

Kunskapsbanksnummer: KB3607377

Datum: 2018-07-05

## **Händelseanalys**

**Själv mord**

Oktober 2017

## Sammanfattning

Händelse där person som haft långvarig kontakt med psykiatri för självmordshandlingar, svår depression samt alkohol- och beroendeproblematik genomför självmord.

I analysen framkommer återkommande brister i uppföljningar exempelvis avseende; höga värden på alkoholmarkörer, lågt Litium-värde av vid provtagning, hög självmordsrisk.

Fullständig basutredning är inte genomförd enligt riktlinje. Suiciduppföljning är inte dokumenterad enligt PM. Närstående inbjuds inte att medverka/närvara vid samtal tillsammans med patienten. Försök att motivera patient till anhörigsamtal saknas.

Åtgärdsförslag kopplat till omgivning & organisation och utbildning & kompetens bedöms angelägen då det varit hög omsättning på medarbetare och ledning.

Exempel på åtgärdsförslag:

- Säkerställa struktur och ansvar för genomförande av gällande och nya rutiner kopplad till vårdprocessen inom verksamheten genom återkommande internutbildning för medarbetare inom verksamhetsområdet
- rekrytering och utbildning av psykiatrisjuksköterskor för att säkerställa läkemedelsuppföljning
- säkerställa genomförande och dokumentation av suicidriskbedömning enligt gällande PM/riktlinjer genom återkommande utbildning och information
- utforma riktlinjer/arbetsätt för hur närstående kan involveras i samråd med patient enligt personcentrerad vård

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	4
2	Deltagare i analysteam .....	4
3	Metodik .....	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp .....	5
4.2	Bakomliggande orsaker .....	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	9
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	9
4.5	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång .....	11
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling .....	12
6.3	Uppföljning .....	12
7	Ordförklaringar .....	12
8	Bilagor.....	13

## 1 Uppdrag

Genomföra Händelseanalys efter genomförd suicid

### 1.1 Uppdragsgivare

Chefsöverläkare psykiatrisk verksamhet

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-14

Startdatum: 2017-11-21

### 1.3 Återföringsdatum

Tid från uppstart med intervjuer till analysmöte har påverkats av tillgång till analysteam.

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

**Roll / titel**

Analysledare/Vårdadministratör

Analysteammedlem/Sjuksköterska

Analysteammedlem/Skötare

Vice analysledare/Utv. ledare, socionom

Analysteammedlem/Psykolog

Analysteammedlem/Läkare

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal, läkare, sjuksköterskor (2 st), skötare
- Intervju med närstående (2)
- Lagar/förordningar/föreskrifter: Rutin Suicidprevention, Säker intern vårdövergång – vuxenpsykiatri, Litium, insättning och behandling – vuxenpsykiatri, Journalskrivning - vuxenpsykiatri
- Journalhandlingar

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

44 årig person som haft långvarig kontakt med psykiatrin för självmordshandlingar, svår depression samt alkohol- och beroendeproblematik.

Patienten har under senaste året haft tre vårdperioder inom psykiatrisk heldygnsvård efter självmordsförsök. Därefter haft tät kontakt med psykiatrisk öppenvård och dagsjukvård för behandling med dialektisk beteendeterapi (DBT-behandling).

1.

Vårdtillfälle 1, februari

Under vårdtillfället har det genomförts en skattning av bipolär sjukdom. Det saknas uppgift om fullständig basutredning, som innefattar fullständig anamnes samt skattnings- och bedömningsskalor som används vid bedömning/utredning till samtliga patienter inom psykiatrisk vård, genomförts.

Felhändelse

I journal saknas dokumentation avseende resultatet från skattningen av bipolär sjukdom. Ingen fullständig basutredning är genomförd och dokumenterad enligt riktlinje.

2.

Vårdtillfälle 1, april

Efter ett allvarligt självmordsförsök begär patienten på eget initiativ sekretess, vilket innebär att personal inte får lämna uppgifter om patienten till någon. Vid händelse när patient avviker från avdelningen, kan personal inte få kontakt med patienten via mobil eftersom de saknar uppgift om

Kunskapsbanksnummer: KB3607377

patientens mobiltelefonnummer. Personal ringer närstående och frågar efter patientens mobiltelefonnummer, vilket närstående lämnar.

Närstående blir efter samtalet orolig och ringer upp igen för att få veta hur länge patienten varit ute. Personal som närstående nyss talat med förnekar då att patienten finns inskriven på avdelningen och lämnar ingen information till närstående, hänvisar till sekretess.

Felhändelse

Personal bryter patientens sekretess. Uppgift om patientens telefonnummer saknas i journal.

3.

Vårdtillfälle 1, utskrivning april

Patienten skrivs ut från heldygnsvården och plan för fortsatt kontakt med dagsjukvård. Vid utskrivning planeras uppföljande kontakt och hembesök från mobila teamet. Suiciduppföljning genomförs. Planeras uppföljande kontakt och hembesök från mobila teamet.

Felhändelse

Suiciduppföljning är inte dokumenterad enligt PM, saknas uppgift om vilka bedömningsinstrument som använts. Ingen uppföljande kontakt eller hembesök sker från mobila teamet.

Vid utskrivning från heldygnsvård planerades uppföljning av mobila teamet utan att förmedla uppdraget till det Mobila teamet. Planerade uppföljningar saknas i uppdragsanmälan.

4.

Vårdtillfälle 2, april - maj

Patienten är åter inskriven i heldygnsvård en vecka efter föregående utskrivning på grund av tilltagande självmordstankar och självskada.

Skrivs ut med plan om fortsatt uppföljning av Mobila teamet samt öppenvården. Patienten har, enligt provtagning som visar alkoholintag, höga alkoholmarkörer.

Felhändelse

Ingen uppföljning genomförs av patientens vården med höga alkoholmarkörer. Provet togs när patienten var inom heldygnsvården, det saknas planering för uppföljning i uppdragsanmälan och i vårdplan.

5.

Läkemedelsbehandling, juli - september

Läkemedelsbehandling med Litium (läkemedel som verkar förebyggande mot både manisk och onormal upprymdhet och depressiva faser hos patienter med bipolär sjukdom) påbörjas under juli månad och pågår till september månad. Gränsvärde ska ligga på 0,5. Vid återkommande efterföljande provtagningar låg värdet på 0,3. Patienten uttryckte oro över lågt värde, tog även upp det med närstående.

#### Felhändelse

Lågt värde vid provtagningar följs inte upp av sjuksköterska och läkare. Ingen möter patientens oro över lågt värde av Litium vid provtagning.

P har ingen kontakt sjuksköterska för uppföljning av Litium då det saknas sjuksköterska med speciell kompetens avseende läkemedelsbehandling med Litium vid aktuell mottagning, inget läkarbesök genomförs.

6.

#### Dagsjukvård, behandling, augusti

Patienten har utlovats behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT-behandling) under hösten, behandling ändras till dialektisk beteendeterapi (DBT-behandling) som kommer starta med färdighetsträning. Orsak till ändrad behandlingsplan förmedlas inte till patient/närstående vilket enligt närstående upplevdes oklart för patienten.

#### Felhändelse

Patienten informeras inte och är inte delaktig i vårdplanen, närstående involveras inte

Närstående inbjuds inte att medverka/närvara vid samtal tillsammans med patienten. Försök att motivera patienten till anhörigsamtal saknas. Patientens tidigare önskan om sekretess kan ha påverkat att inte involvera närstående.

7.

#### Gruppsamtal 1. Dagsjukvård, oktober

Patienten kommer till psykiatrisk dagsjukvård för färdighetsträning med gruppsamtal. Patienten är klar och orienterad, talar om "repet" som hen har hemma men nu har monterat ner och löst upp knutarna. DBT behandling är planerad att starta upp, patienten säger sig kunna använda redskap från DBT-behandlingen och känner sig trygg i att inte åter göra en snara. Självmodsrisk bedöms låg vid besök men alltid förhöjd kopplat till patientens diagnoser

#### Felhändelse

Närstående fick ingen information om aktiviteter och tankar som patienten hade kring självmordsplaner.

Dokumentation av självmordsrisk sker inte enligt riktlinjer.

Närstående inbjuds inte att medverka/närvara vid samtal tillsammans med patienten. Försök att motivera patienten till anhörigsamtal saknas.

8.

Gruppsamtal 2. Dagsjukvård, oktober

P deltar aktivt i patientgrupp med allmän färdighetsträning. Patienten har svårt att inte prata om/berätta i gruppen att hen "har ett rep hemma".

Träffar efter psykiatrisk dagsjukvård en sjuksköterska för medicinering.

Självordsrisk bedöms och dokumenteras "låg vid besök men hög på hemmaplan relaterat till patientens impulsivitet".

Felhändelse

Bedömning att patienten har hög självordsrisk på hemmaplan kommuniceras/säkerställs inte i samråd med patient och närstående.

Hög självordsrisk för patienten på hemmaplan följs inte upp kommuniceras inte med mobila teamet.

Närstående inbjuds inte att medverka/närvara vid samtal tillsammans med patienten. Försök att motivera patient till anhörigsamtal saknas.

Händelsens utfall

Dagen efter psykiatrisk dagsjukvård, gruppsamtal två, ringer närstående och bekräftar att patienten har genomfört självmord i hemmet genom hängning.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

### *Kommunikation & information*

- Saknas dokumentation i journal och uppföljning/dialog med patient avseende läkemedelsbehandling
- Återkommande dialog med patient om och hur närstående kan/ej ska informeras/involveras saknas
- Bristande kommunikation mellan olika vårdgivare inom verksamheten
- Planerade uppföljningar saknas i uppdragsanmälan



#### *Omgivning & organisation*

- Oklar intern organisation för handläggning av patient med beroendeproblematik
- Omsättning av personal och ledning vid enhet har påverkat

#### *Procedurer/rutiner & riktlinjer*

- Arbetsätt med uppdragsanmälan är oklar
- Inte följt "Rutin kring basutredning i heldygnsvård".
- Inte följt riktlinjer för dokumentation. Uppgifter som saknas har inte uppmärksammats vid överföring från HDV till ÖV enligt rutin "Säker intern vårdövergång-Vuxenpsykiatri"
- Läkare bör ha kontaktats för säkerhetsplanering av patientens höga självmordsrisk på hemmaplan
- Patientdata uppdaterades inte med patientens telefonnummer vid inskrivning

#### *Utbildning & kompetens*

- Hög omsättning på personal/ledning påverkar kompetens och erfarenhet
- Otillräcklig kompetens för att säkerställa läkemedelsuppföljning (Litium)
- Suicidbedömning, är inte dokumenterad enligt gällande riktlinjer

### **4.3 Bifynd och andra upptäckta risker**

Oklart om det finns handlingsplaner/strategier för gruppbehandling, vid situation när person som medverkat i gruppbehandling genomfört självmord, och i gruppen pratat öppet om planer och aktiviteter för detta.

### **4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader**

Patient avliden

## 4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag kopplat till *omgivning & organisation* och *utbildning & kompetens* bedöms angelägen då det varit hög omsättning på medarbetare och ledning

- Säkerställa struktur och ansvar för genomförande av gällande och nya rutiner kopplad till vårdprocessen inom verksamheten genom återkommande internutbildning för medarbetare inom verksamhetsområdet
- rekrytering och utbildning av psykiatrisjuksköterskor för att säkerställa läkemedelsuppföljning
- struktur för intern samverkan för specifik medicinsk uppföljning, ex Litiumbehandling
- att varje mottagning har tillgång till beroendeteam
- säkerställa genomförande och dokumentation av suicidriskbedömning enligt gällande PM/riktlinjer genom återkommande utbildning och information
- utforma riktlinjer/arbetsätt för hur närstående kan involveras i samråd med patient enligt personcentrerad vård

Åtgärdsförslag kopplat till *procedurer/rutiner & riktlinjer, kommunikation & information*

- säkerställa följsamhet till gällande riktlinjer med basutredning inom både heldygnsvård och öppenvård
- utveckla rutin med checklista om vad som skall ingå i uppdragsanmälan och åtgärd när planerade uppföljningar saknas i uppdragsanmälan.
- utveckla rutin med checklista för åtgärdsteam, stöd för att uppmärksamma och planera genomförande, om t ex basutredning eller andra viktiga hållpunkter saknas.
- informera ny personal om arbetsätt med att involvera patient/närstående i aktuell läkemedelsuppföljning
- säkerställa följsamhet till riktlinje att uppdatera patientdata vid inskrivning så att aktuella telefonnummer uppdateras
- säkerställa med läkarkontakt för åtgärd/krisplan när självmordsplaner uttalas och självmordsrisk bedöms hög, framförallt i hemmet.
- Tydliggöra/checklista vad om skall ingå i uppdragsanmälan

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	15
För analysteam	37
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	57

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Patienten kommer från långvarig vård inom regionen all information som en bas-utredning kan ge fanns redan tillgänglig. Bas-utredning är inte till för dessa patienter utan för att skaffa initial kunskap om nya patienter. Skrivningarna kring självmordsrisk är märkliga både i journal och vid händelseanalysen. Självmordsbedömningarna formuleras som om det risken för självmord under pågående samtal som bedöms och inte risken för självmord den närmsta tiden. Syftet med bedömningen är ju om man vågar låta patienten gå hem eller behöver läggas in på heldygnsvård. Vid hög risk kan LPT vara tillämplig och behöver prövas. Att skriva låg aktuellrisk men hög i hemmet tyder på att syftet med suicidbedömningar inte finns med i bedömningen. Detta måste åtgärdas så att all personal förstår syftet med suicidriskbedömning och vilka skyldigheter det innebär att konstatera hög risk, ansvarig läkare eller bakjour skall alltid informeras vid hög risk. Instruktion finns men behöver skrivas om tydligare och mer lättfattlig.

I samband med avvikande från heldygnsvård togs kontakt med anhöriga för att få kontaktuppgift till patienten vilket anges att felaktigt ha brutit sekretessen. Stor fara för patient eller andra kan vara sekretessbrytande och i det här fallet är det en rimlig åtgärd som en följd av tidigare misstag. Misstaget som ledde till sekretessbrottet var snarare att inte aktuella kontaktuppgifter fanns eller kontrollerades. Spridande av felaktig syn på egenvald sekretess kan utgöra en risk för felaktiga beslut i krissituationer och ett märkligt bemötande av anhöriga. Efter utskrivning genomfördes aldrig planerad suicidriskbedömning eller också gjordes det men dokumenterades inte ordentligt, kritiken är lite otydlig på den punkten. Patienten fick kontakt med psykiatriska öppenvården efter denna så missen var inte avgörande för förloppet men patienten utsattes för risk i och med detta och risk finns även för upprepning om rutiner inte följs. Rutinerna följs upp kontinuerligt men det finns ingen kontrollfunktion när de missas eller när uppdraget försvinner på vägen. Minimering av risken för att uppdrag försvinner mellan öppenvård och heldygnsvård hanteras i processarbetet och möjligheten att pröva något kontrollsystem undersöks.

Rekrytering av sjuksköterskor och annan nödvändig personal är ständigt pågående men det är oklart varför det finns med som åtgärdsförslag då personalbrist inte identifierats som en möjlig orsak.

Byte från planerad KBT utan tydlig ordinationsändring är mycket tveksam och det ser ut som om det är administrativa skäl snarare än patientöverväganden som motiverat. I vår verksamhet är det en tydlig sänkning av kvalifikationsnivå på behandlingen. Beroendeproblematik är en så vanlig samsjuklighet hos våra patienter att dessa inte kan förväntas tas om hand av ett beroende team. All personal inom psykiatri behövs ha kunskap om de mest basala aspekterna av beroendesamsjuklighet- Riskerna med att skjuta över ansvar i frågan utan kompetens gör att sådant team inte används rätt eller effektivt. En förhöjd biomarkör skall kunna hanteras och följas upp i ordinarie vård, precis som ett lågt litium-värde. Frånvaro av Litiumsköterska kommer att hända men verksamheten får inte vara helt beroende av enskilda individer för att upprätthålla patientsäkerhet vid provsvar. Det finns alltid en ansvarig läkare på mottagningen som måste informeras vid avvikande provsvar.

Engagerade anhöriga är en skyddsfaktor. Involverande av anhöriga i vården kring en patient är en viktig del av vårt arbetssätt men också vår skyldighet. Detta måste ske med patientens medgivande och vid tveksamhet förväntas motiverande försök göras. Patientens hållning i frågan har inte dokumenterats och därför förmodas vår skyldighet att involvera anhöriga ha missats.

Det pekas i händelseanalysen ut en rad brister där några av dem ses som allvarliga och tillsammans kan ha bidragit till att otillräckliga åtgärder sattes in. Ur verksamhetsperspektiv ses tre tydliga brister i händelseförloppet i självmordets närhet: fynd kring förhöjd självmordsrisk och avvikande biomarkörer har inte tagits till läkare. Anhöriga ha inte involverats och man har inte arbetat med frågan. Den kompetens som finns på mottagningen har inte kommit patienten till godo utan patienten har blivit kvar på dagsjukvården.

## 6.2 Återkoppling

Händelseanalysen återkopplas i ledningsgrupp och enhetschef informerar respektive personalgrupp och berörd enhetschef informerar anhörig.

## 6.3 Uppföljning

Suicidriskbedömningarna behöver följas upp. Och pågående journalgranskning har fokus på självmordsrisk och hur denna dokumenteras. Denna skall förstärkas så att även följdåtgärd såsom kontakt med ansvarig läkare eller bakjour kan redovisas. Anhörigperspektiv behöver förstärkas och upptäckas i annat skede än detta. Möjligheten att komplettera patientenkät med anhörigenkät undersöks. Utrymme finns i kvalitetsregister men våra patienter tillhör olika register som sköts med väldigt olika täckning.

## 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
PET	Ett laboratorieprov som visar alkoholintag.
DBT-terapi	Dialektisk beteendeterapi, en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning
Litium	Läkemedel som verkar förebyggande mot både maniska (onormal upprymdhet) och depressiva (uttalad nedstämdhet) faser hos patienter med bipolär sjukdom
KBT-behandling	Kognitiv beteendeterapi, ett samlingsnamn för psykoterapier där man tränar på att använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska problem

## 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan