

Kunskapsbanksnummer: KB6292493

Datum: 2019-05-31

Händelseanalys

Patient född 1994 suiciderar under pågående vårdkontakter med primärvård och psykiatri

Oktober 2018

Analysledare:

Närsjukvård
Region Norrbotten

Sammanfattning

Uppdraget och syfte är att utreda orsaker till suicid samt kartlägga, identifiera systemfel och förslag på förebyggande åtgärder.

Patienten har haft mångårig kontakt med vården utifrån narkolepsi och psykiatrisk problematik. Fick narkolepsidiagnos 2009 och psykiatrisk diagnos 2018. Kontakter med vården har bestått av telefonbesök samt fysiska besök främst via neurolog och psykiatrimottaning – såväl slutenvård som öppenvård. Hen har haft en fast vårdkontakt via psykiatriska öppenvården. Föräldrarna har varit en del i hens utredning och behandling.

Felhändelser som framträder är bristande samverkan. Det saknas en dokumenterad planering för hens vård och behandling.

Bakomliggande orsaker anses handla om brister i rutiner gällande samordningsansvar samt brister i kommunikation och information till den enskilde.

Förbättringsområden med framförallt dokumentation av planering och hur denna ska kommuniceras till den enskilde.

Ärendet är rapporterat och handlagt i avvikelssystemet som vårdskada med katastrofal följd. Närstående är kontaktade och intervjuade och har fått lämna sina synpunkter och sin redogörelse. Även involverad personal har lämnat sin redogörelse. Verksamhetscheferna beklagar det inträffade och ser allvarligt på händelsen.

Sannolikheten för återupprepaning av händelsen bedöms som liten. Åtgärdsförslagen ses som hjälp till förbättring.

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.....	9
5	Tidsåtgång	10
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling	11
7	Ordförklaringar	13
8	Bilagor.....	14

1 Uppdrag

Uppdraget och syfte är att utreda orsaker till suicid samt kartlägga, identifiera systemfel och förslag på förebyggande åtgärder av händelsen där en ung patient med såväl medicinsk och psykiatrisk problematik suiciderar 5 oktober 2018.

1.1 Uppdragsgivare

Marita Eriksson, verksamhetschef, Närsjukvården Gällivare, Region Norrbotten

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-27

Startdatum: 2019-04-04

Missad hantering av avvikelser påverkar det sena startdatumet.

1.3 Återföringsdatum

2019-06-04

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Arbetsterapeut	Närsjukvård/NO Gällivare
Vice analysledare / Sjuksköterska	Närsjukvård/NO Gällivare/Psykiatri Gällivare
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Närsjukvård/NO Luleå/Boden/KC internmed-geriatrik Gem
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Närsjukvård/NO Luleå/Boden/KC internmed-geriatrik Gem
Vice analysledare / Metodstöd	Region Norrbotten

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från dokumentation i patientjournal, skriftlig redogörelse från berörd personal vid psykiatri, neurolog samt primärvård. Vidare intervju med anhöriga med syfte att ta del av deras uppfattning. Händelsen är rapporterad i avvikelssystemet.

Sakkunniga läkare har gått igenom journal och tagit del av händelseanalysen, har därefter lämnat sitt utlåtande av den vård och behandling som skett.

En händelseanalys ska ge svar på frågorna "vad har hänt", "varför har det hänt?" och "kan en upprepning förhindras?"

Analysen genomfördes enligt metoden RCA (Root Cause Analysis) som beskrivs i Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete (2015). Det innebär att Händelseförloppet rekonstrueras och orsaksanalys utförs. Potentiell allvarlighetsgrad och sannolik Uppreppningsfrekvens samt förslag på konkreta åtgärder läggs därefter fram.

4 Resultat

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid redogörelse av direkt involverade medarbetare och intervju av sakkunnig samt genomgång av journal och andra handlingar. Vilka som varit med i analysen och de dokument som finns till grund för analysen redovisas under *Metodik*. Nedanstående händelseförlopp finns beskriven i den grafiska presentationen, *bilaga 1*.

4.1 Händelseförlopp

Bakgrund

Ung person hemmaboende med förälder. Inget arbete eller pågående studier. Mångårig kontakt med såväl habilitering, kirurg, neurolog, medicinklinik, psykiatri och primärvård. Vaccinerades mot influensa november 2009. Därefter gradvis ökade symtom i form av trötthet, sömnhallucinos, kataplexi, isolerande tendenser samt nedstämdhet.

Hen fick en narkolepsidiagnos 2012 och startade kort därefter en Modiodalbehandling. Symtom då var kataplexi, hallucinos och sömnsvårigheter.

I februari 2013 bedömdes narkolepsin som relaterad till vaccinationer med Pandemrix. Patienten remitterades då till neurolog.

Under perioden 2013-2018 förekommer upprepade tankar och försök på suicid.

Opererad för benign levertumör januari 2018.

1.

Händelseförlopp

Hen tog själv kontakt med vuxenpsykiatrien oktober 2017. Söker då utifrån rösthallucinos och överklighetskänslor. Hen förnekar drogintag. Problematiken bedöms i första hand härröra sig från narkolepsin. Dock utesluts ej psykiatrisk grundproblematik. Psykiatrien önskar remiss från neurologen om de bedömer det relevant med psykiatrisk bedömning.

I februari 2018 blir hen inlagd på psykiatriska slutenvården. Hen vill inte längre leva. Beskriver att hen några dagar tidigare haft faders gevärspipa mot halsen. Under inläggningen framkommer hallucinos och vanföreställningar. Patienten avböjer nätverkssträff med anhöriga, visar positivt utslag på prover på amfetamin, men förnekar drogbruk. Hen blir insatt på neuroleptika då man misstänker schizofreni. Remiss skickas till neurologen med frågeställning om det kan röra sig om två olika sjukdomsbilder utifrån denna komplexa bakgrund. Patienten planeras för uppföljning och vidare

uppföljning av symtom och behandling via psykiatriska öppenvården. Efter svar från neurolog och mer samlad symtombild rekommenderas nytt läkarbesök rörande diagnostik och fortsatt handläggning.

Efter inläggningen fram till 16 april 2018 följs hen upp utifrån framförallt medicinjusteringar/mående. Det finns registrerat uteblivna fysiska besök samt att personalen upplevt svårigheter att kontakta patienten telefonledes.

17 april kommer patienten till ett läkarbesök i öppenvården, vilket sedermera resulterar i en ny inläggning i slutenvården, med fokus på medicinjusteringar i samråd med neurologen. Dessa bedöms ha god effekt och hen beskriver mindre röster och förnekar dödstankar/dödsönskan. Under inläggningstiden inhämtas en utvidgad anamnes via modern som ett viktigt led i utredningssyfte. Skattningsskalor PANS-S görs men leder ej till tydlig diagnos. Hen planeras för MR samt lumbalpunktion vid utebliven effekt av läkemedel samt fortsatt kontakt med neurologen.

30 april följd hen upp via psykiatriska öppenvården enligt planering. Hen negerar suicidtankar/planer. Uppger att hen vill leva och mår bättre efter medicinbyte. Modern bekräftar detta.

1 maj 2018 – 4 juni 2018 blir hen åter inlagd på slutenvården psykiatri utifrån ångest och hallucinos. Vissa försök till permission görs under inläggningstiden, men avbryts på grund av försämrat mående. Nytt försök görs till läkemedelsjusteringar. Hen skriver ut sig på egen begäran och planeras då för nytt läkarbesök i öppenvården 4-6 veckor senare.

Mellan perioden 8 juni – 4 juli kontaktas hen telefonledes för uppföljning. Hen befinner sig på annan ort men uppger sig må riktigt bra och nästan inte alls har några röster eller hallucinationer för närvarande. Kallelse skickas för läkarbesök i öppenvården för uppföljning efter inläggning.

18 juli har patienten träff med fast vårdkontakt i öppenvården. Hen bedöms som piggare, har sökt in till högskola. Hallucinos kvarstår vilket föranleder medicinjustering. Framkommer anemi och remiss skickas till primärvården. Hen blir då insatt på Folsyra och rekommenderas ny provtagning om tre månader.

23 juli läkarbesök tillsammans med modern. Hen uppger förbättrat mående. Hen har sökt arbete. Framkommer fortfarande vanföreställningar både dag och kväll. Överenskommer om fortsatt uppföljning och oförändrad medicinering tillsvidare.

26 juli kontakter hen neurologen och önskar prova andra mediciner samt invaliditetsintyg till läkemedelsförsäkringen. Läkartid neurologen bokas i september.

8 juli inkommer hen från medicinkliniken efter suicidförsök med Xyrem + alkohol. Hen läggs in på psykiatri för observation under perioden 8 juli – 13 juli. Psykiatri konsulterar neurologen telefonledes utifrån symtombild och eventuella kontraindikationer gällande medicinering. Hen bedöms ha behov av en tät uppföljning i psykiatriska öppenvården, vidare önskas skattningsskalor MINI och PANS-S i diagnossyfte.

15 juli har hen läkarbesök i psykiatriska öppenvården. Utifrån skattningsskala MINI uppfylls kriterierna för pågående psykotiska symtom. Detta med hörsel

och synhallucinos. Inget nytt framkommer under MINI intervjun. Planeras för ny läkartid 180822. Psykiatrien samråder med neurologen om fortsatt medicinering och neurologens syn på hens tillstånd.

22 augusti vid läkarbesök i psykiatriska öppenvården ställs diagnosen ospecificerad icke organisk psykos samt narkolepsi/kataplexi utifrån MINI och anamnes.

27 augusti har hen tid med kontaktperson i öppenvård för PANS-S skattning som efterfrågats av läkare. Hen avbryter besöket utifrån nedsatt koncentrationsförmåga. Ny tid bokas för att fortsätta 180911.

4 september återbesök på neurologmottagningen tillsammans med mamma. Hen ger ett positivt intryck, upplever att hen kan sova bättre och är mer vaken, planerar för framtiden. Är adekvat, om än något uppåt i humöret. Ny planering och nya mediciner ska provas ut. Planeras för telefonuppföljning om en månad. Invalditetsintyg skrivs.

5 september inkommer svar från neurologen att narkolepsi och psykosjukdom inte har något samband. (remissfråga 180210–180215) Det rör sig om två olika sjukdomar.

11 september besök i psykiatriska öppenvården för fortsatt PANS-skattning. Modern berättar att hon upplever att hens symtom börjat efter narkolepsin, att hen tidigare var glad, aktiv och öppen. Och att hen nu drar sig undan, skrattar för sig själv, är rastlös, har svårt att klara sin hygien. Modern tvivlar att hen skulle klara ett eget boende.

17 september - läkarbesök tillsammans med modern. Hen informeras om att hen har två olika sjukdomar. Framkommer att hen ej medicinerar enligt ordination = sover sämre, har intensivare rösthallucinos. Förnekar suicidtankar/planer. Planeras för vidare öppenvårdskontakt med kontaktperson samt ny läkartid om en månad.

Mellan 18 september och 1 oktober sker uppföljning i öppenvården enligt planering. Hen får ett veckoschema som innefattar tider för motion och hygien. Hen hade vid besöket svårt att hålla sig vaken och hade bristande hygien.

Den 3 oktober sker telefonuppföljning från neurologen med patienten och sedan separat med mamma. Hen säger själv att hen mår bra nu och i samtal med mamman uppfattas att hen tar sina läkemedel enligt ordination. Hen är enligt mamman fortfarande inaktiv men mycket bättre sedan start av nytt läkemedel (Xyrem). Mycket diskussioner kring intygsskrivande varför ett återbesök på neurologmottagningen planeras in.

Den 4 oktober kontrolleras blodstatus på hälsocentralen, vilket är utan anmärkning. Uppföljning vid behov.

Den 5 oktober 2018 suiciderar hen med hjälp av ett vapen som inte är patientens eget.

Vi ser många felhändelser i vårdförloppet som möjligen hade kunnat minska risken för suicid och därför bedömer vi det som vårdskada.

4.2 Bakomliggande orsaker

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

Kommunikation & information

Avsaknad av gemensam handlingsplan för patienten, som ger en tydlighet kring vem som gör vad och att hen vet vad som är planerat. Saknas en *samplanering* mellan de olika vårdgivarna.

Finns behov av tydliga kommunikationssätt gentemot patienten. Psykiatrin har stundtals haft svårt att motivera hen till nätverkssträff. En orsak till det beror på avsaknaden av behandlingsplanen och att syftet med olika utredningsdelar inte var kommunicerad med patienten.

Då hen får sin psykiatriska diagnos, 17 september och tiden därefter saknas information om och hur hen fick psykoedukation till sig.

Omgivning & organisation

Bristande samverkan över divisionsgränserna. Händelanalysen visar tydligt att vården är organiserad utifrån specialiserade områden och i stort arbetar utifrån sin frågeställning/problembild.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Avsteg från gällande rutin kring samplanering av patient med kontakt med flera kliniker/enheter. Under vårdtiden finns uppgifter som indikerat behov av samverkan, *rutiner om samverkan ej känd alternativ avsteg från rutin*. Det saknas **en** sammanhållen plan som ger helhetssyn för hens problematik som kopplas till hens vård och behandling.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Behovet av samverkan mellan aktörer kan inte nog understrykas. Saknas eller brister samverkan innebär det ökade risker i vården, behandlingen och kontakten med den enskilde. Att problemen blir synliggjorda leder till en början till en gemensam problemförståelse och vidare till att förbättra vård och behandling för patienter.

Saknas journaldokumentation om dödsfallet.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Händelsen anses inte orsaka några ökade kostnader varför vårdskadekostnader är inte beräknade.

4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslagen som följer nedan bidrar samtliga till ökad patientsäkerhet.

Metoden *TeachBack* säkerställer att den enskilde har förstått den information som vårdgivaren vill förmedla, vilket underlättar även vid samverkan med andra aktörer för att säkerställa samarbetet.

Att ha en behandlingsplan som den enskilde känner sig delaktig i kan öka motivationen till behandling.

Se över rutin, förtydliga, och säkerställa systemet/programmet för samverkan – *Lifecare*. I alla inblandade verksamheter behövs påminnelse om rutin vad gäller vid *samordnad individuell plan* deltagande vid möten och *dokumentation* därefter. Tydliggöra vikten av samordnad individuell planering (SIP) i patientarbetet.

Säkerställa att rutiner och vårdprocesser är kända av samtlig personal. Skapa en checklista innan utskrivning från slutenvård för att säkerställa att en behandlingsplan finns upprättad.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
LifeCare – samordning	Tydliggöra rutiner och uppdrag	Verksamhetschef	191231

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	24
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	59

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Föreslagna åtgärder ses som konkreta och relevanta.

Att dokumentera den planering som sker tillsammans med den enskilde patienten samt att kommunicera denna med Teach Back ses som åtgärd för att öka patientsäkerheten.

Genomgång av rutiner och vårdprocesser har skett tidigare men behov finns att påminna och gå igenom dessa åter.

6.2 Återkoppling

Efter att beslut från IVO kommit verksamheten tillhanda, sker återföring till berörda medarbetare i ett lärande syfte.

Redovisning riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser ska inträffa igen och tänkbara konsekvenser, redovisa händelser av liknande art som inträffat i verksamheten

Under de senaste åren har vi varit en del av tre ärenden - Lex Maria, men förutom dessa ärenden har verksamheten internt initierat och genomfört händelseanalyser.

Sannolikheten för inträffade/upprepade suicid är: Liten (2)

Allvarlighetsgraden bedöms: Katastrofal (4)

Riskpoäng: 8

Alla suicid är katastrofala. Att helt undvika dessa är mycket svårt. Vårt preventiva arbete innebär bland annat regelbundna strukturerade suicidbedömningar för hela vårdens verksamhet, hälsocentralen inkluderad.

		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*

Beskrivna åtgärder i bifogad handlingsplan kommer att följas upp av verksamhetschef alternativt enhetschefer och/eller medicinsk ansvarig läkare.

Kommunikation/information – TeachBack kommer följas upp genom avvikelser fortlöpande men

avstämning våren 2020.

Att göra rutin om samverkan känd följs upp vid våra samverkansmöten på länsdelsnivå som sker kontinuerligt.

Rutin om dokumentation av suicidrisker samt planering av vård och behandling kommer följas upp i samband med kvalitetsgranskning under hösten 2018 och fortsatt feb/mars 2019.

7 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)
Anemi	Blodbrist
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Kataplexi	Känsla av förlamning
Lumbalpunktion	Prov på den vätska som omger hjärna och ryggmärg
MR	Magnet-resonans kamera
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Neuroleptika	Läkemedel mot allvarliga psykoser
Pandemrix	Vaccin mot svininfluensa
Psykoedukation	Pedagogisk terapi, patientutbildning
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
SIP	Samordnad individuell vårdplan
Sömnhallucinos	Hallucinationer eller vanföreställningar i samband med insomnandet
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
Xyrem	Sömnmodifierande läkemedel

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf