

Kunskapsbanksnummer: KB868951

Datum: 2018-08-31

Händelseanalys

Suicid Öppenvård

Januari 2018

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Ung kvinna med två små barn som haft en problemfylld uppväxt med flera fosterhemsplaceringar och inläggningar på behandlingshem. Haft kontakt med BUP under uppväxten. Började i tidig ålder med droger. Har vårdats på behandlingshem för drogproblematik.

Patienten fick kontakt med vuxenpsykiatriska öppenvården 2014-08 genom remiss från vårdcentral med begäran om en neuropsykiatrisk utredning. Genomgick en fullständig neuropsykiatrisk utredning 2015-03 som leder till ADHD diagnos. Utredningen visar på resultat som ligger klart under medelvärde. Läkemedelsbehandling inleddes.

Kontakten med öppenvårdspsykiatrin har varit inriktad på läkemedels uppföljning/behandling samt viss kontakt med kurator ang. arbetssituation och sociala problem. Patienten har haft boendestöd och kontakt med kommunen. Patienten har vid flertal tillfällen uteblivit från inbokade tider, sjuksköterskan har då försökt få kontakt via telefon.

De felhändelser som analysteamet har hittat är främst i form av dokumentationsbrister och avsteg från gällande rutiner.

Vid start av läkemedelsbehandling utförs inte aktuellt somatiskt status, läkaren utgår från tidigare somatisk status.

Ingen vårdplan för behandlingen upprättas. Ingen patientbakgrund upprättas i patientjournalen samt inget barnformulär öppnas.

Ingen strukturerad suicidriskbedömning utförs vid besök hos psykolog vid utredningstillfällena, kurator vid samverkansmöte med arbetsgivare och sjuksköterska vid läkemedelsuppföljning. Vid besök hos arbetsterapeut utförs en strukturerad suicidriskbedömning.

Följande åtgärdsförslag har tagits fram:

Enhetschefen ska verka för att all personal har kunskap om gällande rutiner och dokumentation ang. suicidriskbedömningar, vårdplan och barnformulär.

Kontinuerliga genomgångar av gällande rutiner, riktlinjer, och ev. utbildningar behöver införas.

Medicinskt ansvarig läkare och enhetschef ska säkerställa att alla medicinska riktlinjer följs. Genom att kontinuerligt verka för att berörd personal har kunskap om gällande behandlingsrutiner och dokumentations skyldigheter.

Medicinskt ansvarig läkare ska säkerställa att alla medicinska riktlinjer följs. Genom att kontinuerligt verka för att berörd personal har kunskap om gällande behandlingsrutiner och dokumentations skyldigheter.

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

Syfte med analysen är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan öka patientsäkerheten.

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera berörd/berörda mottagningar samt involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras. Efter analysens slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla analysens resultat till involverade medarbetare.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef psykiatrisköppenvårds klinik

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-03-19

Startdatum: 2018-05-02

Verksamhetschef har missat att lämna uppdrag för händelseanalys.

1.3 Återföringsdatum

2018-11-01

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Övriga personer	Verksamhetsstöd
Analysledare/Psykiatri Sjuksköterska	Verksamhetsstöd
Överläkare Psykiatri	Öppenvårdskliniken
Psykiatrisjuksköterska öppenvård	Öppenvårdskliniken

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående: Mor, far och broder

4 Resultat

Patienten fick kontakt med vuxenpsykiatriska öppenvården 2014-08 genom vårdbegäran från vårdcentral med begäran om en neuropsykiatrisk utredning. Genomgick en fullständig neuropsykiatrisk utredning 2015-03 som utmynnade i en ADHD diagnos. Läkemedelsbehandling påbörjades. Kontakten med öppenvårdspsykiatrin har varit inriktad på läkemedels behandling och uppföljning av behandlingseffekten. Patienten har varit på besök vid totalt 12 tillfällen och har haft 33 telefonkontakter. Patienten hade genom kommunens försorg haft hjälp och stöttning i hemmet. Patienten har periodvis vart sjukskriven, har arbetstränat och börjat arbeta fullt ut.

Vid start av läkemedelsbehandling utförs inte aktuellt somatiskt status, läkaren utgår från ett tidigare genomfört somatisk status.

Ingen individuell vårdplan för behandlingen upprättas. Ingen patientbakgrund upprättas i patientjournalen samt inget barnformulär öppnas enl. lokala rutiner.

Ingen strukturerad suicidriskbedömning utförs vid besöken hos psykolog, kurator och sjuksköterska. Vid besök hos arbetsterapeut utförs en strukturerad suicidriskbedömning.

De felhändelser som analysteamet har hittat är främst i form av dokumentationsbrister och avsteg från gällande dokumentationsrutiner. Dessa administrativa brister anses inte ha haft en avgörande betydelse för händelsen.

Vid intervjuer med patientens familjemedlemmar framkommer att patienten har upplevts som försämrad under tiden strax före julen 2017, patienten var alltid välvårdad klädd och mån om sitt yttre, men var då ovårdad och gav ett "slitet" intryck.

4.1 Händelseförlopp

Patient som inleder sin kontakt med specialistpsykiatrin 2014 genom en vårdbegäran om neuropsykiatrisk utredning. Genomgår en neuropsykiatrisk utredning våren 2015 och ADHD diagnos ställs. Medicinbehandling inleds. En allmän planering finns för patienten som består av medicinbehandling av ADHD problematik som ska följas upp av sjuksköterska.

2014-08

Första besök hos sjuksköterska innehållande neuropsykiatrisk screening som resulterar i en ADHD utredning.

Ingen individuell vårdplan för behandlingen upprättas. Ingen patientbakgrund upprättas i patientjournalen samt inget barnformulär öppnas enl. lokala rutiner.

2015-03

ADHD utredning hos psykolog startar.

Fortfarande ingen individuell vårdplan upprättad, patientbakgrund eller barnformulär upprättas.

2015-05

Besök hos psykolog tillsammans med anhörig och kurator för återkoppling av utredningsresultat. Patienten tackar ja till att inleda medicinsk behandling för ADHD. Tid till läkare lämnas till patienten. Information om att patienten kommer att kallas till kurator.

2015-05

Läkarbesök. Sammanfattning av ADHD - utredning, suicidriskbedömning, ordination och insättning av läkemedel för behandling för ADHD.

Inget mätvärde puls/ blodtryck tas som utgångsläge för start av medicinsk behandling.

2015-07

Besök hos sjuksköterska mätvärden puls och blodtryck, suicidriskbedömning och genomgång av läkemedelseffekt. Vårdplanen uppdateras inte.

2015-08

Patienten kommer till inbokat kuratorsbesök. Vid första besöket deltar biståndsbedömare från kommunen. Vid andra besöket utförs ekonomisk rådgivning.

Ingen suicidriskbedömning genomförs vid besöken.

Genomgång av barnformulär saknas i den individuella vårdplanen.

2015-10

Besök hos sjuksköterska. Bedömning av läkemedelseffekt, ev. läkemedelsbiverkningar. Mätvärden puls och blodtryck. Suicidriskbedömning.

2016-01

Sjuksköterska ringer patienten som önskat bli uppringd. Inget svar.

2016-01

Sjuksköterska får telefonkontakt med patienten som har önskemål om kuratorskontakt ang. ansökan om boendestöd.

2016-04

Besök hos kurator. ang. arbetssituationen. Bokar in en tid med arbetsledaren.

Ingen suicidriskbedömning utförs.

2016-05

Besök hos kurator tillsammans med patientens arbetsledare ang. önskemål om omplacering. Patienten framför önskemål om att träffa sjuksköterska på mottagningen. Ingen suicidriskbedömning utförs.

2016-05

Sjuksköterska ringer upp patienten som önska byte av läkemedel.

2016-07

F.d. familjehemsfar ringer till mottagnings- sjuksköterska och meddelar att han tagit puls och blodtryck på patienten och ber att dessa mätvärden förs in i journalen, vilket utförs. puls/blodtryck är lite högt i förhållande till patientens ålder. Planerar för återbesök till sjuksköterska om några veckor. Ingen dokumentation om ev. åtgärd för högt puls/blodtrycksvärde.

2016-10

Telefonkontakt med kurator. Önskemål från patienten. Patienten har inte fått ersättning från försäkringskassan. Efter önskemål från patienten om hjälpmedel, ska kuratorn meddela arbetsterapeut för utprovning av hjälpmedel.

2016-10

Besök hos arbetsterapeut. Utprovning av bolltäck, och en suicidriskbedömning utförs.

2016-11

Patienten avbokar besök till arbetsterapeut. Patienten avbokar ytterligare två planerade besök.

2017-02

Telefonkontakt med sjuksköterska. Patienten önskar recept förnyelse. Ärendet läggs till läkare.

2017-05

Patienten besöker psykakuten för utandningsprov på begäran från socialtjänsten. Patienten blåser 0,0 promille.

2017-05

Patienten avbokar sin tid till sjuksköterska, vill bli uppringd. Sjuksköterska ringer upp, men får inget svar. Patienten bedöms inte som en högrisk patient utan får själv höra av sig till mottagningen för ny kontakt.

2017-08

Patienten ringer mottagningen och meddelar att hen glömt sina väska med läkemedel på tåget önska få några extra doser eller ett nytt recept fram till nästa apodos. Patienten kan komma till mottagningen och hämta några enstaka doser. Patienten ska höra av sig till sin kontaktperson på mottagningen om en ny tid.

2017-09

Personal ringer upp patienten, då patienten inte kontaktat mottagningen om ny tid. Patienten berättar att hon ska börja arbetsträna om några dagar och vill återkomma om ny tid när hen vet sina arbetstider.

2017-10

Patienten ringer och avbokar sin beställda tid.

2017-11

Patientens sjukskrivning och recept förnyas.

2017-12

Mottagningen får besked om att patienten inte hämtat ut sina läkemedel

2018-01

Patienten suiciderar, hittas död utomhus.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kontinuerlig genomgångar, uppföljningar och utbildning saknas.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak

- Rutinen att upprätta vårdplan och patientbakgrund på alla patienter följs inte

Av tradition planeras behandlingen vid behandlingskonferens och dokumenteras i löpande text i stället för att upprätta och uppdatera den individuella vårdplanen. Personal saknar kunskap om, och- eller väljer att inte följa rutinen.

- Brister i följsamhet av gällande dokumentationsrutiner.

Personal saknar kunskap om, och-eller väljer att inte följa rutinen.

- Riktlinjen vid ADHD behandling och dokumentation av den samma har inte följts.

Personal saknar kunskap om, och- eller väljer att inte följa rutinen.

- Brister i följsamhet av gällande suicidriskbedömningsrutiner.

Patienten har bedömts som psykiskt stabil, varpå man inte gjort suicidriskbedömning vid varje besök.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd har hittats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga kostnader har kunnat beräknas.

4.5 Åtgärdsförslag

Enhetschefen ska verka för att all personal har kunskap om gällande rutiner och dokumentation ang. suicidriskbedömningar, individuell vårdplan och barnformulär.

Kontinuerliga genomgångar av rutiner, riktlinjer, och ev. utbildningar behöver införas.

Medicinskt ansvarig läkare och enhetschef ska säkerställa att alla medicinska riktlinjer följs. Genom att kontinuerligt verka för att berörd personal har kunskap om gällande behandlingsrutiner och dokumentation.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	8
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	44

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

De brister i dokumentation som setts i utredningen ligger längre tillbaka i tiden och det kan inte ses något orsakssamband mellan dokumentationen och händelsen. En rad åtgärder har genomförts sedan den dokumentation skett som uppmärksammas i utredningen. Återkommande förbättringsarbete pågår på enheterna, ny personal informeras. Yrkesgrupperna har i uppdrag att föra diskussioner kring hur man ska förbättra dokumentationen.

Arbete med utveckling av digital kommunikation och tillgänglighet till rutiner och arbetssätt pågår.

Händelsen har av uppdragsgivaren inte bedömts som en vårdskada. Detta är avstämt med chefläkaren.

6.2 Återkoppling

Utredningen återförs till enheten via enhetschef.

6.3 Uppföljning

Inga specifika åtgärder planeras

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
ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Riktlinjer vid Concerta behandling