-180209 uppgår till 430 162 och hela summan tillskrivs som vårdskadekostnad.

Kostnader för alla extra besök inom den kommunala verksamheten relaterat till patientens försämrade psykiska mående, då hon inte fått sina mediciner har inte beräknats men torde vara höga då patienten t.ex. använt sitt trygghetslarm >300 gånger.

6.4 Åtgärdsförslag

Sällan har så många allvarliga felhändelser samt allvarliga bifynd framkommit i en händelseanalys och här borde vi naturligtvis ha en diger lista med åtgärdsförslag men analysgruppen har valt att koncentrera sig på de allvarligaste missförhållandena och att förslå så effektiva åtgärder som möjligt där.

Åtgärdsförslagen redovisas för varje enskild felhändelse i bifogad graf, bilaga 1, men är sammanfattningsvis:

- Vi föreslår att hälsocentral, kommunens hälso- och sjukvård, hemtjänst och inblandade medicinkliniker samt psykiatri fokuserar arbetet på att ta fram **gemensamma** rutiner för hur **egenvårdsbedömningar** skall göras samt att **tydligt klargöra ansvarsförhållandena**. Man behöver också **följa upp** hur arbetet med egenvårdsbedömningar går. Man måste säkra att man har **kontrollfunktioner/kontrollistor och rutiner** för uppföljning av gjorda bedömningar och tillämpningen av beslut.
Vi föreslår att hälsocentralen fungerar som initiativtagare/sammankallande när det gäller utformandet av rutiner samt utbildningsinsatser inom området.
- Patienter måste erbjudas **fast vårdkontakt** och rutiner för hur en sådan skall arbeta måste tas fram och implementeras. Patienter skall erbjudas fast vårdkontakt om behov finns eller de så önskar oavsett om man varit inskriven inom slutenvård eller ej. Utbildningsinsatser föreslås.
Detta gäller såväl inom kommunens, som regionens verksamheter.
- Vi föreslår att hälsocentralen säkrar att tjänstgörande läkare har tillräckliga **kunskaper om Pascal**, så att man kan använda de kontrollfunktioner som finns i systemet. Vi föreslår att hälsocentralen initierar utbildning och att denna även erbjuds läkare inom andra specialiteter på hemorten.
Vi föreslår också att man utformar lathundar som är tillgängliga på alla läkarexpeditioner så att det blir lättare även för vikarier att hålla koll på rutiner och recept som behöver förnyas.
- Vi föreslår att hälsocentralen ser över sina rutiner för önskemål om **förnyelser av DOS-recept** för patienter som inte är inskrivna i hemsjukvård. Kontrollfunktioner införs/utformas. I dokumentationssystemet VAS finns t.ex. möjlighet att skapa gemensamma bevakningslistor (JO20) där man kan notera alla patienter som inte är inskrivna i hemsjukvård, men som har DOS.
- Vi föreslår att såväl kommun som regionens verksamheter genomför interna **utbildningstillfällen i dokumentation**. När det gäller regelverk och juridik runt dokumentationsfrågor kan man med fördel ha gemensam utbildning.
- För att säkra att dokumentation sker på ett tillfredsställande sätt föreslår vi **journalgranskningar**, regelbundet av ett mindre antal (5/månad?) journaler i respektive verksamhet. Journalgranskningen bör utföras av 2-3 utvalda medarbetare och återkoppling ske vid arbetsplatsträffar eller motsvarande. Förslaget omfattar såväl kommunala verksamheter som psykiatri, medicin och hälsocentral. Vi föreslår att man särskilt fokuserar på om egenvårdsbedömningar gjorts, dokumenterats, följts upp, om fast vårdkontakt erbjudits, om rutinmässiga riskbedömningar gjorts och dokumenterats samt om ev. fynd lett till adekvata åtgärder. I övrigt bör man se på om vårdkontakter dokumenterats på ett tillförlitligt och för patienten förståeligt sätt.
- Hälsocentralen behöver också se över sin **remisshanteringsprocess** och det flöde som uppkommer i samband med remisshantering och anpassa sina lokala rutiner till den regionsövergripande, se bilaga 2.
- Vi föreslår att medicinkliniken aktualiserar överrapportering mellan de olika enheterna med hjälp av **SBAR** samt att man använder **Teach-back** metoden vid information till patienter så att man har kontroll på vad patienten uppfattat.
- Vi föreslår att kommunen genomför utbildningar i **Motiverande samtal** i syfte att "få brukaren med sig" när behovet av t.ex. sjukvård, samverkan med andra vårdaktörer är tydligt och patienten/brukaren inte ger sitt medgivande.
- Vi föreslår att kommunen förtydligar för sin personal, skillnader mellan egenvård och hälso- och sjukvård. Detta kan med fördel göras i samband med att egenvårdsutbildningar genomförs.

- Vi föreslår att psykiatrin aktualiserar/implementerar fysiska riskbedömningar enligt regionens övergripande rutin

När det gäller processen runt Samordnad Individuell Vårdplan har breddinförande av ett nytt IT-system och nya samverkansöverenskommelser införts i hela länet vilket skett strax efter denna händelse (under Q1/2018) varför vi inte föreslår några ytterligare åtgärder när det gäller själva SIP-processen.

Vi föreslår också att denna analys publiceras på regionens hemsida samt i Nitha så att denna händelse kan fungera som ett lärande för andra verksamheter.

Inga åtgärder har, såvitt analysteamet informerats, vidtagits omedelbart.

7 Tidsåtgång/utredningskostnader

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare/uppdragsgivare	160
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	145

Schablonmässigt beräknad bruttolönekostnad för utredning

Analysledare	52000
Uppdragsgivare	14800
Analysteam	7800
Involverade övrigt	3600
Tillkommer kostnad för tidigare försök till utredning	16000
Total utredningskostnad	94200:-

8 Hälsocentralens verksamhetschefs kommentarer

8.1 Åtgärder

Jag vill inleda med att påpeka att aktuellt patientfall inträffat nästan ett år innan jag tillträdde som verksamhetschef. Jag har efter bästa förmåga försökt sätta mig in i detta fall.

Jag noterar att aktuell patient fått dosett delad av kommunsköterska fram till 150316. Därefter finns det ett "glapp" fram till 160225 där det saknas beskrivning av hur patienten fått i sig sina läkemedel under tiden hon tillhört psykiatrin, däremot finns en kommentar att hon är psykiskt stabil vid tidpunkten. Har patienten själv klarat av att ta sina läkemedel här? Det hade kunnat förklara varför patienten inte överfördes till hemsjukvården vid den odokumenterade SIP som utfördes 160310.

Den brist vi i alla fall identifierat är att det inte blev uppmärksammat att denna patient var i behov av hemsjukvård och därmed hade fått sin läkemedelshantering säkrad. Det framgår ju av noteringar att hemtjänsten uppmärksammar en ökande försämring i det psykiska måendet under. Hade SIP genomförts hade detta upptäckts, och det är ju den som identifierar behovet av – i det här fallet hemsjukvård/läkemedelsdelegering – som ska kalla till en SIP. Jag ser inte att detta är en fråga om egenvårdsbedömning utan det handlar om att behovet av hemsjukvård aldrig påkallades via SIP.

Apropå den remiss som inkom från medicin till hälsocentralen och som besvaras 170417; här har man från hälsocentralen erbjudit läkarbesök 170424 som patienten avböjer, man har tom försökt övertala patienten att komma men utan att lyckas. Det finns överhuvudtaget ingen dokumenterad kontakt mellan patient och hälsocentral mellan 170424 – 180124. Under denna tid har patienten blivit inlagd på medicinkliniken, erbjudits SIP pga att man haft funderingar över hemsituationen, men patienten nekar och vill inte medverka till detta.

Man kan konstatera att alla inblandade parter vid olika tillfällena borde ha tagit sitt ansvar och kallat till SIP och därmed säkrat läkemedelsintag och uppföljning.

En brist vi på Hälsocentralen identifierat är vår egen rutin för förnyande av DOS-recept. I dagsläget finns det flera "vägar in" vad gäller förnyelsen. Att inte ansvarig läkare får en signal via Pascal om att DOS-recept håller på att ta slut är en stor brist som jag vet att andra verksamheter påtalat redan innan denna händelse. Själva begäran om förnyelse går alltid initialt till patienten. Därefter kan den komma till oss genom att skickas med posten, den kan läggas i vår receptbrevlåda utanför Hälsocentralen eller så kan hemtjänstens personal komma med den och ge den i handen till valfri personal hos oss fvb till läkare. Det är självklart inte ett säkert hanterande och är inte en del av vår nuvarande rutin. Vi kommer att se över detta omgående tillsammans med kommunens MAS. Vad gäller patienter som INTE hör till hemsjukvården måste ju ansvaret för inlämnandet av förnyelse ligga på patienten själv alternativt anhörig. Finns det behov av annan lösning måste ju SIP påkallas och så får man anslutas till hemsjukvården.

Vad gäller fast vårdkontakt; i samband med SIP utser man fast vårdkontakt och det hade sannolikt blivit den kommunala sjuksköterskan i det här fallet.

Alla tillsvidareanställda läkare har gedigen kunskap om Pascal, och alla utbildningsläkare får noggrann genomgång av detta med respektive handledare. Självklart ska vi fortsätta med den utbildning i Pascal som finns i dagsläget, ser ni något behov av utbildning utöver det får ni gärna specificera det.

Beträffande utbildningstillfällen i dokumentation, regelverk och juridik så är det ett eget ansvar man har som legitimerad personal att hålla sig uppdaterad inom gällande ramar. Inget utbildningstillfälle finns inplanerat närmaste tiden. Eftersom problemet handlar om upprättande av SIP så bör en eventuell utbildning istället handla om ansvaret för patienter med kognitiv svikt, och denna kan med fördel vara gemensam för inblandade parter.

Journalgranskningar är en bra idé som vi funderat på att införa inom en framtid.

Vad gäller remisshanteringsprocessen (Ge2 i VAS) så är den redan under omarbetning utifrån att vi haft en bristfällig kontroll. Däremot ser vi inte att vi hanterat inkomna remisser i det här fallet felaktigt. Patienten har blivit erbjuden tid hos läkare men avböjt trots övertalningsförsök från vår sida.

8.2 Återkoppling

Planerar att efter Ivo's beslut gå genom detta fall på en APT då den visar på en kedjereaktion av händelser som till slut får ett tragiskt slut. Vad gäller en eventuell återkoppling till närstående så avvaktar jag även med detta till efter Ivo's bedömning.

8.3 Uppföljning

Ett gemensamt fortsatt samverkansarbete mellan inblandade parter vad gäller hantering av patienter med kognitiv svikt är på sin plats för att få tydliga rutiner på plats, behöver dock förankra detta i övriga verksamheter.

Vår rutin om förnyelse av DOS-recept i Pascal kommer omgående att uppdateras i samarbete med min medicinska rådgivare och kommunens MAS.

Implementeringen och förbättring av hantering av fast vårdkontakt är ständigt pågående.

Journalgranskningar som ett internkontrollsystem är en god idé som vi avser inleda under 2019.

Översyn av remisshanteringsprocessen pågår redan.

9 Psykiatrins verksamhetschefs kommentarer

9.1 Åtgärder

Vi ser vikten i att arbeta med ansvarsförhållanden, att dessa är kommunicerade och accepterade av alla parter vad gäller egenvårdsbedömningar. Vi har tillsammans med övriga psykiatrin i länet beslutat om ett gemensamt arbete gällande egenvård.

Det pågår sedan en tid tillbaka ett arbete med omvårdnad och dokumentation (vitala parametrar, fall, riskanalyser mm) Vi tittar på vilka delar vi inom specialistpsykiatrin speciellt bör titta på och hur vi skall dokumentera. Arbetsgruppen kommer även att utbilda sina kollegor.

Vi anser inte att vi kan ha gemensamma utbildningar tillsammans med HC då våra verksamheter har olika system, olika arbetssätt, behov av dokumentation tex LPT/LRV/LVM/PTL/ÖRV.

Vad gäller journalgranskning pågår MJG-Markörbaserad journalgranskning i vår verksamhet sedan 2015. Vi granskar 5 sporadiska journaler per månad efter de markörer som SKL tagit fram. Vi har en speciell grupp med utsett uppdrag för detta.

Inom psykiatrin har vi börjat lägga in patienter i bevakningslista i VAS vad gäller Pascal så fort vi upptäckte att Pascal inte längre skickar ut information om förnyelse till vårdverksamheten.

9.2 Återkoppling

Alla händelseanalyser tas p APT i både öppen- slutenvård i lärande syfte. Vi bevakar och följer upp att de åtgärder vi beslutat om också görs, plan för implementering och uppföljning, tidssatt. Många av de föreslagna åtgärderna är redan påbörjade hos oss.

9.3 Uppföljning

Regelbunden uppföljning som är tidsplanerad enligt införandeplanen för åtgärderna. Vid behov om uppföljningen ej visar på förbättringar måste nya åtgärder vidtas.

10 Medicinklinikens (hemsjukhus)verksamhetschefs kommentarer

10.1 Åtgärder

De åtgärder som redovisas är konkreta och realistiska. Ansvarig för åtgärderna utförs är verksamhetschefen. Vissa av de föreslagna åtgärder är förändrade i samband med att den nya lagen om samordnad individuell planträdde i kraft i januari 2018. Det gäller hur egenvårdsbedömningar skall göras och hur de ska dokumenteras. Förbättrad kommunikation genom SBAR finns med i vår verksamhetsplan för 2019.

10.2 Återkoppling

Verksamhetschefen återkopplar till läkare och enhetschefer vid läkarmöte och ledningsmöte. Återkoppling till medarbetare sker vid APT i ett lärande syfte

10.3 Uppföljning

Handlingsplanen följs upp vid ledningsmöten. Uppföljning av hur riktlinjerna för samverkan vid Samordnad individuell plan efterföljs sker vid återkommande avstämningsmöten samt vid samverkansmöten mellan regionen och kommunen

11 Socialchefens kommentarer

11.1 Åtgärder

Dokumentationsutbildning till vård- och omsorgspersonal har under 2018 genomförts på hela socialförvaltningen i samband med införandet av IBIC (individens behov i centrum). Utbildningarna i

IBIC och social dokumentation fortsätter under 2019 och regelbundna handledningstillfällen (riktade till vård- och omsorgspersonal samt enhetschefer) kring IBIC och social dokumentation påbörjas också under 2019.

Interna journalgranskningar är också en kvalitetssäkring som behöver göras i verksamheterna. En rutin för detta finns på hälso- och sjukvårdssidan men ännu inte kring den sociala dokumentationen. Det är uppmärksammat och planering för åtgärder har påbörjats.

De flesta biståndshandläggare har MI utbildning. De hanterar ofta situationer där motivationsarbete och uppsökande verksamhet behövs för att försöka förmå brukare att ansöka om insatser frivilligt. Det är viktigt att komma ihåg att alla insatser via socialtjänstlagen är frivilliga och allt motiveringsarbete måste vägas mot den enskildes självbestämmande och integritet.

Skillnaden mellan egenvård och hälso- och sjukvård är ett område som behöver förtydligas. När det gäller egenvårdsbedömningar om läkemedel är det ordinerande läkare tillsammans med patienten som gör bedömningen. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå vilket innebär att egenvårdsbedömningar om läkemedel alltid åligger Regionen.

SBAR används aktivt i kommunen, men i de fall där patienten inte är hemsjukvårdspatient ska hemtjänstpersonal kontakta 1177 eller hälsocentralen.

11.2 Återkoppling

Socialchefen har erbjudits men avstår från att kommentera under denna rubrik

11.3 Uppföljning

Socialchefen har erbjudits men avstår från att kommentera under denna rubrik

12 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
Cisordinol	Läkemedel mot vissa psykiatriska besvär
Eliquis	Läkemedel blodproppsförebyggande
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Haematom	Blåmärken
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Ischemi	Syrebrist
KPP	Kostnad per patient
Nebulisator	Medicinsk-tekniskt hjälpmedel som underlättar vid inhalation av läkemedel
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Postoperativ sepsis	Blodförgiftning i efterförloppet av operation
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Sacrum	Korsben –den del av ryggen som ingår i bäckengördeln
Sepsis	Generell infektion (blodförgiftning)
SIP	Samordnad Individuell Vårdplan
SoL-insats	Insatser enligt socialtjänstlagen
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
Zopiklon	Sömntablett

13 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Bevakningsfunktioner i VAS

Bilaga 3: Fast vårdkontakt, landstingsövergripande rutin

Bilaga 4: Meddelandeblad nr 9/2012 om fast vårdkontakt

Bilaga 5: Meddelandeblad nr 6/2013 om bedömning av egenvård

Bilaga 6: Handlingsplaner