

# Händelseanalys

Analysledare:

Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

Uppdrag att göra en händelseanalys har givits av verksamhetschefen i syfte att identifiera orsaker som kan ha bidragit till händelsen och att föreslå åtgärder som kan förhindra upprepning.

Patient som både vårdats ineliggande och haft kontakt med den psykiatriska öppenvården, tog sitt liv genom att intoxikera sig cirka nio månader efter påbörjad kontakt.

Patienten hade efter flera års avhållsamhet börjat missbruka droger de senaste två åren och hade en psykiatrisk samsjuklighet i form av allvarlig depression. Hen hade arbete och familj med minderåriga barn.

Hen efterfrågade, men hann inte få psykologisk behandling som en hjälp för att inte utsätta sina barn för liknande svåra erfarenheter som hen själv gjort i sin uppväxt.

Till att börja med uppnåddes en god behandlingskontakt med patienten med hjälp av stödjande samtal och medicinering. Insatserna var dock sannolikt inte tillräckliga för patienten "tappades" efter en tids kontakt.

*Analysen har visat att:*

- Orosanmälan gällande barnen enligt 14 kap 1§ Socialtjänstlagen inte har gjorts.
- Systemet för prioriteringar av väntelistor till psykolog för bedömning/behandling behöver ses över då det inte ger alla patienter samma möjligheter till psykologisk behandling.

### Åtgärdsförslag

Påminna om att hälso- och sjukvårdspersonal enligt 14 kap 1§ Socialtjänstlagen är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detta är viktigt att uppmärksamma även i de fall när barn redan är föremål för insatser från socialtjänsten. Genomgång av rutin och var på hemsidan de återfinns görs obligatoriskt i introduktionsprogrammet för nya medarbetare

Förändra nuvarande arbetssätt gällande prioriteringar för väntelista till psykolog för bedömning/behandling i syfte att patienter ska få tillgång till vård på lika villkor.

## 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.....	4
4.1	Händelseförlopp .....	4
4.2	Bakomliggande orsaker .....	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	9
4.5	Åtgärdsförslag.....	9
5	Tidsåtgång .....	9
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling .....	10
6.3	Uppföljning .....	10
7	Ordförklaringar .....	11
8	Bilagor.....	12

# 1 Uppdrag

Verksamhetschef för Psykiatriska kliniken har givit i uppdrag att göra en händelseanalys. Syftet är att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknas samt få kunskap om hur och varför denna allvarliga händelse inträffade.

## 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef  
Psykiatrisk klinik  
Västra Götalandsregionen

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-06-26

Startdatum: 2017-08-25

## 1.3 Återföringsdatum

2018-01-23.

# 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

<b>Roll/titel</b>	<b>Enhet</b>
Analysledare/Verksamhetsutvecklare	Psykiatrisk klinik
Vice analysledare/Verksamhetsutvecklare	Psykiatrisk klinik

# 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

Avvikelse rapport

Intervjuer med läkare, enhetschef, psykolog och sjuksköterska.

Journalhandlingar

Riktlinjer/rutiner: Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende och RMR

Utredning/behandling av akut suicidalitet hos vuxna

Telefonsamtal med patientens sambo.

# 4 Resultat

## 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Patient i 30-årsåldern utan tidigare kontakt med psykiatri. Psykiatrisk problematik i form av depression med psykotiska inslag och beroendeproblematik.

1.

Dag 1-18

Inläggning inom heldygnsvård.

Patienten söker för att hen inte vill att hens barn ska uppleva det hen fick uppleva som liten.

Patienten har skickat en egenremiss som inkom till öppenvården en dryg vecka tidigare. Erbjuden tid för nybesök senareläggs med anledning av att patienten läggs in på avdelning. Svår depressiv period med paranoida symtom samt avancerad alkoholöverkonsumtion, suicidplaner samt upplevelse av att vara förföljd. Flera suicidförsök i unga år. Ordinerar läkemedel mot depression och psykos. Patienten vill ha hjälp av psykolog med strategier mot ångest och paranoida tankar. Två inplanerade besök hos avdelningens psykolog ställs in under sjukhusvistelsen och ingen ny tid inplaneras. Diskussion förs om patienten ska föras över till beroendeavdelning men detta genomförs inte.

Patienten skrivs ut avsevärt förbättrad. Vårdtid 17 dagar. Under vistelsen lämnar patienten oroväckande information om situationen i hemmet där det finns minderåriga barn.

#### ***Felhändelse***

Personal inom heldygnsvård gör ingen anmälan till socialtjänsten.

2.

Dag 27

Nybesök i öppenvården hos sjuksköterska. Patientens uttrycker önskemål om hjälp med att bibehålla psykisk stabilitet och nykterhet. Senare även en bearbetande kontakt pga. upplevda trauman.

3.

Dag 39

Teamkonferens.

Beslut, Patientens får PAL och kallas till denna samt sjuksköterska.

#### ***Felhändelse***

Patientens önskemål om psykologkontakt tas inte upp på konferensen.

4.

Dag 43-45

Inläggning inom heldygnsvård.

Patienten har först sökt akut på annat sjukhus. Patientens egen planering är nu att ha kontakt med sjuksköterska 1gång/vecka istället för varannan vecka.

5.

Dag 53

Patienten på besök hos läkare och sjuksköterska. Patienten positiv till kontakt med kommunen för stöd i missbruk. Mår relativt bra, tar antabus.

### **Felhändelse**

Kontakt tas inte med kommunen för stöd i missbruk.

6.

Dag 63

Återbesök till sjuksköterska. Patienten har känt sig orkeslös, har nedsatt aptit, lättirriterad och utan kraft. Drogtest tas, negativ på samtliga substanser. Sjukskrivning diskuteras men patienten vill fortsätta att arbeta 50 %.

7.

Dag 69

Återbesök till läkare och sjuksköterska. Patienten, partner och barn deltar. Patienten mår i dag sämre. Framkommer under besöket att hen på eget initiativ minskat dosen avseende sin antidepressiva medicin. Istället för ordination två tabletter/dag har patienten endast tagit en tablett. Läkare fattar beslut att höja medicindosen igen.

8.

Dag 77

Inplanerat uppföljningsbesök ersätts av ett telefonsamtal på grund av sjukdom hos patienten. Hen har ökat sin dos avseende antidepressiv medicin igen och upplever bättre energi.

9.

Dag 83

Telefonsamtal med läkare. Patienten är sämre i sitt mående, upplever sig nedstämd. Beslut fattas om tätare kontakt på mottagningen.

10.

Dag 117

Patienten på återbesök till sjuksköterska. Patienten har själv slutat med truxal och antabus. Lovar sjuksköterskan att ej sluta med antidepressiv medicin utan att ha en färdig plan tillsammans med vården. Patienten upplevs klar och adekvat och fin i kontakten. Uttrycker nu återigen önskan om kontakt med psykolog.

11.

Dag 123

Teamkonferens. Patientens önskan om psykologkontakt tas upp. Patienten sätts upp på väntelista.

**Felhändelse**

Patienten erhöill prioritet medel trots att hen uppfyllde kriterier för högre prioritering: Kliniskt behov, ordnad social situation och angelägenhet ur barnperspektiv.

12.

Dag 137

Patientens partner tar kontakt. Är orolig för patienten som senaste 3 veckorna blivit allt mer trött och verbalt aggressiv. Patienten har begett sig hemifrån och partnern befarar att hen börjat dricka igen. Partnern uppmanas be patienten söka vård alt polis om hen misstänker att patienten kan göra sig själv illa.

13.

Dag 138

Akut hembesök pga. att patienten under gårdagen varit berusad och uppträtt stökigt. Polis har tillkallats. Orosanmälan ska göras.

**Felhändelse**

Personal inom öppenvård gör ingen anmälan till socialtjänsten.

14.

Dag 139

Telefonkontakt för att erbjuda besökstid. Patienten kan inte komma, vill försöka gå till jobbet under morgondagen. Har skuld känslor och ångest för att ha återfallit i drickande och för att personal sett patienten "agera" under gårdagen.

Vid samtal med patientens partner uttrycker denne behov av anhörigstöd.

15.

Dag 157

Patienten uteblir från besök till sjuksköterska. När patienten blir uppringd har hen haft mycket på jobbet och därför missat tiden.

16.

Dag 191

Patienten uteblir från inbokat läkarbesök. Patienten ska kallas igen och bedömningen är att avvakta besöket för vidare uppföljning.

17.

Dag 236-239

Patienten vårdas inom heldygnsvård efter att hen intoxikerat sig.

18.

Dag 241

Konferens. Patienten lyfts på team efter intoxikeringen och kommer att erbjudas psykologkontakt om 3 månader. Familjesamtal planeras men tid för detta bokas inte in. Föreslås även att patienten tar kontakt med kommunal krisenhet.

19.

Dag 258

Patienten kommer på spontanbesök till mottagningen då hen har behov av nytt recept. Har fått kallelse till psykolog till hösten och ser fram emot det. Patienten har separerat, flyttat till eget boende och har fått ett nytt jobb. Patienten informeras om vikten av att hålla kontakt med mottagningen om hen inte vill bli utremitterad. Patienten erbjöds uppföljningstid men ville avvakta tills psykologkontakten inleddes pga. att hen flyttat till annan ort längre bort från mottagningen.

Dag 265/266

Patienten suiciderar i hemmet efter en intoxikering av alkohol och tabletter.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan. I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information, Utbildning & kompetens, Omgivning & organisation och Teknik, utrustning & apparatur.

### Procedurer/Rutiner & riktlinjer

Lagstiftning gällande orosanmälan följdes inte. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att göra en anmälan till socialtjänsten även om kännedom finns om att pågående insatser redan finns i familjen.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Mottagningen har inga eller korta väntetider till psykologbehandling för de patienter som sätts upp på väntelista. Patienten uppfyllde kriterierna för att prioriteras; kliniskt behov, ordnad social situation och angelägenhet ur barnperspektiv. Patienten hade alltsedan hen aktualiserades uttryckt ett önskemål om psykoterapeutisk behandling för att hens barn inte skulle behöva uppleva det hen själv fick göra som liten. Patienten hade fått psykoterapeutisk behandling som ung och visste vad det innebär.

I "Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende" rekommenderas att olika typer av behandlingsinsatser sker samtidigt. Patienten skulle få påbörja psykologbehandlingen nästan 10 månader efter att hen aktualiserades på mottagningen. Att erbjuda en patient med psykisk ohälsa och missbruksproblematik en behandling i taget är inte förenligt med Socialstyrelsens rekommendation där det framgår att samtidig behandling ska erbjuds patient som lider av både missbruk och psykisk ohälsa. I "Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende" rekommenderar samtidiga behandlingsinsatser för personer med missbruk och annan psykiatrisk



samsjuklighet. Detta har inte beaktats fullt ut. Sammanfattningsvis så framstår väntetiden svårförståelig utifrån de kriterier som tillämpas och vad som uppges vara "normal väntetid" och det har inte heller under analysarbetet gått att skapa klarhet i detta.

Efterlevande partner säger sig vara mycket nöjd med det stöd patienten fick under vårdtiden och i öppenvård, med undantag av den långa väntetiden till psykolog. Patienten var mycket motiverad till en psykologkontakt vid tiden för utskrivning men partnern menar att patienten "hann ge upp".

Teamets psykolog har hand om två väntelistor. Dels en lista för dem som träffat psykolog under nybesöksutredning dels en lista för de patienter som aktualiserats av övriga teammedlemmar. För några patienter är det därför en väntelista för psykologbehandling medan det för övriga är en väntelista för bedömning om psykologbehandling ska erbjudas. Det innebär att förutsättningarna att få psykologbehandling skiljer sig åt mellan de patienter som har fått träffa psykolog redan under nybesöksutredning och övriga. Nuvarande arbetssätt riskerar att bidra till att patienter inte ges möjlighet till vård på lika villkor.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ingen skattning är gjord.

#### 4.5 Åtgärdsförslag

- Påminna om att hälso- och sjukvårdspersonal enligt 14 kap 1§ Socialtjänstlagen är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detta är viktigt att uppmärksamma även i de fall när barnet/barnen redan är föremål för insatser från socialtjänsten. Genomgång av riktlinjerna och var på hemsidan de återfinns görs obligatoriskt i introduktionsprogrammet för nya medarbetare Klinikens riktlinjer samt blanketter som finns på den interna hemsidan gås igenom. (Bifogas)
- Förändra nuvarande arbetssätt gällande prioriteringar för väntelista till psykolog för bedömning/behandling i syfte att patienter ska få tillgång till vård på lika villkor.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	22
För analysteam	26
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	8
SUMMA	56

## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

Se nedan

### **6.1 Åtgärder**

Verksamhetschefen bifaller de åtgärder som analysteamet presenterat, se bilaga 2 handlingsplan.

### **6.2 Återkoppling**

Verksamhetsutvecklarna återkopplar till administrativ klinikledning. Återkoppling till berörd enhet görs av verksamhetsutvecklare/enhetschef.

### **6.3 Uppföljning**

Se handlingsplan bilaga 2

## 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
Suicid	Själv mord
Intoxikera	Förgifta
PAL	Patient ansvarig läkare

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan