

Datum: 2018-07-02

# Händelseanalys

**Patient avlidit i självmord**

November 2017

Analysledare:

Utvecklingsenheten

Skaraborgs Sjukhus

Västra Götalandsregionen

## Sammanfattning

### Syfte:

Syftet med analysen är att utreda om vården fullföljt sitt uppdrag eller skulle agerat på annat sätt för att förhindra vårdskada.

### Sammanfattning:

Patienten har haft en kortare kontakt med sjukhuset. Har varit hos slutenvården på sjukhuset en kort tid och därefter uppföljning via dagsjukvård.

Patienten avled i självmord i en trafikolycka. Patienten hade skrivit ett avskedsbrev.

Analysteamet har upptäckt att man inte följt fastställda rutiner och att rutiner saknas.

### Felhändelser:

Rutiner för vårdplan och fast vårdkontakt följs inte.

Rutinen om dokumentation av läkarbesök följs inte

Det saknas rutiner gällande uppgifter som behöver hämtas in vid receptförnyelse.

Dokumentationsmall för vårdplan används inte.

### Åtgärdsförslag:

Säkerställ fast vårdkontakt och vad som ingår i uppdraget ur ett dagsjukvårdsperspektiv.

Ta upp vikten av att sköta dokumentationen i läkargruppen.

Översyn och diskussion om dokumentationsmall för vårdplan.

Patienter på dagsjukvården skall ha tillgång till behandlingsteam och ansvarig läkare till vilken suicidriskbedömningarna skall redovisas för åtgärd.

## Innehållsförteckning

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

# 1 Uppdrag

Syftet med analysen är att utreda om vården fullföljt sitt uppdrag eller skulle agerat på annat sätt för att förhindra vårdskada.

## 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef  
Västra Götalandsregionen

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-12-19

Startdatum: 2018-01-02

## 1.3 Återföringsdatum

2018-07-03

# 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

### Roll/titel

Analysledare/Vårdadministratör  
Vice analysledare/Sjuksköterska  
Analysteammedlem/Övriga personer  
  
Analysteammedlem/Läkare  
  
Analysteammedlem/Sjuksköterska

### Enhet

Skaraborgs Sjukhus  
Skaraborgs Sjukhus  
Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-  
Vuxenpsykiatri  
Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-  
Vuxenpsykiatri  
Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-  
Vuxenpsykiatri

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med expert/sakkunnig, en läkare och två skötare har intervjuats
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner, Fast vårdkontakt vuxenpsykiatri och HSLF 201737

### 4 Resultat

#### 4.1 Händelseförlopp

Patient med första psykiatrikontakt i april på grund av nedstämdhet och självmordstankar. Slutenvårdsbehandling 10 dagar med samtal och medicininsättning.

1.

Nio dagar efter utskrivning

Studiebesök på dagsjukvård. Patienten har mått sämre under några dagar.

2.

Tio dagar efter utskrivning

Känner sig mer nere och får akut tid samma dag hos läkare efter telefonsamtal till skötare.

Enligt sjukhusets bokningssystem sker läkarbesöket.

Felhändelse: Ingen journalanteckning om besök hos läkare

3.

20 dagar efter utskrivning

Patienten skrivs in i dagsjukvården. Vårdplan upprättas i löpande journal. Vårdplanen innehåller diagnos, problem, mål och åtgärder.

Felhändelse: Det är bra att Vårdplan upprättas men dokumentationen sker i löpande text och inte i mallen. Detta gör det svårt att hitta planen.

4.

1 mån - 4 mån efter slutenvård

Besöker dagsjukvården regelbundet.

Inga självmordstankar eller psykotiskt framkommer enligt journalen.

Orolig för medicinering rädd att förlora alla känslor.

Flickvän gjort slut.

5.

2 månader efter slutenvård

Besök hos sjuksköterska. Tidigare utskrivet läkemedel (Sertralin 150 mg) höjs utan att det framgår att en läkare bedömer patienten.

Felhändelse: Ingen journalanteckning om vilken läkare som tar ställning till medicineringen

6.

2,5 månad efter slutenvård

Mår sämre vill prata om sin dåliga självkänsla. Patienten känner sig värdelös. Inga självmordstankar framkommer.

Önskar nytt recept via telefonsamtal med skötare på läkemedel (Lergigan 25 mg) som ökas och nytt recept skrivs.

Felhändelse: Saknar indikation på läkemedelshöjning i dokumentationen.

7.

6-7 mån efter slutenvård

Patienten tar igen det han missade under våren inför examen. Arbetet känns svårt men han fullföljer det. Patient har ibland svårigheter att öva och göra sina hemuppgifter från dagsjukvården.

En medpatient i färdighetsträningsgruppen avlider och patienten tycker situationen är jobbig. Ser fram emot praktikplats. Ska få hjälp med kontakt med Arbetsförmedlingen.

8.

7 månader efter slutenvård

Går på en kvällsföreläsning tillsammans med familjen som inte arrangeras av psykiatrin. Psykolog som pratade om "Vad är viktigt i livet."

Föräldrar tycker att detta påverkar patientens tankar. Mer dömande mot sig själv. "Det är mitt eget fel att jag är sjuk".

9.

7 månader efter slutenvård

Tar själv kontakt via telefon med dagvården då han mår sämre psykiskt eventuellt på grund av att en medpatient avlidit. Besök till dagen därpå bokas och ytterligare en påföljande dag. Ingen suicidbedömning görs, då inget suicidalt framkommer och bedömningen är låg risk vid besöket.

10.

7 månader efter slutenvård

Läkarbesök för intyg inför praktiken. Inget läkarbesök senaste sex månader.

Felhändelse: Lång tid mellan läkaruppföljningarna.

Saknar ställningstagande till annan behandlande kontakt.

11.

7 månader efter slutenvård

Känner sig värdelös då vänner jobbar. Läkarbesök där det framkommer att suicidtankar kommer och går men är mindre än veckan innan. Intyg inför praktikplats skrivs.

12.

8 månader efter slutenvård

Besök hos skötare, ter sig mer pratsam och öppen. Familjen upplever att patienten mår sämre.

Telefonsamtal näst sista dagen i livet angående praktikplats och fortsatt planering vid kommande besök på dagvården (4 dagar framåt).

8 månader efter slutenvård

Händelsens utfall:

Patienten tar sitt liv genom att orsaka en trafikolycka. Avskedsbrev är skrivet.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Dokumentationsmall för vårdplan används inte.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutinen om dokumentation av läkarbesök följs inte

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutiner för vårdplan och fast vårdkontakt följs inte.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutiner om dokumentation följs inte.

Det saknas rutiner gällande uppgifter som behöver hämtas in vid receptförnyelse.

Kommunikation & information

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Utbildning & Kompetens

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Omgivning & Organisation

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Teknik, utrustning & apparatur

Inga bakomliggande orsaker identifierade

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Under analysens gång upptäcker vi att det inte finns någon rutin i hur man gör med övriga gruppmedlemmar om någon i en patientgrupp går bort. I detta fall har man samtalat om det.



## 4.4 Åtgärdsförslag

Här finns de åtgärdsförslag som tagits fram. I handlingsplanen (bil. 4) finns angivet åtgärder som verksamhetschefen bifallit liksom ansvariga för åtgärderna och tidsplan.

Revidera och implementera vårdplanen.

Skapa rutin och implementera vilka uppgifter som bör framkomma vid medicinändringar och receptförnyelse.

Säkerställ fast vårdkontakt och vad som ingår i uppdraget ur ett dagsjukvårdsperspektiv

Ta upp vikten av att sköta dokumentationen i läkargruppen.

Översyn och diskussion om dokumentationsmall för vårdplan.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	26
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	72

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

Genomförd händelseanalys finner brister i dokumentation under hela vårdförloppet. Rutiner för dokumentation finns men händelseanalysen visar att det finns generella brister i verksamhetens förmåga att få de skrivna rutinerna att bli just rutiner i den behandlande verksamheten. Detta är problematiskt och riskfyllt men verkar inte ha bidragit till det aktuella självmordet.

Dagsjukvården framstår som en enhet i enheten där patienten inte kommit in ordentligt och fått tillgång till den teambaserade vården. Tillgängligheten framstår som låg när det gäller kvalificerade bedömningar. Utifrån händelseanalysen verkar inte det ha funnits tecken på ökande suicidrisk men mer kvalificerade bedömningar och mer individuella vårdinsatser kan ha haft potential att upptäcka ökad risk. Det är viktigt att patienterna i dagsjukvård även har tillgång till de psykiatriska teamen och teamen ansvarar för dagsjukvårdens insatser snarare än som i fallet dagsjukvården initierar andra vårdkontakter.

### 6.2 Återkoppling

Återkoppling till alla enhetschefer och aktuell enhetschef återkopplar till sin personalgrupp och erbjuder anhöriga återkopplande samtal.

### 6.3 Uppföljning

Det pågående arbetet med att förbättra dokumentation och bättre följa rutiner effektmäts inte men märks i samband med journalgranskning. Annan journalgranskning än vid vårdskador finns men inget bra forum för att återkoppla arbetet. Detta skall åtgärdas omedelbart med regelbunden rapportering till ledningsgruppen. Förslag finns även att förstärka journalgranskningsfunktionen.

Bristen på tillgänglighet när det gäller svårt sjuka patienters möjlighet att etableras på mottagningen i övrigt och få tillgång till teamens samlade kompetens styrs i princip att alla patienter, även de som går dagsjukvård hör till ett behandlingsteam med en ansvarig läkare. Antalet besök till teampersonal kan mätas och följas upp med avseende på intervall som enligt analysen behöver förtätas men även mätas i mängd då föreslagen åtgärd bör rendera fler besök hos teampersonal för patienter som går på dagsjukvård. Det kan inte just nu ingå i verksamhetsuppföljning utan får följas separat förslagsvis var 6e månad.

## 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

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan

Bilaga 3: Lokala rutiner för fast vårdkontakt

Bilaga 4: HSLF 2017:37 Gemensam författningssamling avseende Hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa mm