

Datum: 2019-04-17

## Händelseanalys

**Misstänkt suicid under pågående behandling på psykosmottagning.**

Februari 2019

Analysledare:

Psykiatri

## Sammanfattning

Händelseanalysen görs efter uppdrag från chefsöverläkare i syfte att "klargöra vad som hände", särskilt med inriktning på närståendes synpunkter samt rimligt utförande/dokumentation av suicidriskbedömningar. Identifiera bakomliggande orsaker till händelsen, ta fram åtgärdsförslag som kan undvika framtida upprepning av likande händelser.

Händelsen rör medelålders patient med diagnos schizofreni sedan många år. Långvarig kontakt med psykosmottagning. Tidigare suicidförsök. Inlagd i slutenvård senast augusti 2018 pga suicidtankar och blandintoxikation av läkemedel. Besvärar bl.a av rösthallucinos, ljudkänslighet, isoleringstendens. Patienten bor med närstående men planeras för eget boende. Efter vårdtillfället införs APO-dos men patienten vill inte lämna in sina gamla läkemedel. Ny tablettintox i februari, patienten avlider.

Analysteamet har inte funnit några felhändelser och därmed inte heller några bakomliggande orsaker. Alla orsaksområden har beaktats och följande *bifynd/risker* har upptäckts inom områdena: *Utbildning & kompetens*, bristande dokumentation

- Vårdplanen är inskriven i journalen i efterhand men det framgår inte av dokumentationen.
- Vårdplanen innehåller inte uppföljning av patientens suicidrisk.
- Att patienten inte medverkat till att lämna in gamla läkemedel när Apodos införs är inte dokumenterat, inte heller att det diskuterats i behandlingsteamet med resultat att man inte kunde tvinga patienten att lämna in läkemedel.

*Procedurer/rutiner & riktlinjer*: Bristande följsamhet till lokal riktlinje, suicidriskbedömning.

*Åtgärdsförslag* :

*Utbildning & kompetens*

- Journalkomplettering i efterhand, ska tydligt framgå i anteckningen. Kunskapsinsats i lämpliga forum hur journalkomplettering i efterhand ska göras.
- Vårdplanen är tvärprofessionell och för patienter med bedömningen kroniskt förhöjd suicidrisk bör den lämpligen tas upp i vårdplanen och även innehålla krisplan. Kunskapsinsats i lämpliga forum.
- Att föra in anteckning att patienten inte medverkar till att lämna in läkemedel när APOdos införs kan lämpligen införas i mallen, tidiga hypoteser, kunskapsinsats i lämpliga forum.

*Procedurer/rutiner & riktlinjer*

Kunskapsinsats i lämpligt forum på enheten om vikten att kommunicera med närstående om suicidrisken.

## 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

"Klargöra vad som hände"

Identifiera bakomliggande orsaker till händelsen, ta fram åtgärdsförslag som kan undvika framtida upprepning av liknande händelser

Särskilt med inriktning på närståendes synpunkter samt rimligt utförande/dokumentation av suicidriskbedömningar.

## 1.1 Uppdragsgivare

Chefsöverläkare

## 1.2 Uppdrags- och startdatum

### 1.3 Uppdragsdatum: 2019-03-06

Startdatum: 2019-03-06

### 1.4 Återföringsdatum

2019-05-06

## 2 Deltagare i analysteam

Analysledare/Sjuksköterska  
Vice analysledare/Sjuksköterska  
Teammedlem/Spec. läkare  
Teammedlem/ST-läkare  
Dok.ansvarig/Läkarsekreterare

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt involverad personal, 1 st
- Intervju med närstående, 2 st
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

## 4 Resultat

Samtliga orsaksområden har beaktats men analysteamet kan inte identifiera felhändelser med kausalt samband med händelsen

Däremot identifieras bifynd, faktorer som inte direkt bidragit till händelsens utfall men som kan innebära risker i verksamheten, vg se punkt 4.3 samt punkt 4.5 för åtgärdsförslag till identifierade risker.

Utifrån händelseanalysens uppdrag redovisas här analysgruppens synpunkter på utförande/dokumentation av suicidriskbedömningar: Dokumenterade bedömningar är gjorda vid läkarbesöken men inga dokumenterade suicidriskbedömningar är gjorda mellan dessa. Vid intervjuer framkom att patienten aldrig signalerade suicidtankar till vårdpersonalen, endast till närstående och därför gjordes inga dokumenterade suicidriskbedömningar av vårdpersonalen. Analysteamet menar att suicidrisken kan/bör följas upp i vårdplanen, se vidare under bifynd punkt 4.3.

Utifrån händelseanalysens uppdrag redovisas här framkomna synpunkter från närstående : Närstående menade att det fanns brist på alternativa lösningar/medicinfri vård och aktiv verksam sysselsättning. Övrig fakta som framkom vid intervjun finns redovisat i händelseförloppet.

### 4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Förutsättning

Medelålders patient med diagnos schizofreni sedan många år. Långvarig kontakt med psykosmottagning. Tidigare suicidförsök. Inlagd i slutenvård senast augusti 2018 pga suicidtankar och blandintoxikation av läkemedel. Besväras bl.a av rösthallucinos, ljudkänslighet, isoleringstendens. Patienten bor med närstående men planeras för eget boende.

1.

2018-09-xx

Läkarbesök för medicinuppföljning på psykosmottagning. Överenskom om APOdos vid läkarbesök 2018-08 som fungerar bra. Suicidrisk bedöms som kroniskt förhöjd. Patient uppmanas att lämna in sina gamla mediciner men vill inte det. Nästa läkarbesök planeras till mars.

2.

2018-11-xx

Vid medicinutlämning meddelar patient att brev kommit från biståndshandläggare att patienten står i kö till gruppboende.

3.

2019-02-xx

Vid medicinutlämning berättar patienten att det är jättejobbigt att vänta på gruppboendet. Rösterna har ökat. Överenskommer att ta upp detta med läkare vid nästa besök eller kontakta psykiakutmottagning vid försämring. Gemensam vårdplanering görs.

*Vid intervju med närstående framkom att patienten de senaste 3-4 åren lidit så svårt av rösterna att patienten behövt bära hörlurar.*

4.

19-02 onsdag sista veckan

Enligt närstående var patienten orolig på kvällen och berättade att hon inte kunde leva längre med rösterna. Man diskuterade att ringa patientens läkare nästa dag.

5.

19-02 torsdag

Närstående finner patienten inte väckbar med två tomma tablettburkar bredvid och ett antal tabletter utspridda på bordet framför sig. APOdos-rullen var intakt. Ambulans larmas, hjärtstopp, HLR påbörjas.

19-02 fredag

Händelsens utfall

Patienten avlider

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

Då analysteamet inte har kunnat finna felhändelser har inte heller några bakomliggande orsaker kunnat identifieras i områdena Kommunikation & information, Omgivning & organisation, Procedurer/rutiner & riktlinjer, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

### 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Alla orsaksområden har beaktats och följande bifynd/risker har upptäckts inom området utbildning & kompetens samt procedurer/rutiner & riktlinjer

#### **Utbildning & kompetens**

Bristande dokumentation

-Vårdplanen är inskriven i journalen i efterhand men det framgår inte av dokumentationen.

-Vårdplanen innehåller inte uppföljning av patientens suicidrisk.

-Att patienten inte medverkat till att lämna in gamla läkemedel när Apodos införs är inte dokumenterat, inte heller att det diskuterats i behandlingsteamet med resultat att man inte kunde tvinga patienten att lämna in läkemedel.

#### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Bristande följsamhet till lokal riktlinje, suicidriskbedömning.

*I lokala riktlinjer betonas vikten av att efterforska suicidal kommunikation genom samtal med närstående. I efterhand har man funnit att cirka 80 % av dem som tagit sitt liv har meddelat sina avsikter till närstående.*

### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknat.

### 4.5 Åtgärdsförslag

#### **Utbildning & kompetens**

- Journalkomplettering i efterhand, ska tydligt framgå i anteckningen.

Kunskapsinsats i lämpliga forum hur journalkomplettering i efterhand ska göras.

- Vårdplanen är tvärprofessionell och för patienter med bedömningen kroniskt förhöjd suicidrisk bör den lämpligen tas upp i vårdplanen och även innehålla krisplan.

Kunskapsinsats i lämpliga forum.

- Att föra in känslig information som t ex att patienten inte medverkar till att lämna in läkemedel när Apodos införs, skulle kunna införas i mallen, tidiga hypoteser. Kunskapsinsats i lämpliga forum.

- Kompetenshöjning kring formella krav vid suicidriskbedömningar

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

- Kunskapsinsats i lämpligt forum på enheten om vikten att kommunicera med närstående om suicidrisken.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

<b>Vad</b>	<b>Detaljer</b>	<b>Ansvarig</b>	<b>Klart</b>

## **5 Tidsåtgång**

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	32
För analysteam	20
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	7
SUMMA	59



## **6 Uppdragsgivarens kommentarer**

### **6.1 Åtgärder**

Uppdragsgivaren ställer sig bakom åtgärdsförslagen gällande bifynd, se bilaga 2

Tidplan, se handlingsplan, bilaga 2

### **6.2 Återkoppling**

I samband med dagens återkopplingsmöte där enhetschef och områdeschef deltar. Enhetschef återkopplar vidare till enhetens medarbetare.

Återkoppling till närstående sker genom händelseanalysteamet. Åtgärdat 2019-05.

### **6.3 Uppföljning**

Uppföljning av åtgärdsförslagen på verksamhetsledningsgrupp våren 2020.

## 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
Chöl	Chefsöverläkare
EC	Enhetschef
OC	Områdeschef
VC	Verksamhetschef

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2 Handlingsplan