

Kunskapsbanksnummer: KB8671206

Datum: 2018-06-05

Händelseanalys

Själv mord i nära anslutning till utskrivning från psykiatrisk slutenvård

December 2017

Sammanfattning

Analysen avser en medelålders patient med en mångårig känt alkoholmissbruk. Patienten lider dessutom av depressioner och ångest. Patienten skrivs in på beroendeavdelning på grund av två självmordsförsök i samband med ett återfall i alkoholmissbruk. Sedan maj 2017 medicineras patienten med Antabus mot alkoholmissbruk och varit nykter enligt eget utsago till dagar innan akut inskrivning. Under dessa 10 dagar har patienten försökt att ta livet av sig genom överdosering av Atarax och två andra läkemedel (möjligtvis Propavan) och med en större mängd alkohol. Efter det så körde patienten alkohelpåverkad med sin bil till Italien. Där försökte hen återigen att ta sitt liv genom en snara runt halsen. Hen drack även en hel flaska starksprit och hoppades på att kvävas.

Patienten är separerad. Hen har en tonårig dotter som hen har bara oregelbunden kontakt med. Efter separationen är patienten nyinflyttad i upptagningsområdet. Här har hen en nytt förhållande som hen bor granne med och är egenföretagare, dock är företaget konkurshotat. Patienten har varit i kontakt med psykiatrisk öppenvården här med egenremiss.

Patienten var inskriven två gånger på allmänpsykiatri under ca 8 veckor. Under den tiden fick hen även ECT-behandling (Electroconvulsive therapy) med osäker framgång. Fyra dagar efter sista utskrivningen begår patienten självmord genom att köra med sin bil mot en lastbil.

Dokumentation brister vid flera tillfällen:

- Dokumentation om insatser är ofullständig, det blir inte klart om patientens skulder är privatkulder eller företagsskulder.
- Varför en psykosocial utredning inte gjordes eller dokumenterades framkommer inte heller.
- Det är inte heller dokumenterat från vilken kommun den inblandade socialtjänsten kommer.
- Ingen dokumentation av överläkare varför ECT behandlingen föreslås.
- Vidare saknas dokumentation från vilka arbetsplatser deltagare i ett planeringsmöte kommer.
- Det saknas även dokumentation varför patienten tyckte att permission över helg kändes "jobbigt".
- Ingen dokumentation om planerad hemgång finns i journalen.

Ingen tar ansvar för att genomföra en vårdplanering eller en SIP (Samordnat individuell planering) som kunde ha skett vid flera tillfällen under vårdkedjan. Kommunikation och ansvarsfördelning mellan behandlarna här och patientens hemkommun brister.

Analysteamet föreslår:

Ta upp och utbilda berörd personal, t.ex. på APT, om vikten av att en vårdplanering eller en SIP görs, framför allt med tanke på att flera tjänster och vårdgivare är inblandade.

Utbilda berörd personalgrupp om vikten av att följa rutiner och dokumentera alla insatser. Utbildning (t.ex. på APT) om rutiner angående dokumentation kring ECT-behandling.

Kunskapsbanksnummer: KB8671206

Skapa en rutin att man alltid dokumenterar från vilken kommun patienten har en involverad socialtjänst med.

Skapa en rutin att alltid dokumentera från vilka enheter eller arbetsplatser deltagare i möten kring en patientens behandling kommer för att säkra informationsflöde.

Utbilda personalen om vikten att göra en psykosocial utredning.

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

Område M
Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-01-05

Startdatum: 2018-01-29

1.3 Återföringsdatum

2018-08-06

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Skaraborgs Sjukhus/Område M
Analysteammedlem / Skötare	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Vice analysledare / Övriga personer	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Vice analysledare / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri

Analysteammedlem / Psykolog	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Skötare	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Övriga personer	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal (kurator, sjuksköterska, skötare och läkare)
- Intervju med socialsekreterare från hemkommun
- Intervju med anhörig
- Journalhandlingar

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Utgångsläge

Inskrivning:

En medelålders patient med mångårigt alkoholmissbruk, depressioner och ångest. Hen skrivs in på beroendeavdelning på grund av två självmordsförsök i samband med återfall i alkoholmissbruk. Patienten är separerat och har ett tonårigt barn som hen bara har oregelbunden kontakt med. Hen har ett nytt förhållande som hen bor granne med. Patienten är egenföretagare (företag konkurshotat). Patienten är nyinflyttad i upptagningsområdet och har varit i kontakt med psykiatriska öppenvården via egenremiss.

1.

Dag 1:

Läkarsamtal:

Patienten är nedstämd och lite uppbrusande. Patienten meddelas om att Transportstyrelsen informeras pga. rattfylla. Suicidstegen (strukturerat instrument för att bedöma självmordsrisk) görs med resultat att självmordstankar finns men att patient nekar självmordsplaner.

Beslut om fortsatt inläggning tas.

2.

Dag 2 till dag 5:

Kurator:

Patienten har flera samtal med kuratorn bland annat om att söka stöd av socialsekreterare från hemkommunen, skuldsanering och kontakt med mellanvårdsteamet.

Felhändelse 1: Ingen dokumentation om härkomst av skulderna (privatskulder eller företagsskulder).

Orsak: Ingen dokumentation om detta finns, orsaken kan därför inte fastställas.

Bakomliggande orsak: Bristande dokumentation

Felhändelse 2: Psykosocial utredning gjordes inte.

Orsak: Orsak kan inte fastställas.

Bakomliggande orsak: Rutinen följdes inte.

3.

Dag 7:

Anonyma alkoholister (AA) möte:

Patienten deltar i mötet på avdelningen.

4.

Dag 8:

Läkarsamtal:

Abstinensbehandlingen är avklarad. Beslut om att starta basal utredning med MINI (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju - strukturerat intervjuverktyg som kan användas i diagnostik vid psykisk ohälsa) och SCID (Structured Clinical Interview - semistrukturerad intervju som används för att diagnosticera personer med psykiska sjukdomar och störningar), vilket görs de nästföljande dagarna.

5.

Dag 12:

Omvårdnad:

SCID II och suicidstege görs. Samlad bedömning är att självmordsrisken är låg inneliggande, men medium eller hög risk när patienten är hemma.

6.

Dag 16:

Läkarsamtal:

Patienten uttrycker att hen mår väsentligen oförändrat jämfört med när hen skrevs in.

7.

Dag 19:

Utskrivning:

Patienten är insatt på antidepressiv behandling och remitteras till öppenvården för läkarsamtal och basutredning. Hen ska även kopplas till mobila teamet för självmordsuppföljning. Patienten får även behandling med Antabus mot alkoholmissbruk.

Felhändelse: SIP eller vårdplanering görs inte och planeras ej.

- Orsak:** 1. Ingen tar ansvar för detta.
2. Oklart om vilken kommun ska anses som patientens hemkommun och vem som är ansvarig då det inte är dokumenterat.

Bakomliggande orsak: Brist i kommunikation mellan vårdgrannar.

8.

Dag 20 till dag 21:

Telefonsamtal:

Vid samtal informeras öppenvården om att patienten hade möte med socialtjänsten igår. Patientens uttrycker att det är tufft och att hen har mörka tankar, fast inga självmordstankar.

Självmordsuppföljning och telefonuppföljning samt uppföljningssamtal med mellanvården bokas.

Felhändelse: Ingen dokumentation från vilken kommun inblandad socialtjänst kommer.

Orsak: Information dokumenterades inte.

Bakomliggande orsak: Rutin om att ange varifrån en inblandad social tjänst eller en liknande tjänst kommer finns ej.

9.

Dag 22:

Mottagningsbesök på psykiatrimottagning:

Patienten mår sämre och kontaktar psykiatrimottagningen. Beslut om vidare utredning på allmän psykiatriska avdelningen tas.

10.

Dag 22:

Inskrivning allmän psykiatri

Inläggning för fortsatt observation i självmordsprevention.

11.

Dag 29

Läkarsamtal:

Patienten erbjuds ECT behandling (electroconvulsive therapy - hjärnan stimuleras genom flera korta strömpulser) vilket hen tackar ja till.

Felhändelse: Ingen dokumentation av överläkare varför ECT-behandlingen föreslås.

Orsak: Bristfällig dokumentation.

Bakomliggande orsak: Rutiner om dokumentation följdes inte.

12.

Dag 33:

Behandling:

Patienten får första ECT-behandling utan komplikation men anger att hen har huvudvärk därefter.

13.

Dag 34:

Planeringsmöte kurator:

Närvarande: Patient, socialsekreterare, behandlare, sjuksköterska och kurator.

Resultat: Fortsatt social utredning samt behandlingssamtal och KBT (kognitiv beteendeterapi) planeras efter utskrivningen.

Felhändelse: Ingen dokumentation från vilka arbetsplatser deltagarna kommer.

Orsak: Information dokumenterades inte.

Bakomliggande orsak: Rutin om att ange från vilka arbetsplatser eller enheter deltagare i planeringsmöten kommer finns ej.

14.

Dag 48 till dag 50

Flera kuratorsamtal:

Patient ger uttryck för att hen har tappat hoppet att komma tillbaka till framtidstron hen tidigare har haft. Kuratorn upplever patienten som något lättare och öppnare efter samtalet. Efter andra samtalet uppger patienten att hen mår bättre än tidigare.

15.

Dag 51:

Behandling:

Patienten får 8:e och sista ECT-behandlingen. Hen upplevde en förbättring efter tredje behandlingen, men ingen skillnad sedan dess. Hen hade upprepade gånger huvudvärk efter ECT.

16.

Dag 51:

Läkarsamtal:

Patienten tycker att ECT har hjälpt något, men ångest finns kvar. Självmordsrisk bedöms som låg. En helgpermission över dag och natt planeras.

17.

Dag 53:

Omvårdsanteckning:

Patienten berättar att permission var jobbigt.

Felhändelse: Ingen dokumentation varför permission kändes jobbigt och uppföljande läkarsamtal saknas.

Orsak: Okänt

Bakomliggande orsak: Dokumentation brister.

18.

Dag 54:

Omvårdnadsanteckning SSK:

Socialekreterare informeras vid ett spontanbesök till avdelningen om patientens hemgång.

Felhändelse 1: Ingen dokumentation om planerad hemgång finns i journalen och socialekreterare blir inte informerad om det fast man lovade det tidigare.

- Orsak:** 1. Riktlinjer om dokumentation följs inte.
2. Möjligtvis tidsbrist.

Bakomliggande orsak: Okunskap om vikten att följa riktlinjer om dokumentation.

Felhändelse 2: Vårdplanering görs ej.

Orsak: Se punkt 7.

Bakomliggande orsak: Se punkt 7.

19.

Dag 55:

Utskrivning:

Patienten skrivs ut kliniskt stabil, men med en kroniskt förhöjd självmordsrisk. Den akuta självmordsrisken bedöms som låg. Patienten negetar självmordstankar/planer vid hemgång. Framtida uppföljning planeras via öppenvården (självmordsuppföljning) respektive primärvården (alkoholmissbruk).

Felhändelse: Vårdplanering eller SIP saknas

Orsak: Se punkt 7.

Bakomliggande orsak: Se punkt 7.

20.

Dag 58:

Telefonuppföljning:

Mellanvården ringer upp enligt planeringen. Patienten berättar att ingen kontakt med psykiatri

behövs innan helgen. Patienten uppmanas att kontakta psykiatriska akutmottagningen om behovet uppkommer.

Dag 59:

Patient begår självmord genom att köra med bil mot en lastbil.

Analysteamet kunde inte utarbeta om självmordet kunde förhindras.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

Kommunikation och information

Brist i kommunikation mellan vårdgrannar.

Okunskap om vikten av dokumentation

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutin om att ange från vilka arbetsplatser deltagare i planeringsmöte kommer finns ej.

Rutin om att ange varifrån berörd socialtjänst eller liknande tjänster kommer finns ej.

Rutin om att göra en psykosocial utredning följs inte.

Rutiner angående dokumentation av insatt ECT-behandling följdes inte.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Bifynd 1: Bristande helhetssyn och kontinuitet i hela vårdkedjan. Genom att inte se patientens resa som helhet ur helikopterperspektivet tappas mycket information. Det kommer inte fram i journalen vad som planerades.

Bifynd 2: Ingen information om hur man jobbade med patientens privata nätverk (anhöriga och närstående) finns. Förslag om att införa aktiv negering av medgivande (att patienten aktivt måste säga "Nej") till kontakt med anhöriga vid självmordsrisk.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej aktuell.

4.5 Åtgärdsförslag

- Skapa en rutin att alltid ange från vilka arbetsplatser deltagare i planeringsmöte kommer.

- Skapa en rutin att man alltid dokumenterar från vilken kommun patienten har en involverad socialtjänst med.
- Ta upp med berörd personal om vikten att genomföra en vårdplanering.
- Utbildningsinsats: Tar upp i berörd personal om vikten att dokumentera insatser.
- Utbildning av personal, t.ex. vid APT, om rutiner av dokumentation av ECT-behandling.
- Utbildningsinsats om vikten att dokumentera på rätt sätt.
- Tar upp i berörd personal om vikten att följa rutiner och dokumentera insatser.
- Utbildning av personal om vikten att genomföra en psykosocial utredning.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Gör en beräkning kring hur mycket tid som analysteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	27
För analysteam	18
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	50

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

De åtgärder som föreslås rör rutiner för dokumentation samt utbildning av personal rörande dokumentation. Genomgången visar att trots regelbundna bedömningar av självmordsrisk har den risk som uppenbarligen funnits inte fångats av de instrument som använts. Instrumentens osäkerhet är ett problem, där mer reliabla instrument för bedömning av självmordsrisk behövs. En social utredning som skiljer från den som samverkanspartner gör kan vara motiverad och resursåtgången för att rutinmässigt göra social utredning med psykiatrins patienter måste vägas emot nyttan. Patienten är inflyttad från annat upptagningsområde och inhämtande av journal hade gett bättre bedömningsunderlag. De utbildningsinsatser som föreslås är inte aktuella då dokumentation och aktualisering av rutiner ingår i det pågående kvalitetsarbetet. Tvärt om behöver antalet formaliserade rutiner hållas nere då stigande antal ökar risken för att de missas och inte kommer till användning. Vid ett tillfälle söktes patienten utan framgång för uppföljning av självmordsrisk. Enligt dokumentationen ledde det misslyckande kontaktförsöket inte till åtgärd. Rutin för suiciduppföljning finns och i denna finns instruktion om åtgärd när patienten inte nås. Denna rutin behöver aktualiseras hos alla som arbetar med bedömningar av självmordsrisk; All personal vid APT och särskilt de mobila teamen. Samverkan med framför allt socialtjänst är alltid en viktig del i arbetet och för att samarbetet skall vara effektivt behövs gemensam planering för att samordna insatserna. SIP är en gemensam plattform för att med patienten delaktigt samverka. Att använda SIP och om möjligt involvera anhöriga kunde ha gett ytterligare möjlighet att förebygga självmord. Användandet av SIP för samverkan är under utveckling. Och en del av psykiatrins kvalitetsarbete- Det har utvecklats och blivit mer frekvent sedan denna händelse och förbättringsarbetet kring SIP fortlöper. Vid all samverkan skall det enligt rutin dokumenteras vilken aktör som representeras och vilken roll representanten har.

6.2 Återkoppling

Riktlinjerna och rutinerna repeteras vid APT två gånger per år. Styrdokument för suicidriskuppföljning och bedömning går även igenom vid mobila teamens interna utvecklingsarbete.

6.3 Uppföljning

Ambitionen att förbättra dokumentationen följs med journalgranskning. Utveckling av SIP följs kontinuerligt utifrån register.

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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf