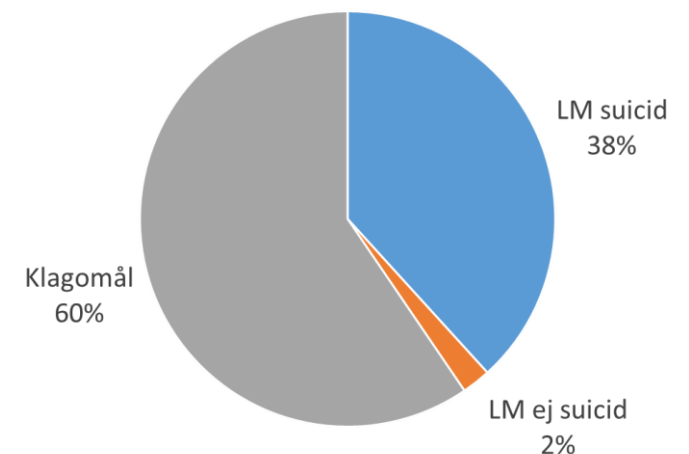


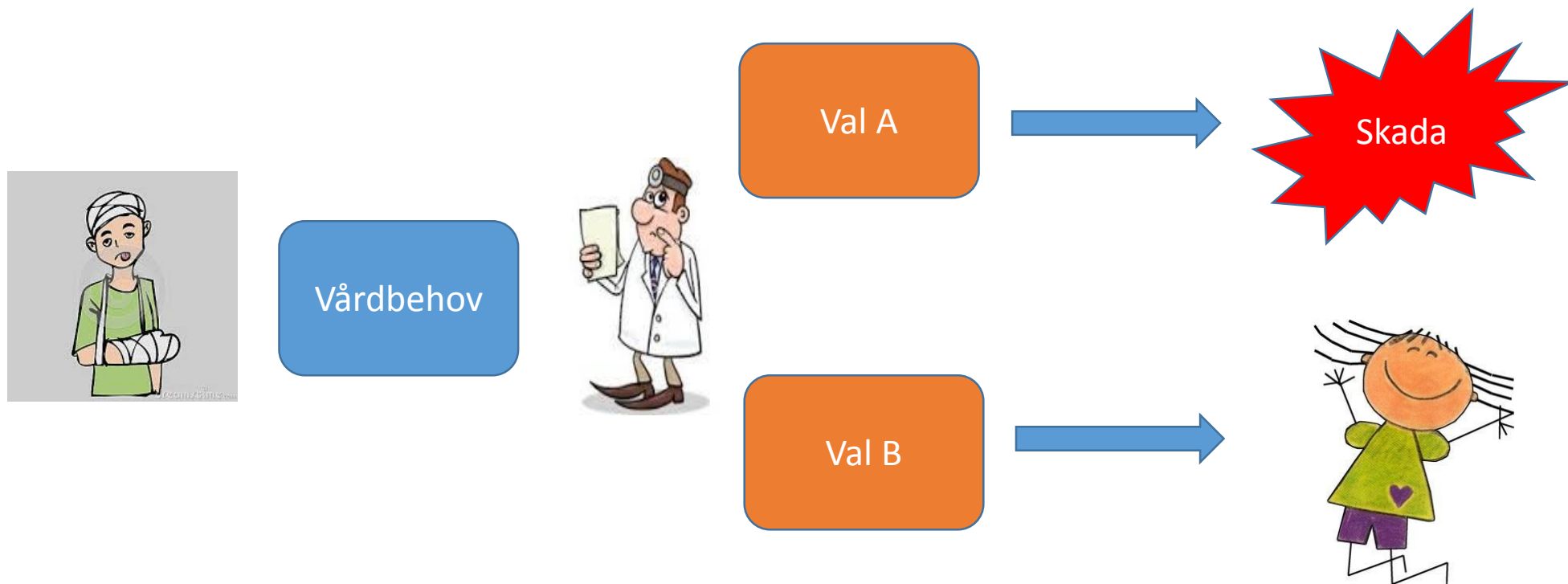
# Oönskade händelser inom psykiatri i Västra Götalandsregionen

Vilken information finns i VGRs databas och i Nitha Kb och vad kan vi  
lära oss?

Sammanträde Psykiatriberedningen VGR 160218

*Thomas Brezicka*  
*Regionläkare*  
*Patientsäkerhet Koncernkontoret*





Är val A felaktigt och i så fall varför?

Kan vi lära oss något av våra felaktiga val så att vi väljer rätt nästa gång?



# Vad behövs bl a för att förbättra patientsäkerheten?

- **Patientsäkerhet:** minimera risken för uppkomst av händelser som är undvikbara och som kan medföra patientskada
  - **Kunskap** om **hur** skador uppkommer och deras **konsekvenser**
  - Kunskap om i vilka **situationer** som oönskade händelser inträffar
  - Kunskap om **varför** oönskade händelser kan inträffa
- Ger en grund för utveckling av verksamheten: **vad behöver förändras och implementeras?**

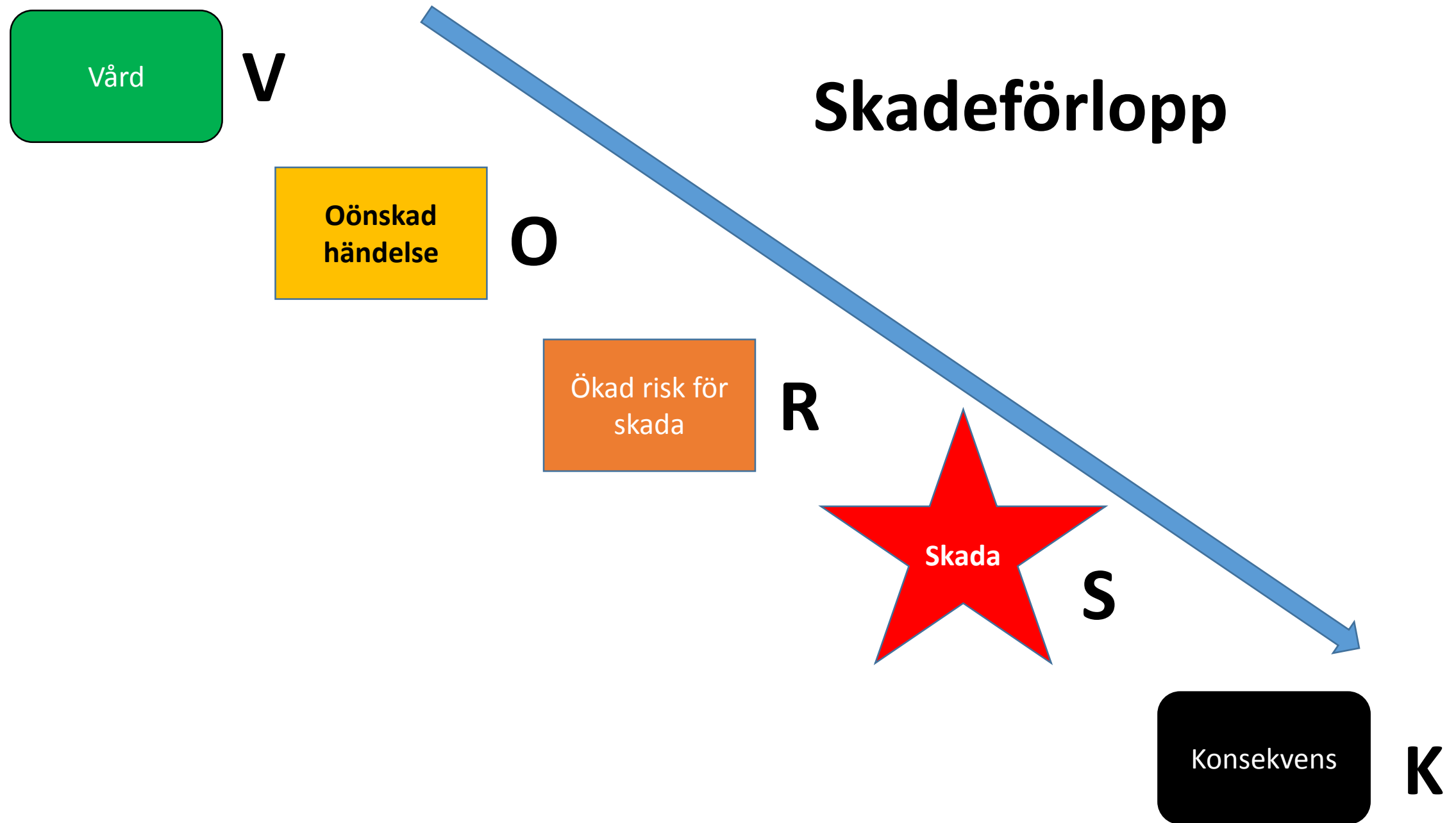
**Databaser** varur kunskap kan genereras behövs! Tillsammans med **erfarenhet och klokskap.**



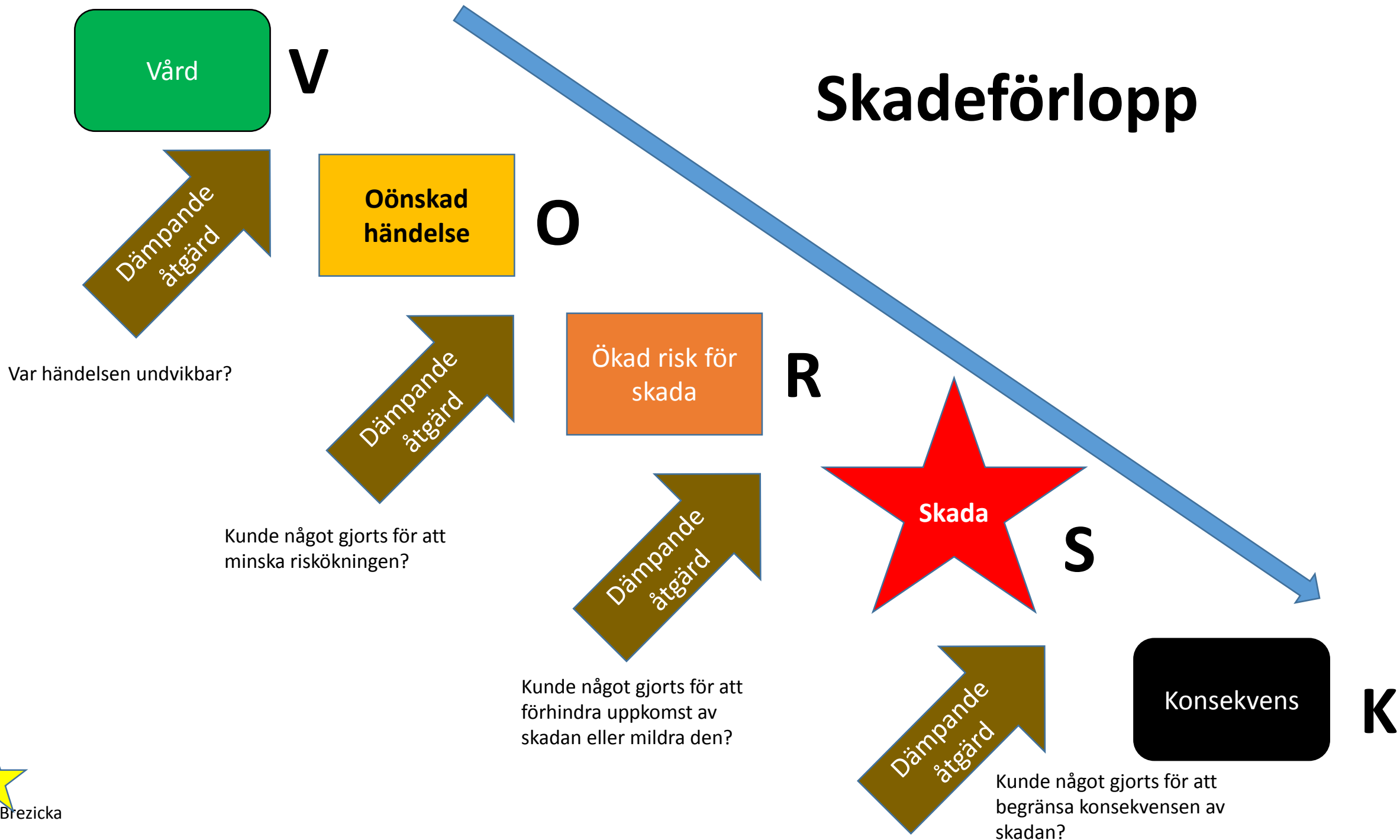
# Innehåll

- [Vårdskadeförlopp, avvikelsefångst och databaser](#) (ca 8 bilder)
- [VGRs databas över LM och klagomål \(ej suicid\)](#) (ca 10 bilder)
  - [Vux Lex Maria-anmälningar](#)
  - [Vux Klagomål](#)
  - [BUP](#)
- [Sammanfattning ej suicid inom vuxenpsykiatri](#) (3 bilder)
- [Suicidutredningar](#) (ca 20 bilder)
  - [Översikt](#)
  - [Systembrister](#) och [funktionsanalys](#)
- [Förslag till suicidutredning i framtiden](#) (ca 3 bilder)
- [Fler bilder om suicidutredningar](#) (ca 20 bilder)
- [Nitha och psykiatri](#) (ca 8 bilder)





# Skadeförlopp



**Avvikelse:** oönskad händelse som medförde/bidrog till en ogynnsam utveckling, och som inte var en oundviklig följd av patientens hälsotillstånd



**MedControl PRO** är  
avvikelsehanteringssystemet som  
används av alla enheter hos vårdgivaren  
VGR

- Stödjer processen som rör
- rapportering/registrering
  - Utredning
  - Åtgärder
  - uppföljning av avvikelser

**Det som inte finns i avvikelsehanteringssystemet syns inte (även om det finns)!!!**



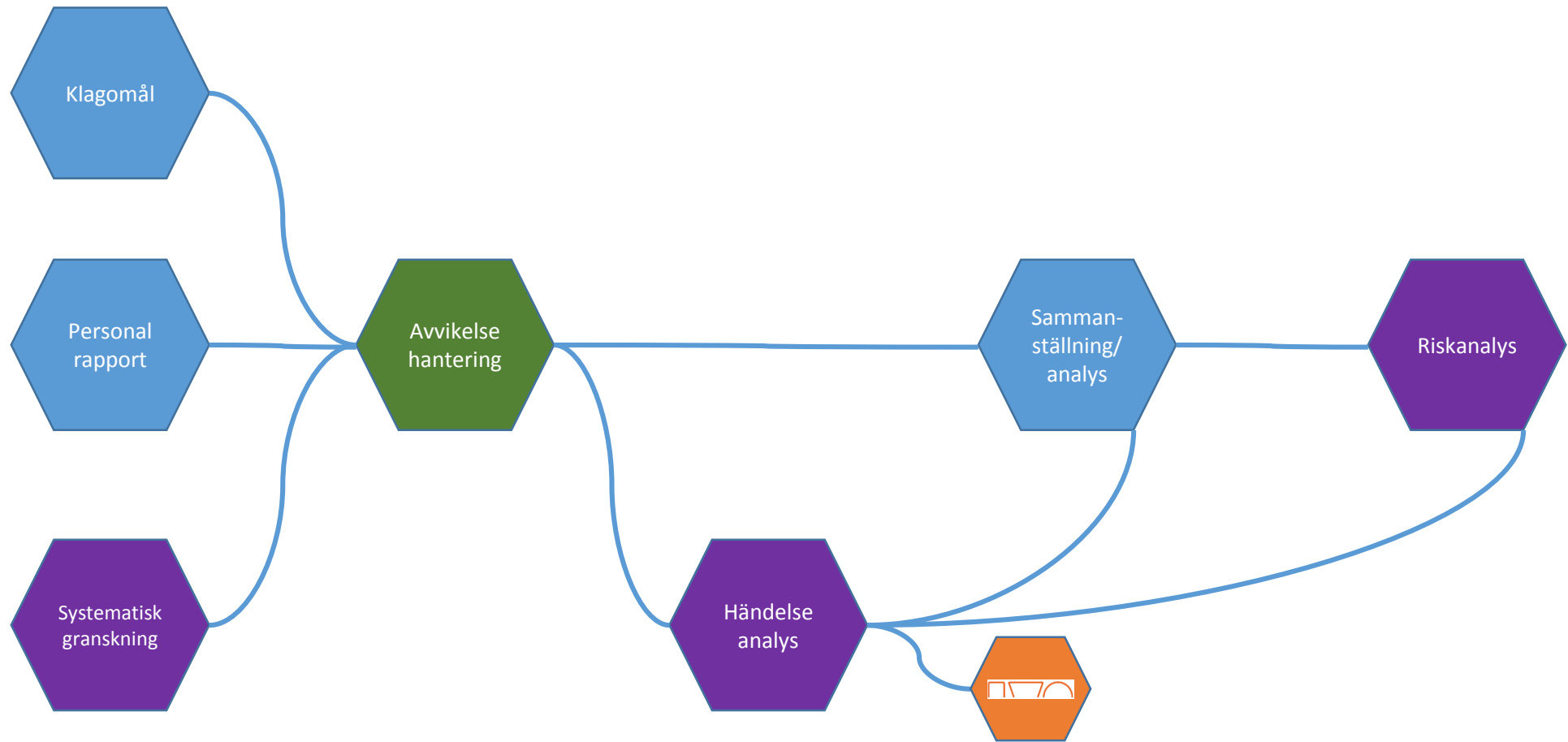
# Reaktiv

**Gör det reaktiva proaktivt!**

**För att vara proaktiv måste man vara reaktiv!**



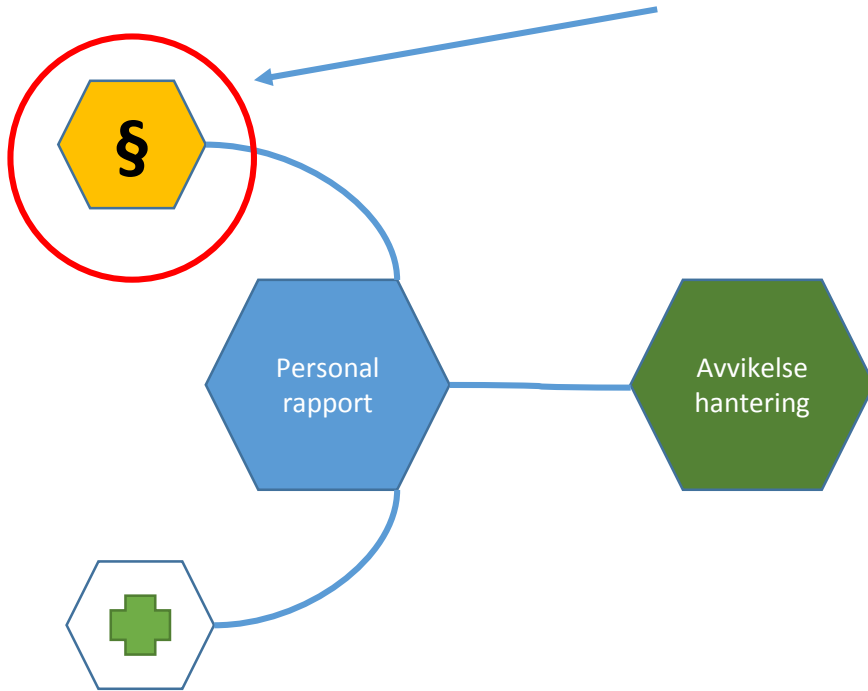




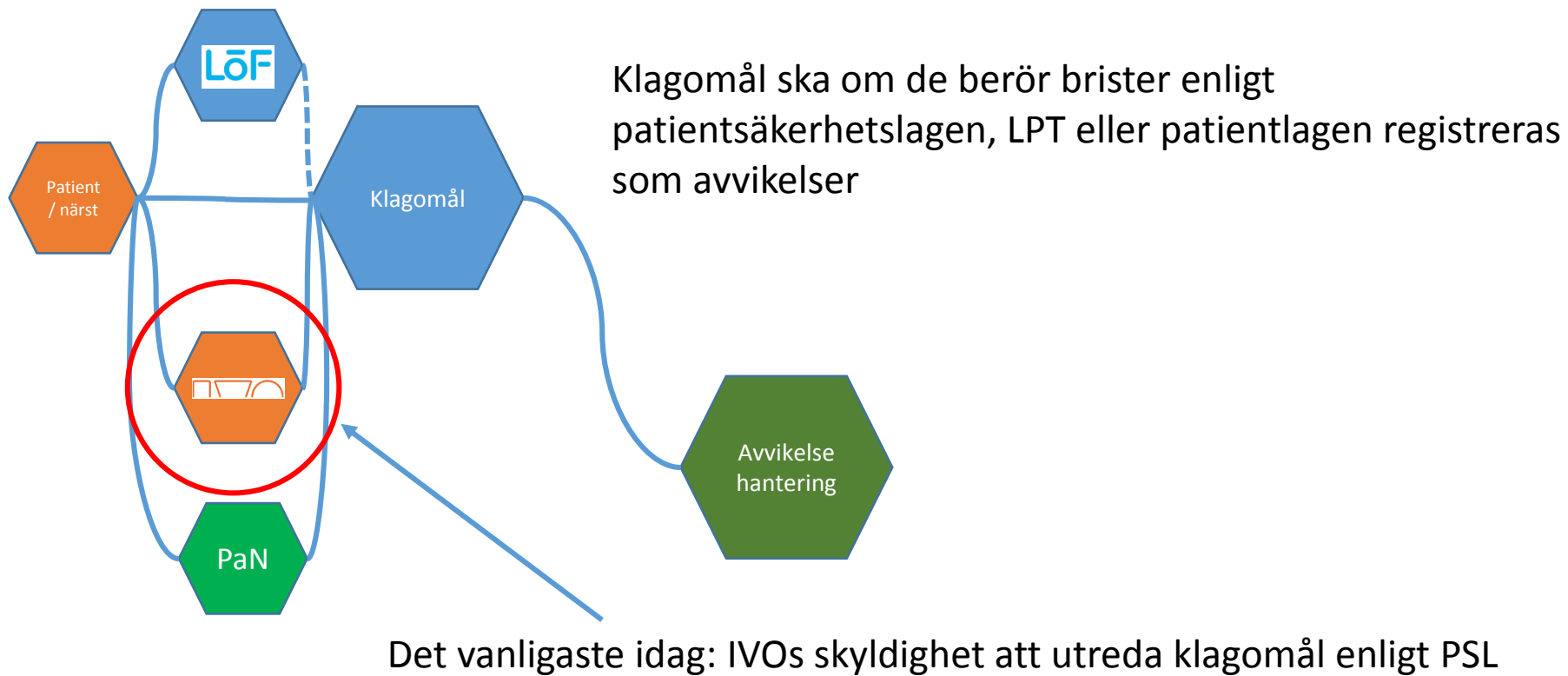
Allvarliga händelser anmälas enligt Lex Maria

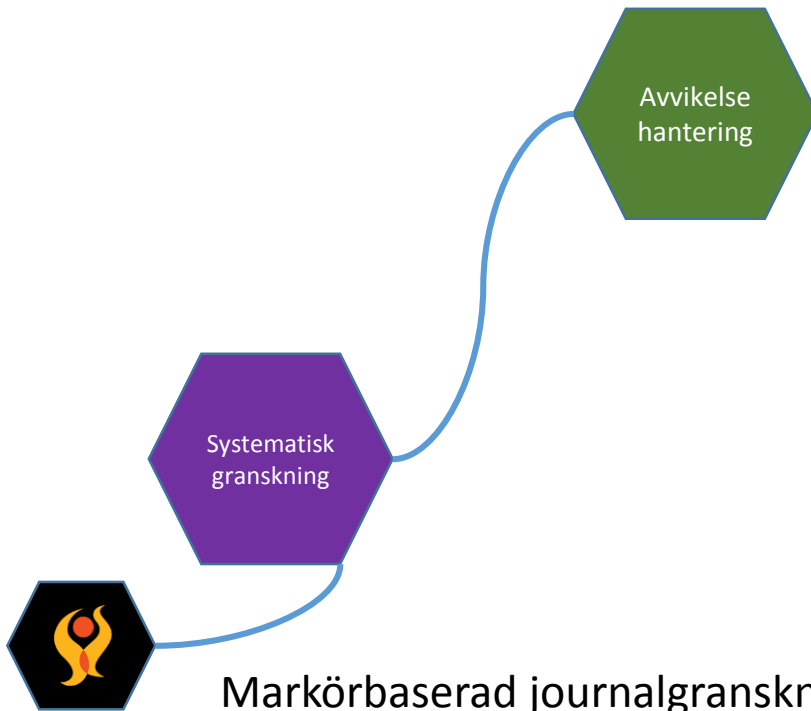


Det vanligaste idag: personalen rapporteringsskyldighet enligt PSL



Gröna korset: dagliga patientsäkerhetsronder med ledning och personal





Markörbaserad journalgranskning (MJG):  
introduceras nu inom psykiatri – ett sätt att  
systematiskt upptäcka patientskador/riskhändelser

# Databaser över oönskade händelser i VGR

- MedControl PRO (MCP) – avvikelsehanteringssystemet
- Databas ("Beslutsdatabasen") över ärenden som berör vårdgivaren VGR och som anmälts till tillsynsmyndigheten (IVO, före juni 2013 Socialstyrelsen)
- Nitha Kunskapsbanken (Nitha Kb) – ett nationellt stöd för händelseanalys och registrering av resultaten av händelseanalyser
- Andra lokala databaser kan finnas

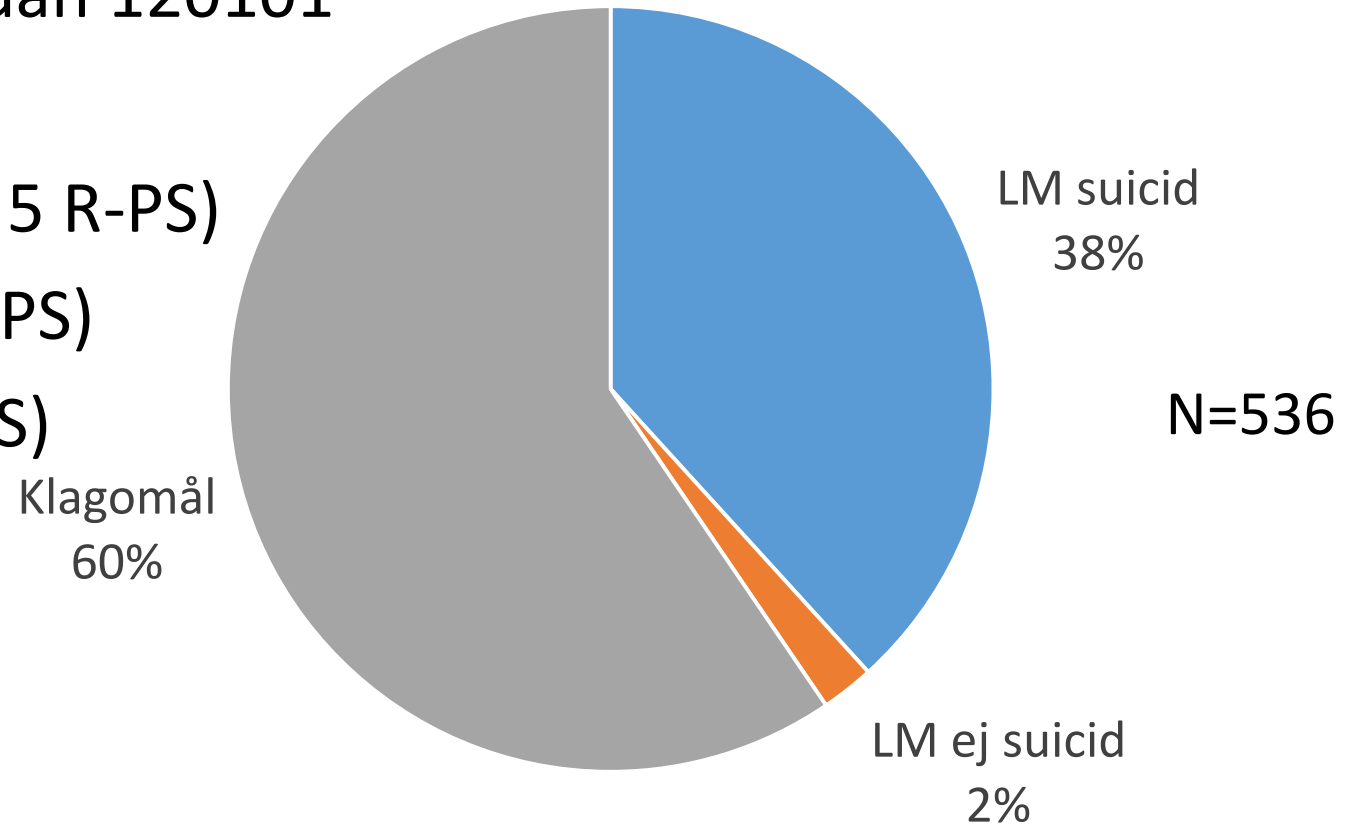
Databaserna är utsökningsbara med hänsyn till en mångfald av olika kategorier

Syfte: Möjliggöra sammanställningar och analyser på aggregerad nivå av oönskade händelser



# VGRs databas över utredda klagomåls- och lex Maria-anmälningar per 160121 PS Vux

- Systematisk registrering sedan 120101
- Vård som bedrivs av VGR
- Lex Maria suicid 205 (varav 5 R-PS)
- Lex Maria ej suicid 12 (0 R-PS)
- Klagomål 319 (varav 13 R-PS)



# Lex Maria-anmälningar (ej suicid)

- Fall på vårdavdelning med hjärnblödning (vårdskada) → Död
- Fall på vårdavdelning med fraktur (vårdskada) → Operation
- Fall från rullstol gav frakturer (vårdskada) → Utökat vårdbehov
- Pc-behandling vid överkänslighet gav allergisk reaktion (vårdskada) → Utökat vårdbehov
- Felleverans av läkemedel (risk för vårdskada)
- Överdosis av centralstimulantia (ADHD) (vårdskada) → Död
- Fördröjd diagnos av halsfraktur till följd av självskada (risk för vårdskada)
- Utebliven uppföljning i hemmet patient utvecklade svår pneumoni (vårdskada) → Död

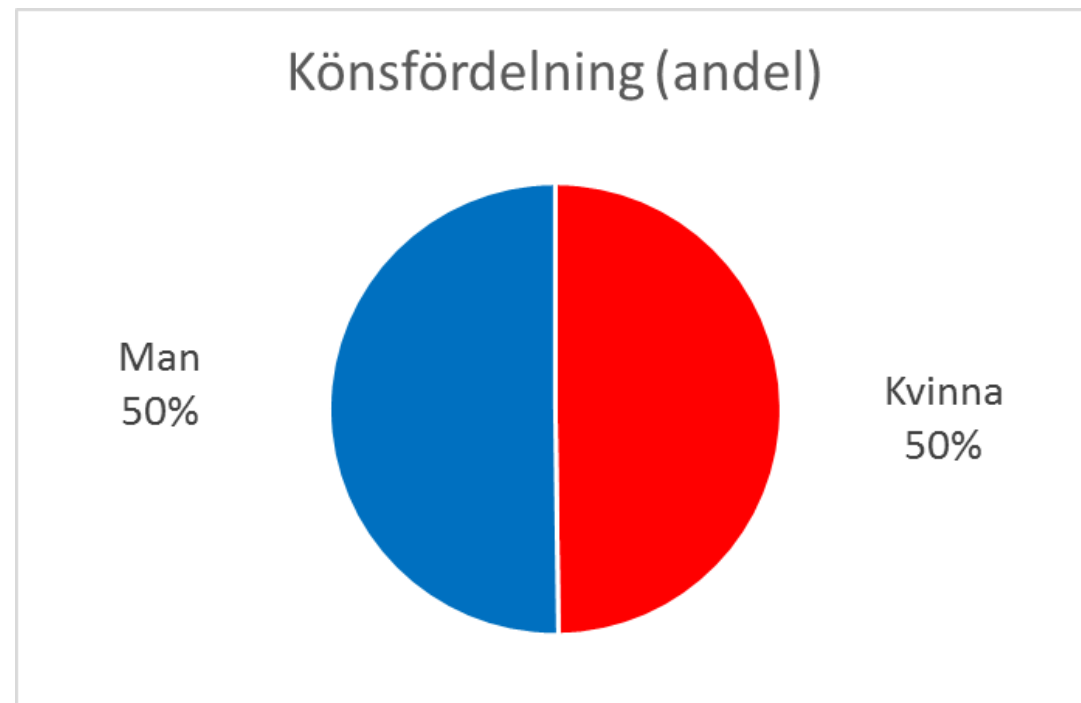
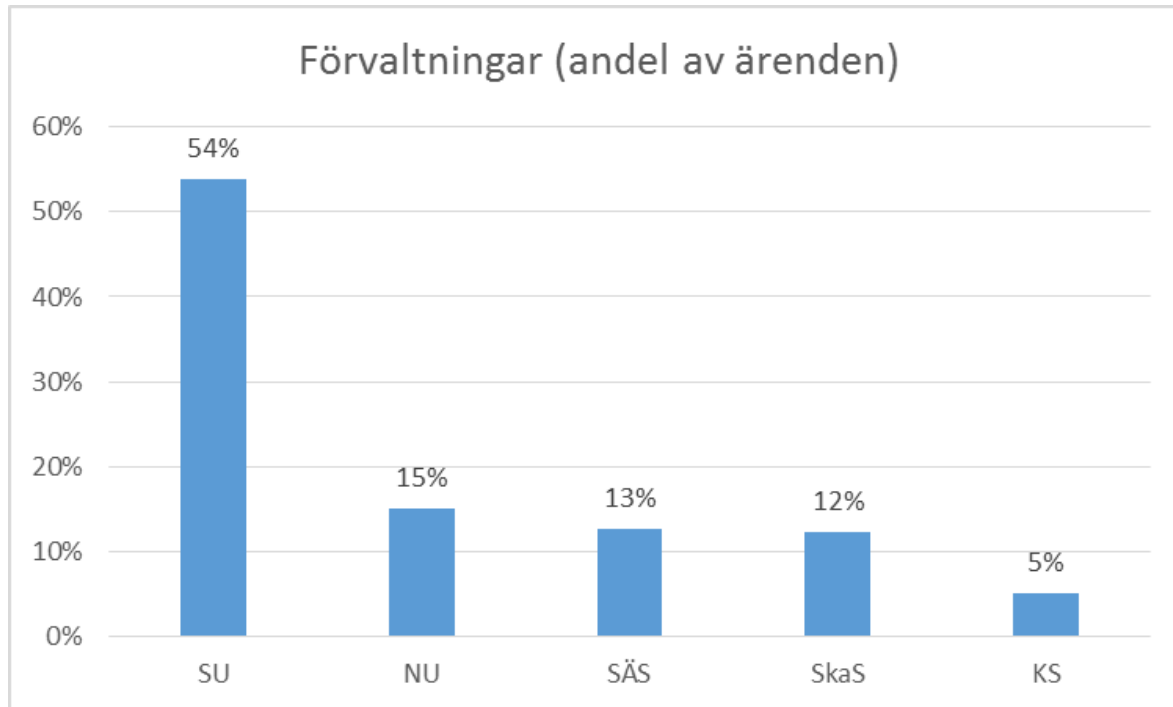
- Suicid dominerar stort anledningen till LM-anmälningar  
→ Undanträngning av andra möjliga anledningar till LM-anmälan?  
Vad säger klagomålen?



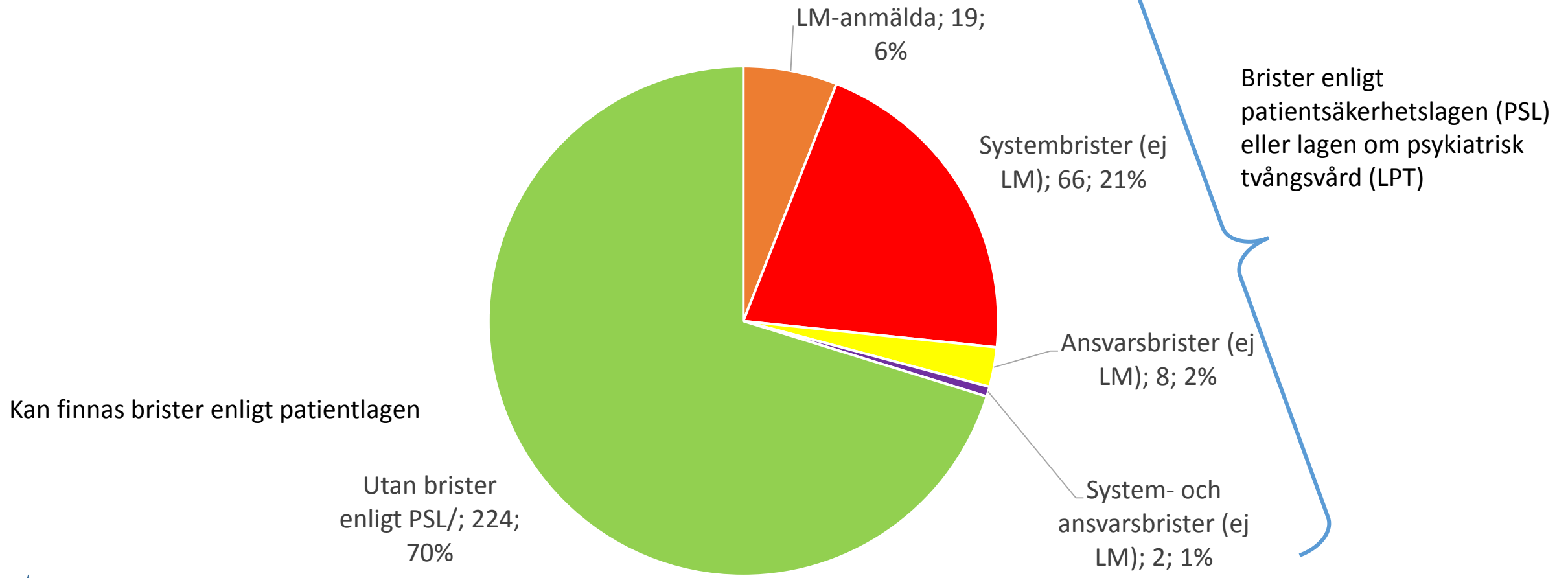


# Utredda klagomål (Vux) till SoS/IVO

- 319 inkomna beslut

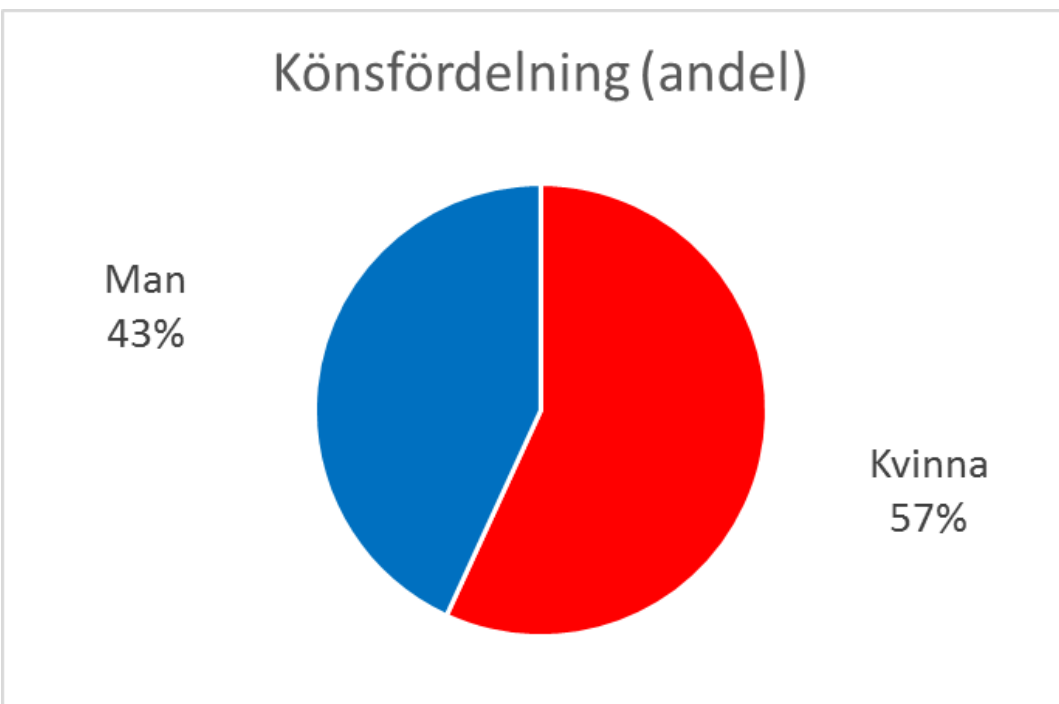
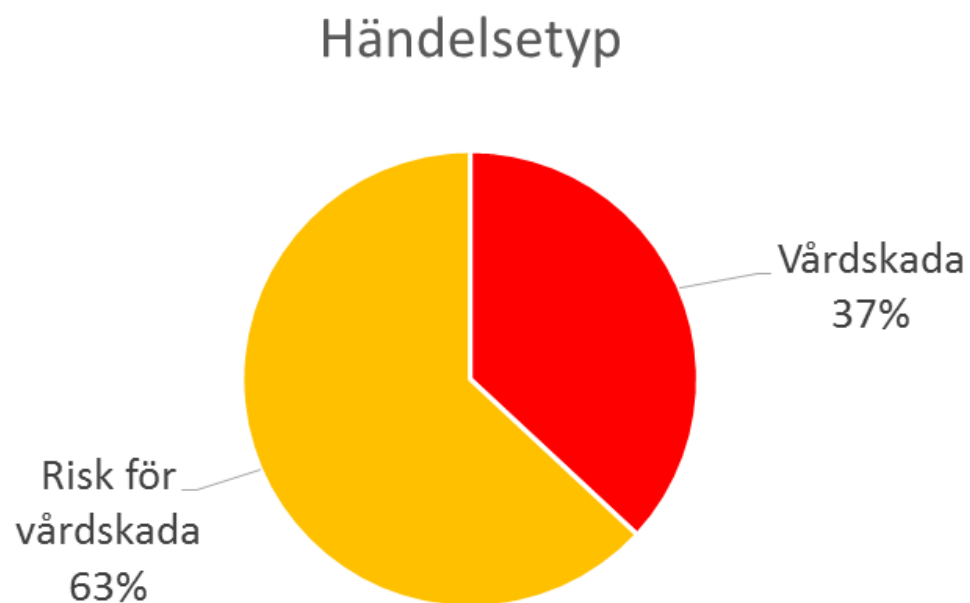


# Klagomål (Vux) utredda per 160121 (N=319)

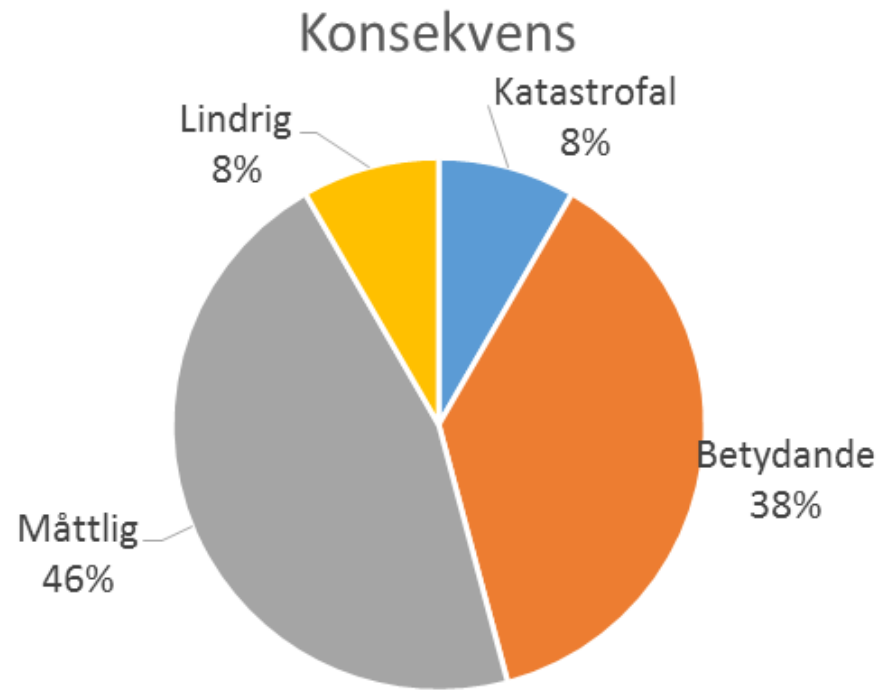


# Klagomål med systembrister (enligt PSL/LPT)

- 68 inkomna beslut (21 % av utredda klagomål)

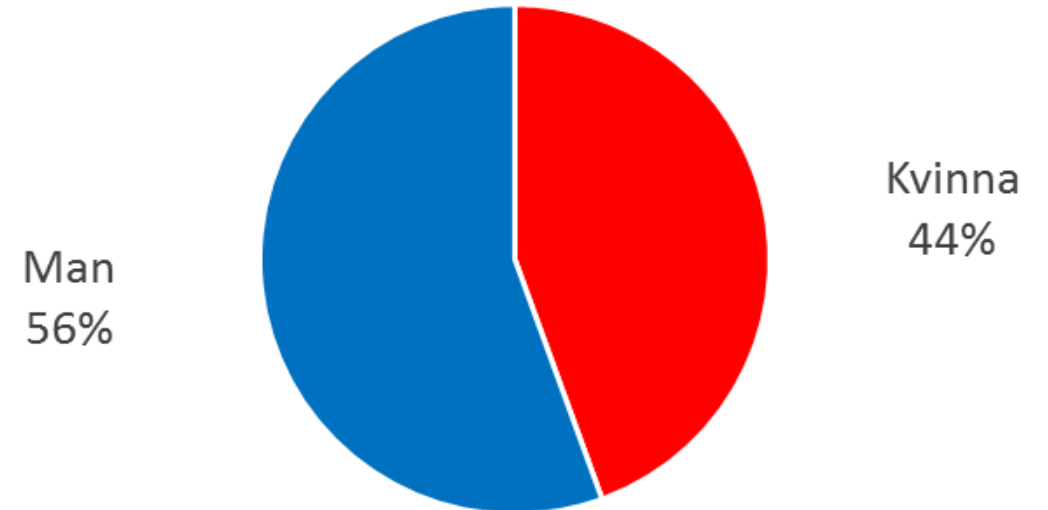


# Klagomål med systembrister (PSL/LPT) som bidragit till vårdskada



Betydande + Katastrofala = Allvarliga

## Könsfördelning (andel)



# Klagomål med allvarliga vårdskador

- Olaga bältesläggning (LPT; 2) → Psykiskt lidande (B)
- Olaga tvångsvård (LPT; 2) → Psykiskt lidande (B)
- Fall på vårdavdelning (PSL) → Död (K)
- Hjärttox av läkemedel (PSL) → Död (K)
- Utveckling av steroidpsykos (PSL) → Psykiskt lidande (B)
- Intoxikation (PSL) → Utökat vårdbehov (B)
- Felaktig diagnos och behandling av viktnedgång (PSL) → Utökat vårdbehov/lidande (B)
- Förväxling av insulin penset som gav hepatit C (PSL) → Utökat vårdbehov (B)
- Journalhandlingar skickade till fel person (PSL) → Psykiskt lidande (B)

# Sammanfattning av oönskade händelser bakom allvarliga skador enligt LM och klagomål

- **Olaga tvångsvård**: 4 klagomål
- Brister i **läkemedel**shantering/-användning: 4 klagomål, 3 LM
- Brister i **omvårdnad** - Fall på vårdavdelning: 1 klagomål, 3 LM
- Bristande **utredning** - somatiska och psykiatriska processer: 1 klagomål, 1 LM
- Bristande uppföljning: 1 LM
- Bristande identitetskontroll/förväxling patient: 1 klagomål



# Vad bör utredas närmare och Lex Maria-anmälas?

- Läkemedelsskada: överdos, organtox/oväntade effekter, förväxlingar
- Fallskada
- Olaga tvångsåtgärd (tvångsvård/bältesläggning)
- Intoxikationer som hade kunnat undvikas
- Fördröjd diagnos av allvarliga tillstånd som medför risk för allvarlig skada eller undvikbar förlängning av allvarligt lidande/funktionsnedsättning
- Öväntad och allvarlig försämring av hälsotillståndet
- Förväxling av patient
- ...

# Hur fånga allvarliga avvikelser?

- Personalrapporter och klagomål är ad hoc och behöver inte representera de vanligaste händelserna/skadorna
- Systematisk strukturerad journalgranskning, t ex med markörbaserad journalgranskning (MJG) på slumpvis utvalda journaler varje månad ger sannolikt en bild som ligger närmare verkligheten
- MJG förutsätter att man letar efter rätt saker (markörerna ska upptäcka de händelser som äger rum)
- Inom psykiatri finns nu ett MJG-instrument som ska börja användas





# Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| • Ärenden i databasen per 160121 totalt | 47 |
| • Suicid som Lex Maria-anmälts          | 2  |
| • LM(ej suicid) utredda                 | 6  |
| • Klagomål utredda                      | 36 |
| • LM-anmälda                            | 2  |
| • Brister enligt PSL/LPT                | 8  |
| • Ej brister enligt PSL/LPT             | 26 |

# Suicid

VGR databas per 160202



# SOSFS 2005:28 Lex Maria

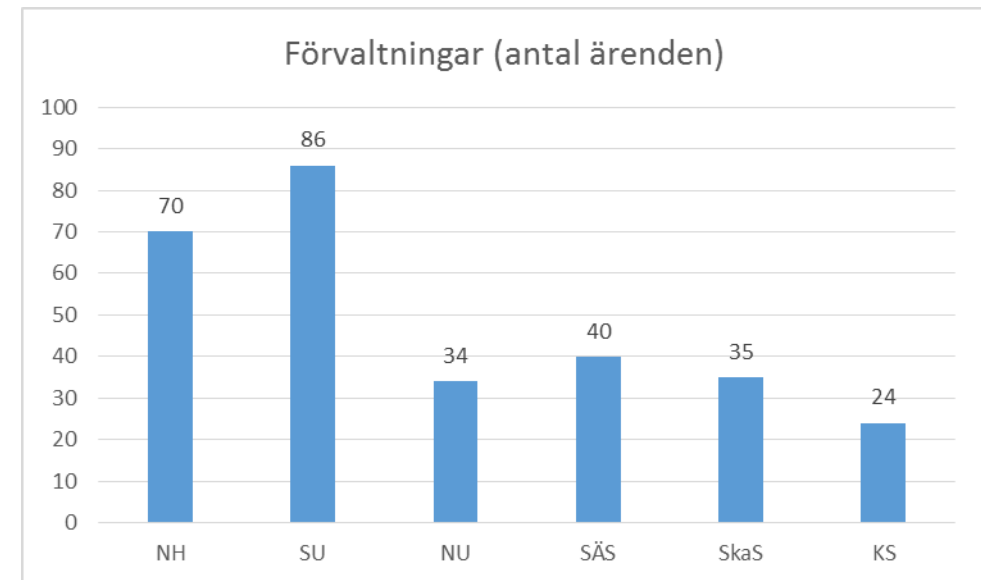
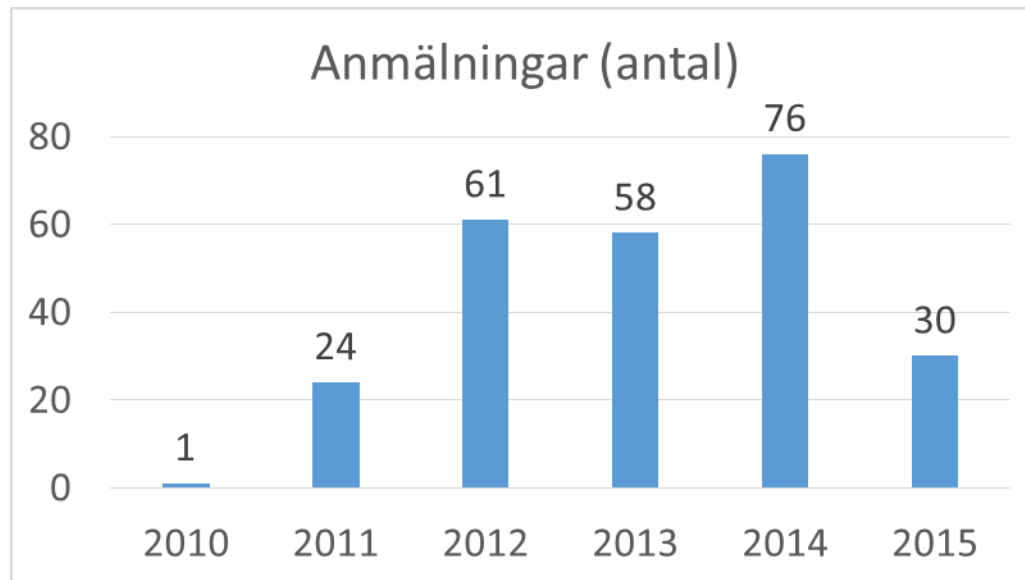
- Krav på anmälan till IVO
- Syfte: få kunskap om brister i vården som kan bidra till att suicid sker
- Suicid inom 4 veckor efter senaste vårdkontakt
- Internutredning ska bifogas
  - Händelseförlopp
  - Orsakerna till händelseförloppet
  - Åtgärder som ska minska risken för upprepning
  - Och några saker till
- Bestämmelsen om anmälningsskyldighet kommer troligtvis att tas bort

} Utredds genom händelseanalys



# Utredda suicid-anmälningar (LM) i databasen

- I databasen över LM-anmälningar från VGR finns 285 anmälda suicid med resultat av utredningarna



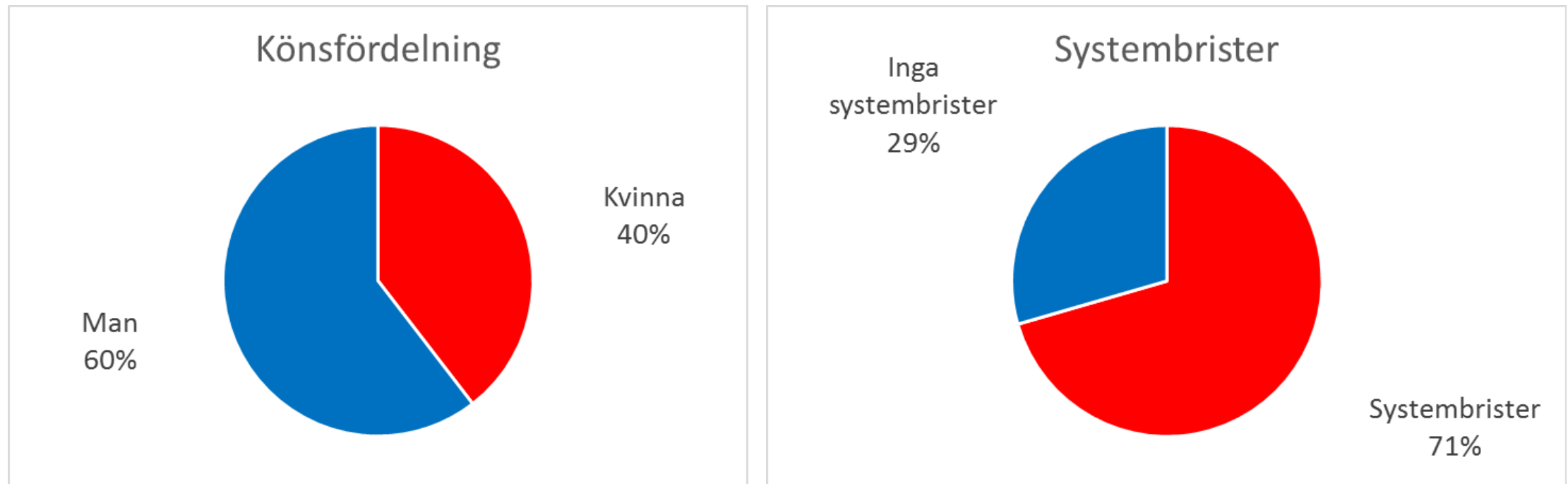
OBS! Siffrorna anger inte det totala antalet anmälningar som gjorts utan endast de där utredningsresultat finns.

# Suicid Lex Mari-anmälningar per 160202 (N=285)

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| • Rättspsykiatri                | 5   |
| • BUP                           | 1   |
| • Vuxenpsykiatri (ej rättspsyk) | 196 |
| • Somatik sjukhus vuxen         | 17  |
| • Kirurgiska                    | 8   |
| • Medicinska                    | 7   |
| • Akutmedicin                   | 2   |
| • Primärvård                    | 70  |



# Suicid LM – samtliga utredda (N=285)



Alla suicid är inte undvikbara utifrån patientsäkerhetssynvinkel



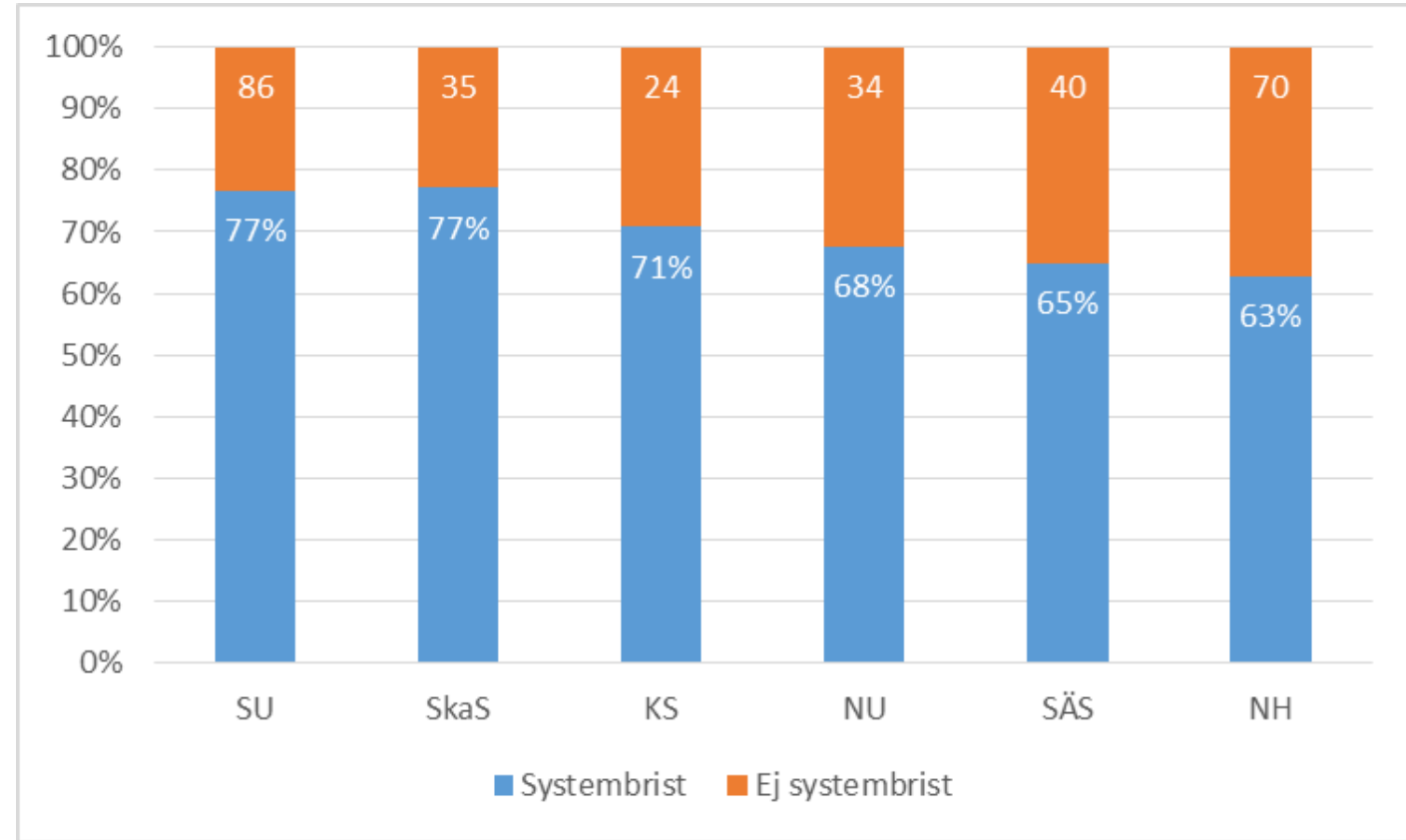
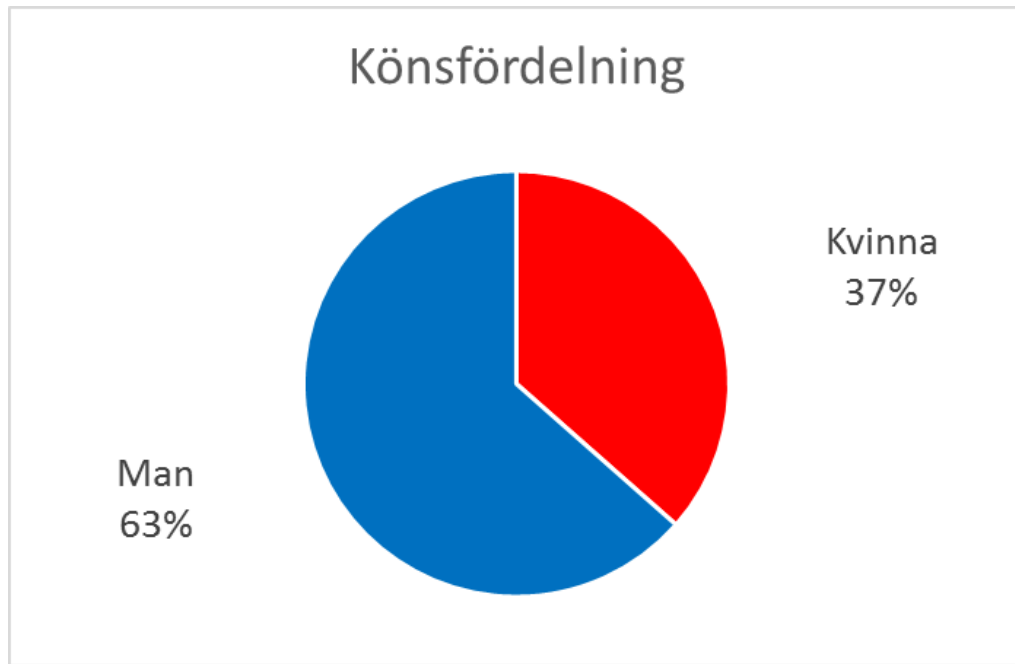
När är suicid en vårdskada, d v s kan undvikas genom adekvata åtgärder från hälso- och sjukvården?

# Suicid-LM: Systembrister

Systembrister som kan ha bidragit till att suicid genomfördes



# Suicid LM – systembrister (N=201)

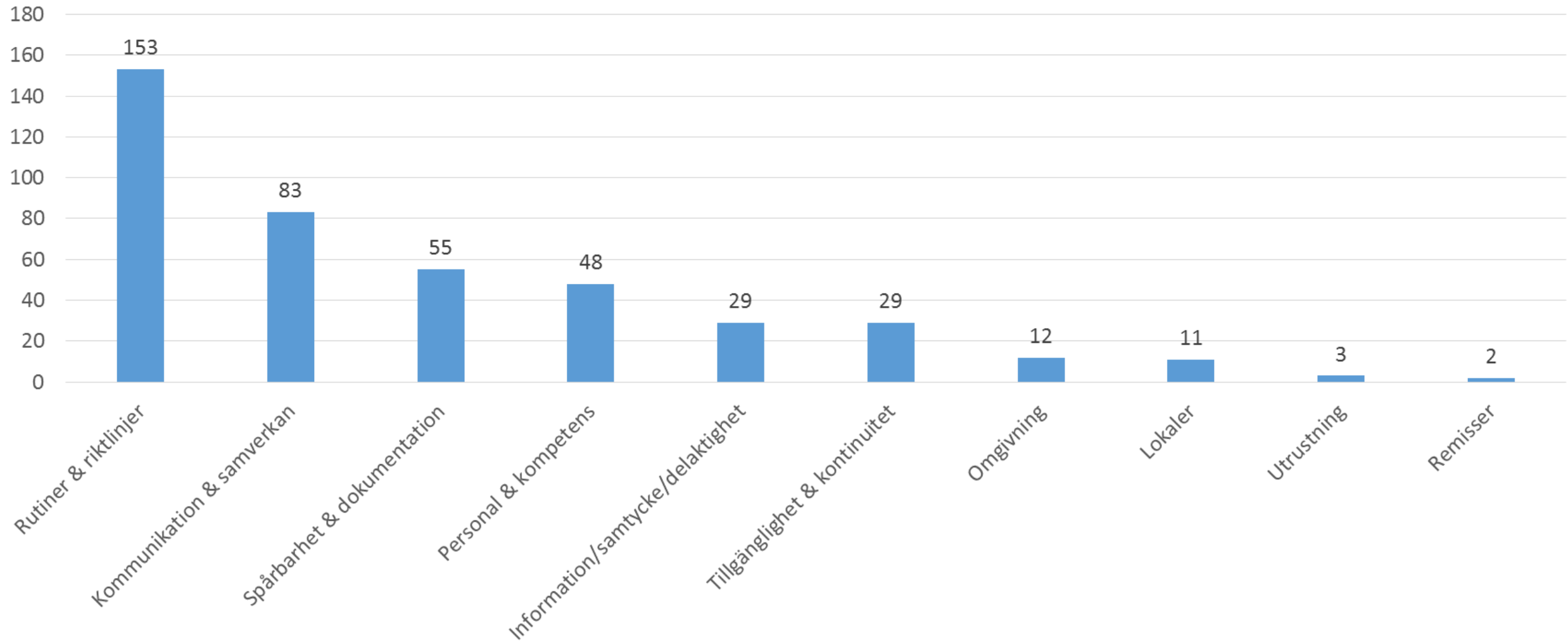


Det totala antalet utredningar och andel med systembrister anges

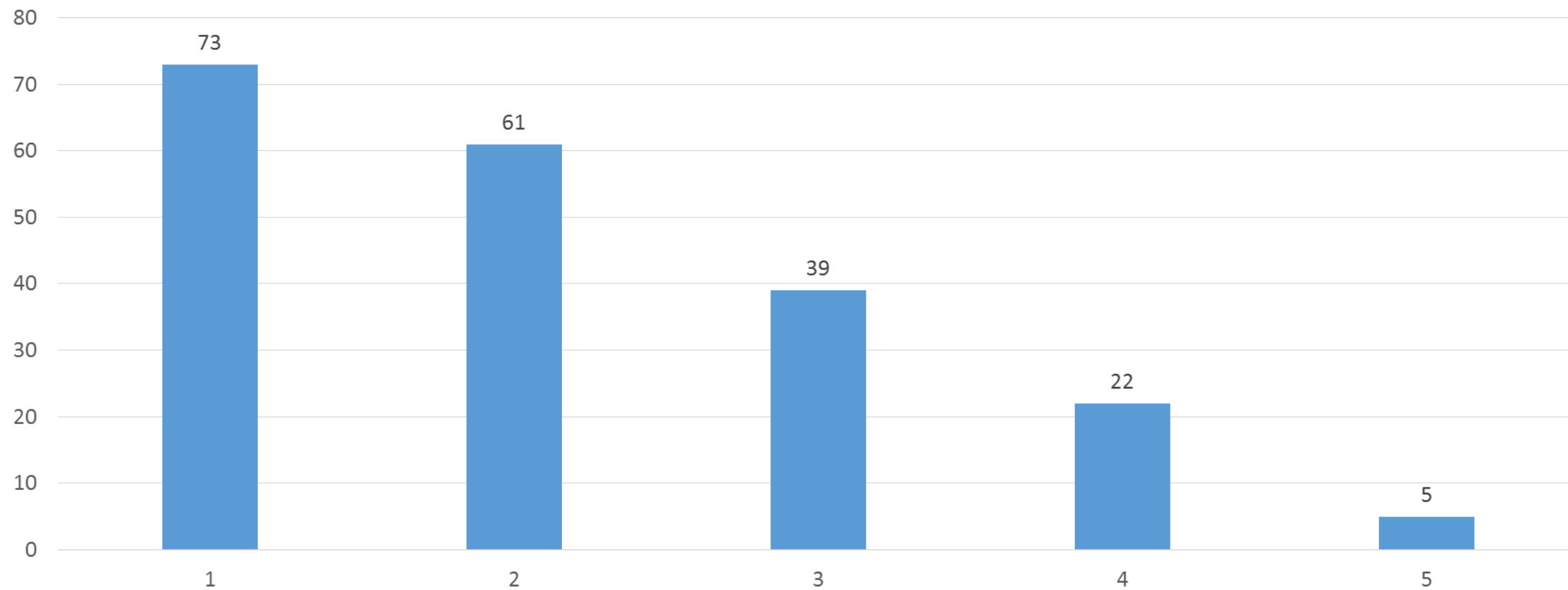




Orsaksområden (antal ärenden)

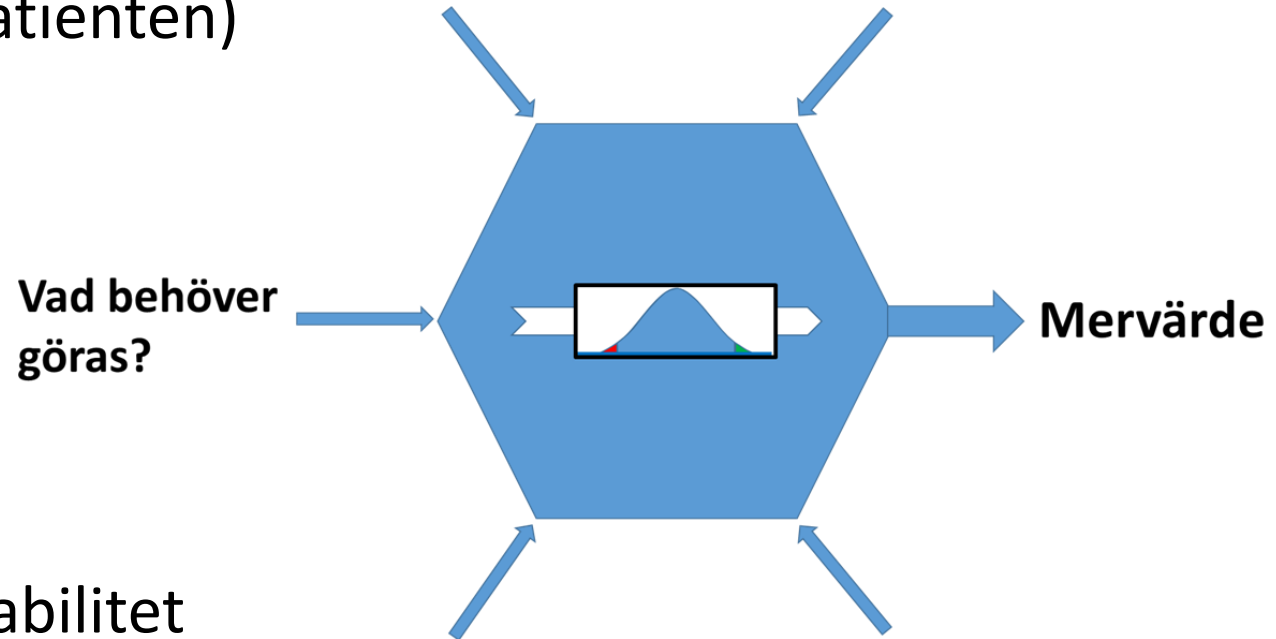


Antal orsaksområden/ärende (antal ärenden)



# Suicid – funktioner med brister

- En funktion är något som görs och som syftar till att skapa ett mervärde (direkt eller indirekt för patienten)



- Varje funktion har en variabilitet
- Variabiliteten kan vara inneboende i funktionen i sig men kan också komma från andra funktioner som har en koppling till funktionen



- Funktionerna är beståndsdelar i komplexa system
- Funktionerna i ett system påverkar varandra direkt och indirekt



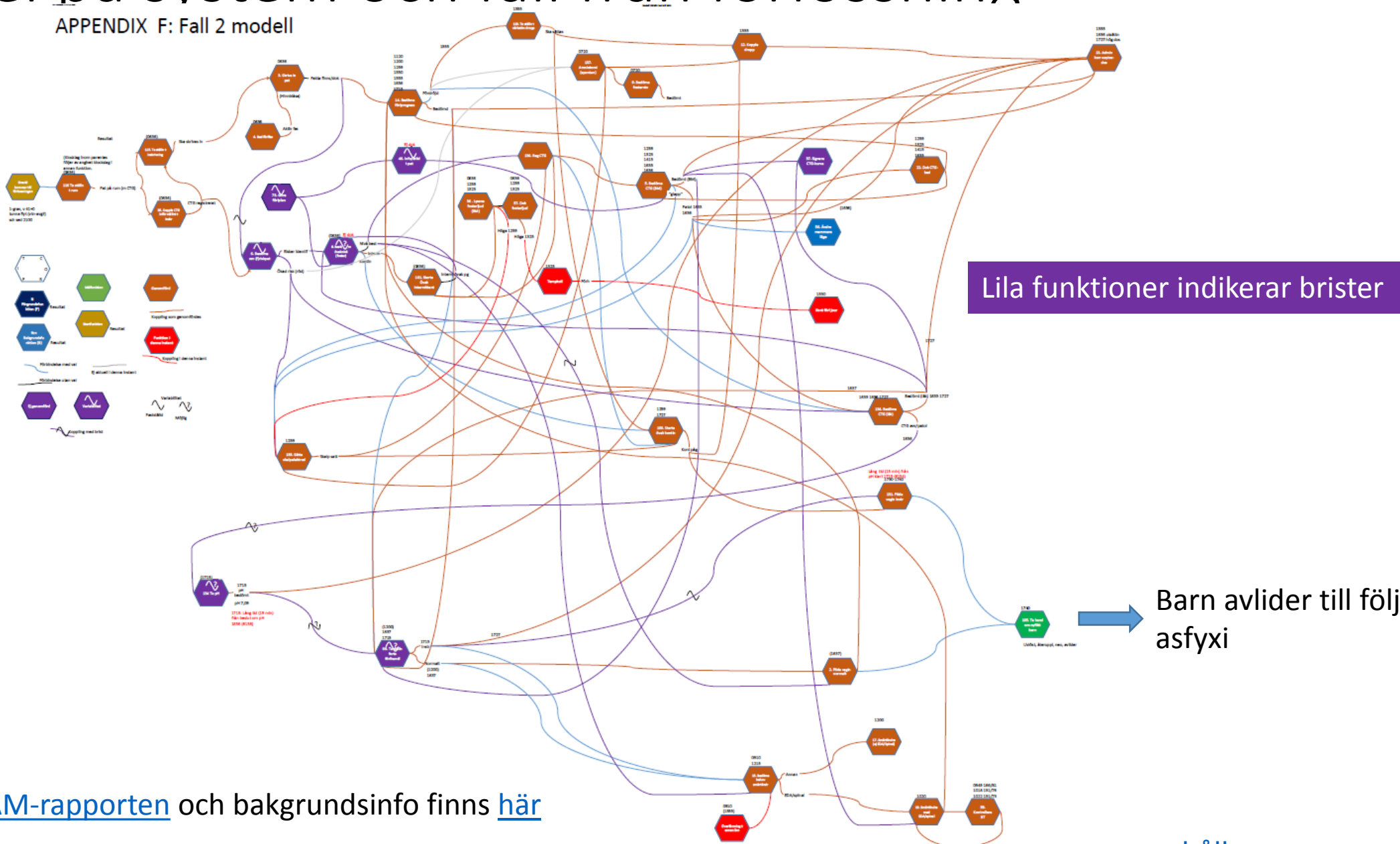
- Systemets sammanlagda utfall i det individuella fallet (t ex hur en patient handläggs inom en psykiatrisk enhet) kan uppvisa stor variation
- Även om varje funktion i ett system i sig vid ett givet tillfälle producerar acceptabla resultat kan det sammanlagda utfallet ändå bli katastrofalt
- Det visar sig att genomförandet av en eller flera funktioner varit bristfälligt när patienter kommer till skada



# Exempel på system och fall från förlossning

APPENDIX F: Fall 2 modell

Gravid kvinna  
behöver förlösas



länk till [FRAM-rapporten](#) och bakgrundsinfo finns [här](#)

# Suicid – funktioner med brister

- En FRAM-analys pågår av handläggningen av patienter vid en psykiatrisk öppenvårdsenhet – rapport väntas bli klar under våren 2016
- Analys av 201 LM-utredningar vid suicid i VGR har gjorts som visar:
  - 551 individuella bristande funktioner har framkommit
  - Varje bristande funktion kan hänföras till en av 177 olika funktioner
  - Funktionerna kan grupperas i 37 funktionskategorier



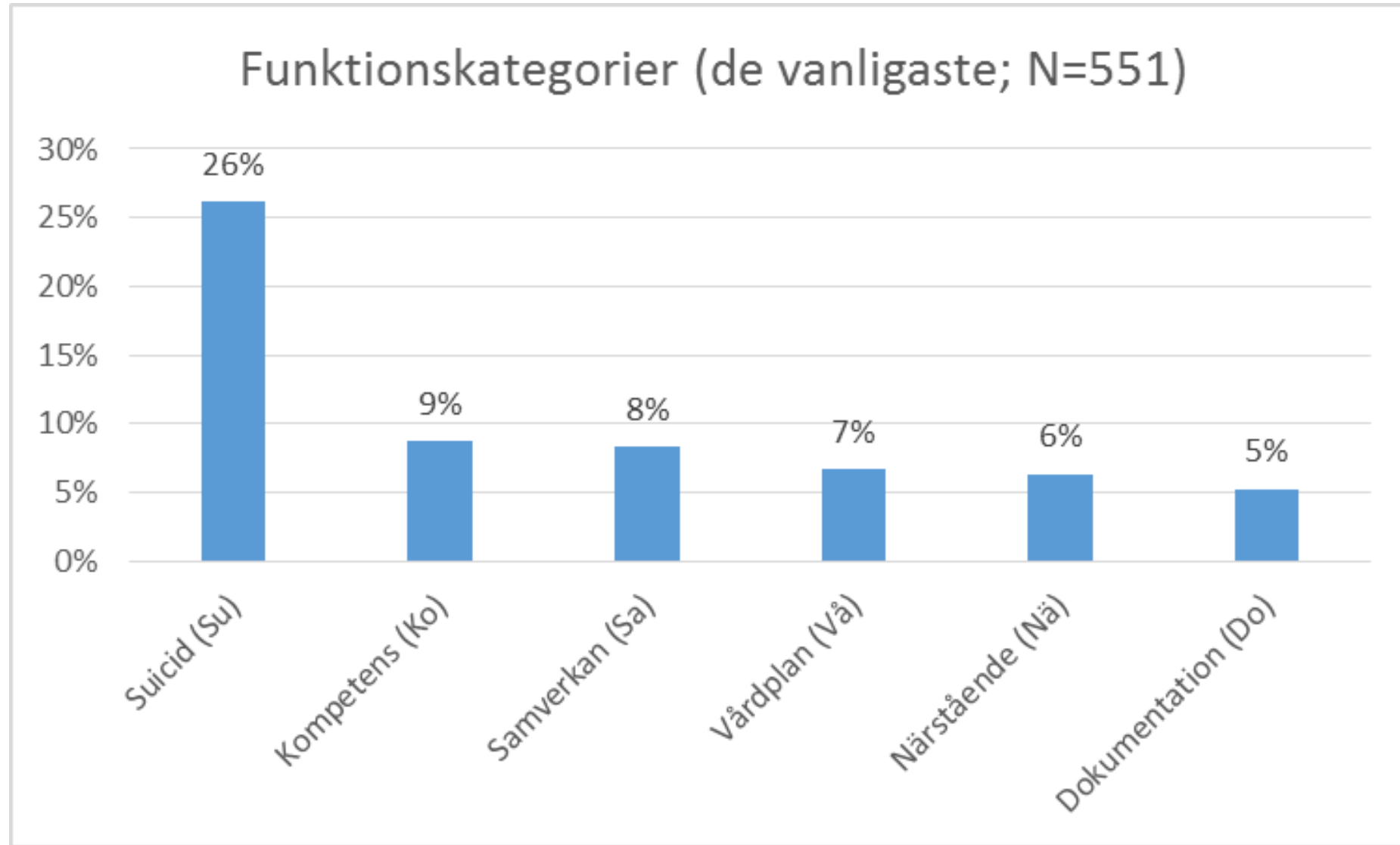
# Funktionskategorier (37)

- **Suicid**
- **Kompetens**
- **Samverkan**
- **Vårdplan**
- **Närstående**
- **Dokumentation**
- Primärvård
- Läkemedel
- Kontinuitet
- Diagnostik
- Tillgänglighet
- Kommunikation
- Uppföljning
- Arbetsmiljö
- Avvikelse
- Säkerhet
- Tillsyn
- Patientsamverkan
- Information
- Team
- Behandling
- Kommunikation
- Utrustning
- Övrigt
- Platser
- Remisser
- Tvångsvård
- Uppdragsanmälan
- Uppsökande
- prioritering
- Självskada
- UNS
- Behov
- Hänvisning
- Inskrivning
- Omvårdnad
- Utskrivning

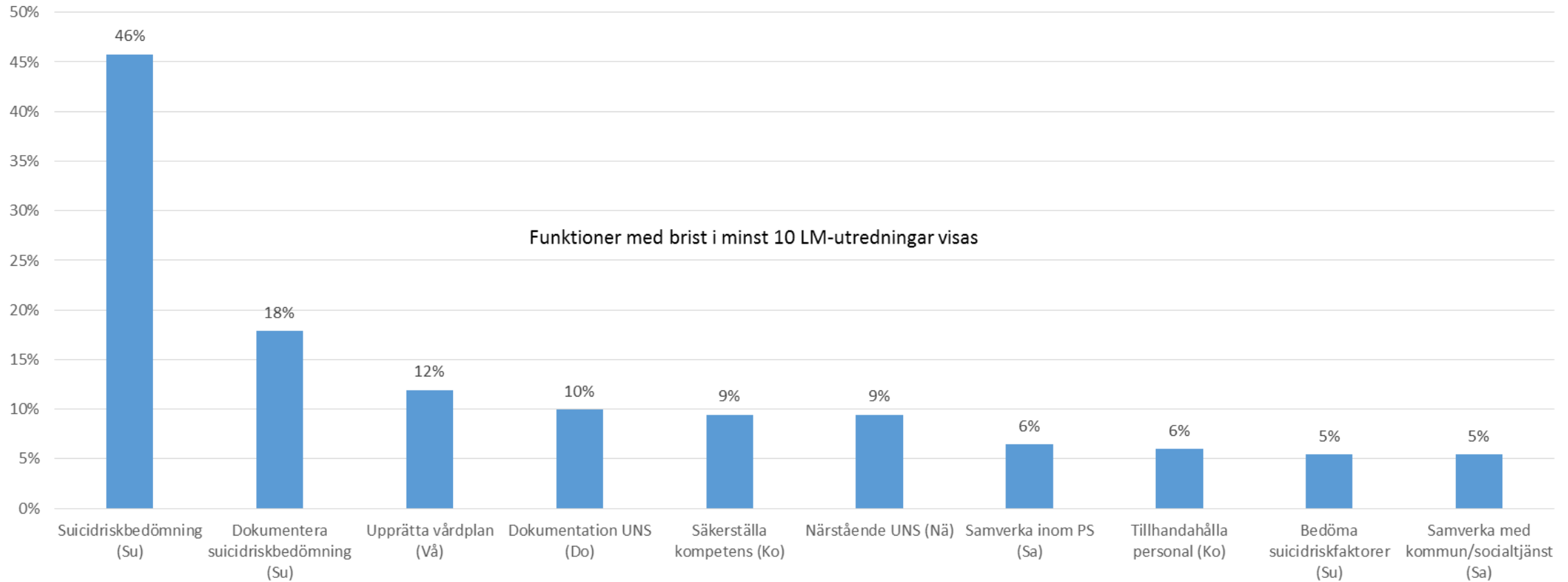




- De brister som framkommer kan vanligen hänföras till funktioner som hör till följande funktionskategorier



### Vanligaste funktioner med brister (andel av utredningar; N=201)



# Funktionskategori Suicid (Su) - Fokus

- Riktlinjer ska finnas för när, av vem och vilka **riskfaktorer** för suicid som ska penetreras
- Riktlinjer ska finnas för i vilka situationer, av vem och hur **suicidriskbedömning** ska genomföras
- Riktlinjerna för suicidriskbedömning ska bl a innehålla instruktion om att **skattningskala** ska användas (och förslag på skattningskala)
- Riktlinjerna ska hållas aktuella hos alla och följsamheten vara hög
- Riskfaktorer, suicidriskbedömning och använd skattningskala ska alltid **dokumenteras** jämte hänvisning till den riktlinje som användes



# Funktionskategori Kompetens (Ko) - Fokus

- Det ska finnas **rutiner för inom vilka kompetensen** hos personalen (befintlig och nyanställd) ständigt ska säkras samt när och hur detta ska ske
- Kompetensen måste säkras bl a rörande suicidologi, hur risken för suicid bör bedömas och om samtalsmetoder
- **Schemaläggningen** måste leda till att det finns den personal som behövs
- Det ska finnas rutiner för hur tillgången till personal som behövs ska säkras på kort och lång sikt genom bl a **kontinuerlig behovsanalys och rekrytering**
- Den **personal som behövs måste anställas** och det ska därför finnas utrymme i budget
- **Yrkesansvaret** måste betonas



# Funktionskategori Samverkan (Sa) - Fokus

- Det ska finnas rutiner som tydliggör vilka **moment som ingår i samverkan** mellan olika enheter inom de psykiatriska verksamheterna och mellan psykiatrin och somatiska eller kommunala verksamheter
- Rutinerna ska tydliggöra **hur samverkan ska gå till**, hur **ansvaret** är fördelat och vilka moment som ska **dokumenteras**



# Funktionskategori Vårdplan (Vå) - Fokus

- Riktlinjer ska finnas för i vilka situationer **en vårdplan** ska upprättas, vilka som ska delta och vad den ska innehålla
- Riktlinjer ska finnas för i vilka situationer **en samordnad vårdplan** ska upprättas, vilka som ska delta och vad den ska innehålla
- Vårdplanerna (inkl SVPL) ska alltid **dokumenteras** jämte referens till vilken riktlinje som användes
- Riktlinjerna ska hållas aktuella hos alla och följsamheten vara hög



# Funktionskategori Närstående (Nä) - Fokus

- Riktlinjer ska finnas för hur **närståendearbete** ska bedrivas, vilka moment arbetet ska innefatta och vem som har ansvaret för de olika momenten
- Momenten ska bl a omfatta **information till närstående** om patienten, vad den ska innehålla och hur den ska ges
- Rutiner ska finnas som säkerställer en **hög tillgänglighet** för närstående till vårdpersonalen och hur information från närstående ska tas emot, bedömas och **dokumenteras**
- Rutiner ska finnas som säkerställer att närstående kan göras delaktiga efter sina **egna förutsättningar och önskemål**



# Funktionskategori Dokumentera (Do) - Fokus

- Det ska **för varje moment (funktion)** finnas rutiner som anger vilka uppgifter som är väsentliga och som därför ska dokumenteras, samt hur dokumentationen ska gå till
- Rutinerna för dokumentation ska hållas uppdaterade och kända hos den personal som berörs
- Dubbeldokumentation bör undvikas





# Utreddning av suicid i framtiden

Diskussionsinlägg

# Utredning inför utredning av suicid

- Gjordes strukturerad suicidriskbedömning vid senaste kontakt med vården (om telefonkontakt, finns suicidriskbedömning dokumenterad)?
  - Finns aktuell vårdplan/SVIP?
  - Finns aktuella uppgifter om närståendes delaktighet?
  - Har patienten fått uppföljning inom ÖV efter senaste SV-vårdtillfället?
  - Har patienten fått tid inom rimlig tid efter att ett sådant behov har framkommit vid senaste kontakten (från patient, närstående, socialtjänst/boende, PV) med vården?
  - ...
- Om något av dessa besvaras med nej bör en HA göras

# Moment som bör penetreras i en händelseanalys efter suicid

- Identifiering/dokumentation av **riskfaktorer för suicid** och vilka rutiner som följdes
- Bedömning/dokumentation av **suicidrisk** och vilka riktlinjer/skattningsskalor som användes
- Planering/dokumentation av **suicidpreventiva** åtgärder
- Upprättade av **vårdplan och samordnad vårdplan**
- Om och hur **samverkan** mellan enheter inom psykiatri (SV-ÖV) och med kommun/socialtjänst/boende/andra verksamheter genomfördes
- Om och vilken omfattning **närstående** gjordes och var delaktiga, samt om vården var tillgänglig när närstående/patienten behövde den
- Vilka **viktiga vårdmoment** som ingick (borde ingått) i handläggningen av patienten och hur dessa genomfördes
- **Dokumentationen** av patientens hälsotillstånd, bedömningar, samt planering och genomförande av viktiga vårdmoment
- Om **personal med kompetens och i tillräckligt antal** fanns vid genomförde viktiga moment i handläggningen av patienten

# Vilka suicid ska Lex Maria-anmälas?

- HA gjord
- HA visar på brister i verksamheten som sannolikt bidragit till att adekvata åtgärder inte vidtagits i syfte att förebygga patientens suicid

Fler bilder med mer detaljer

# Funktionskategori Suicid (Su; 144)

- Suicidriskbedömning 92
- Dokumentera suicidriskbedömning 36
- Bedöma suicidriskfaktorer 11
- Dokumentera suicidprevention 3
- Följa upp suicidriskfaktorer 2

# Funktionskategori Kompetens (Ko; 48)

- Säkerställa kompetens 19
- Tillhandahålla personal 12
- Anställa personal 6
- Ta yrkesansvar 5
- Säkerställa kompetens hos nyanställda 3
- Säkerställa kompetens hos somatiken 1
- Säkerställa kännedom om funktioner 1
- Säkerställa språkkunskaper hos personal 1

# Funktionskategori Samverkan (Sa; 46)

- Samverka inom PS 13
- Samverka med kommun/socialtjänst 11
- Samverka med somatik 5
- Samverkan UNS 4
- Samverka mellan vårdgivare 3
- Samverka med PS 3
- Samverka med polis 2
- Ansvarsfördelning på vårdavdelning 1
- Samverka med boende 1
- Samverka med fastighetsförvaltare 1
- Samverka mellan boende och soc 1
- Samverka mellan verksamheter 1



# Funktionskategori Vårdplan (Vå; 37)

- Upprätta vårdplan 24
- Upprätta SVPL 6
- Dokumentera vårdplan 3
- Dokumentera SVPL 2
- Uppdatera vårdplan 1
- Upprätta omvårdnadsplan 1

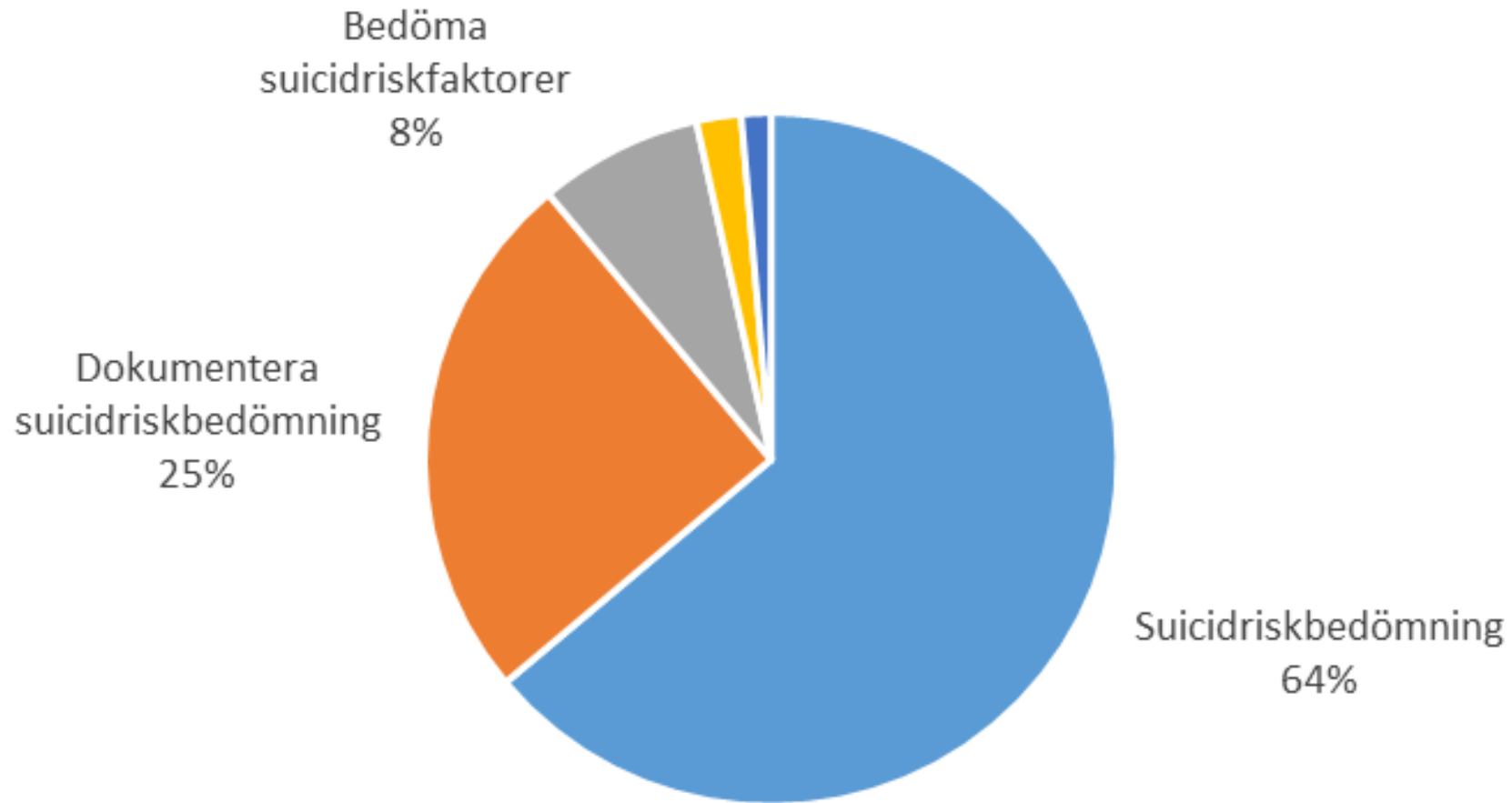
# Funktionskategori Närstående (Nä; 35)

- Göra närstående delaktiga 34
- Dokumentera närståendes delaktighet 1

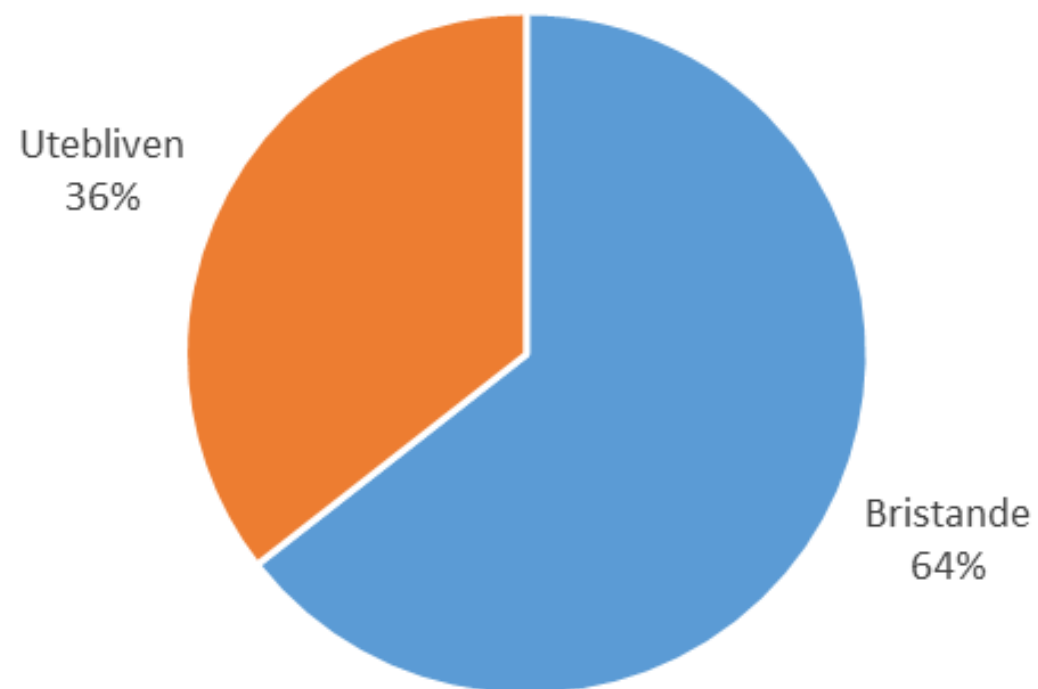
# Funktionskategori Dokumentation (Do; 29)

- UNS 20
- Behandling 4
- Utredning 2
- Kontakt med annan yrkesfunktion 1
- Brytpunktssamtal 1
- Kontakt med ÖV 1

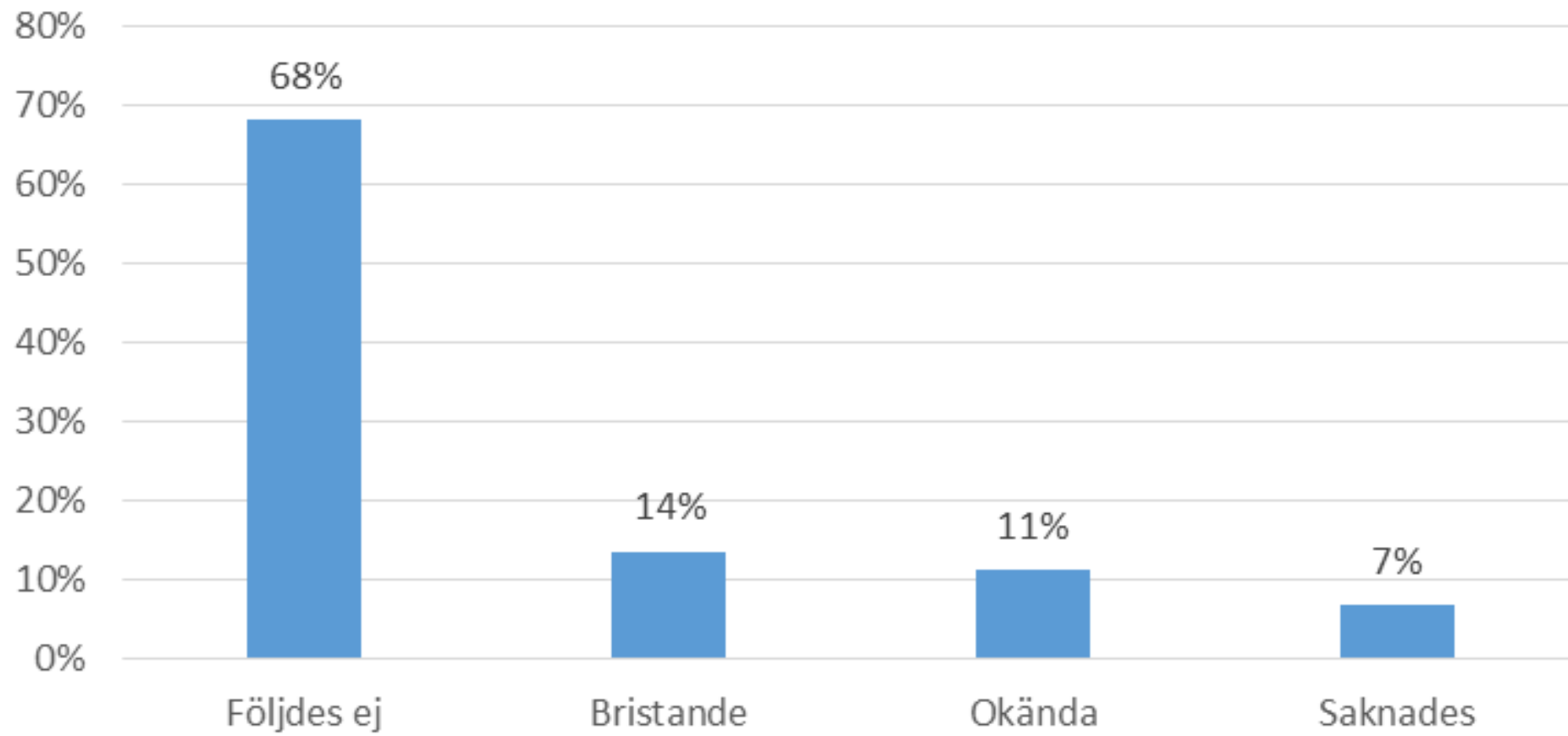
## Funktionskategori: suicid (N=144)



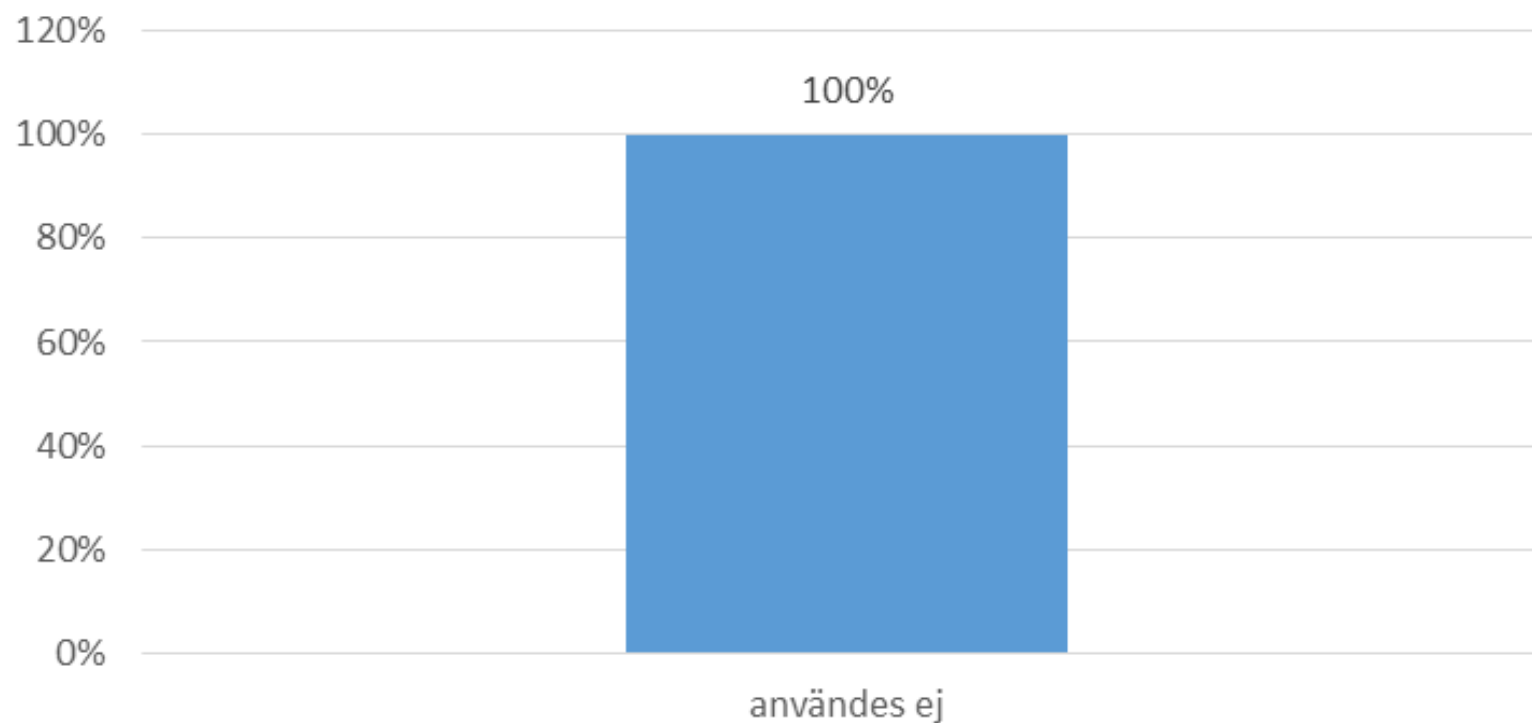
## Avvikelser i funktion: Suicidriskbedömning (N=90)



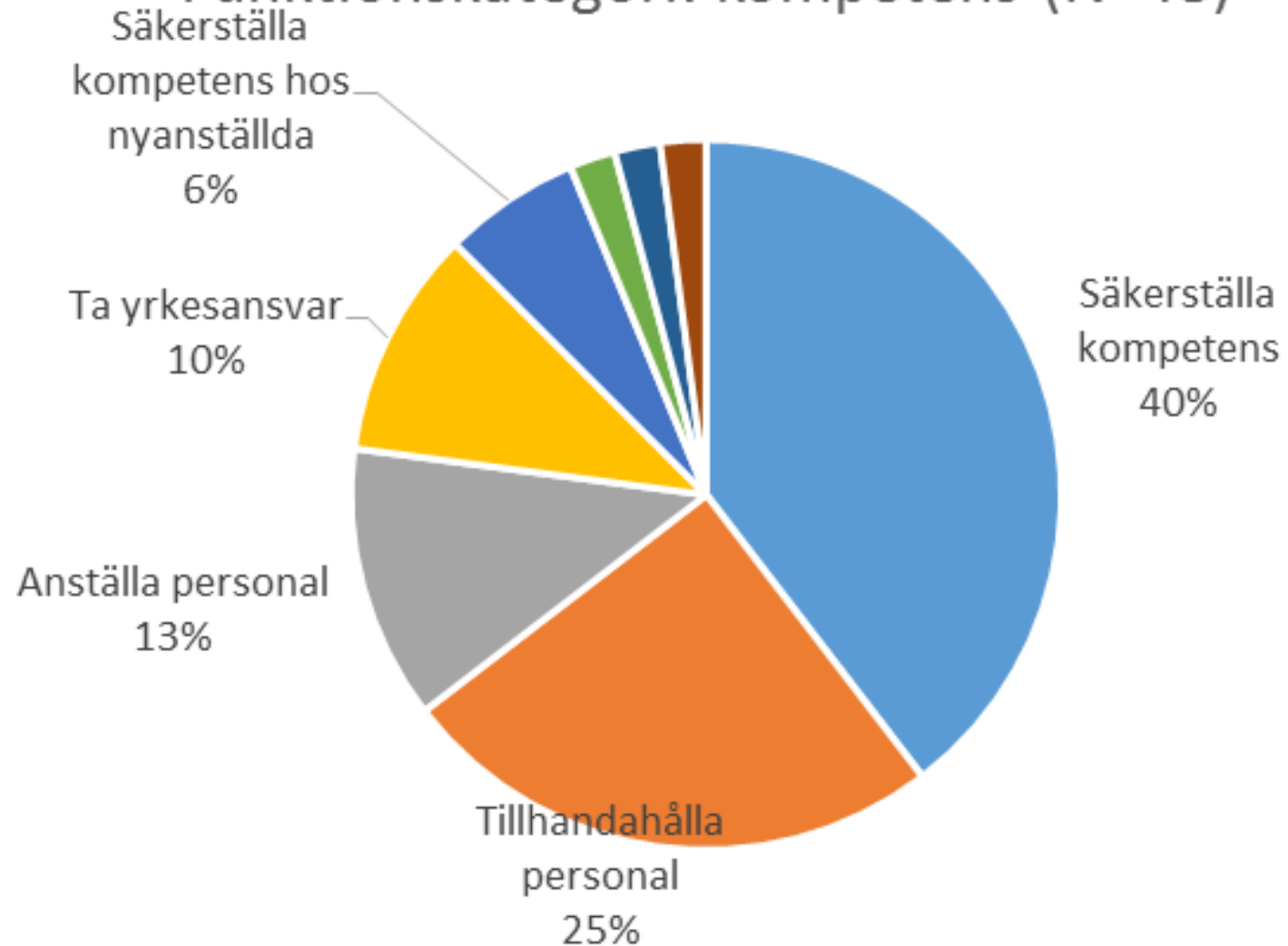
### Avvikelser vid brister i rutiner vid suicidriskbedömning (n=44)



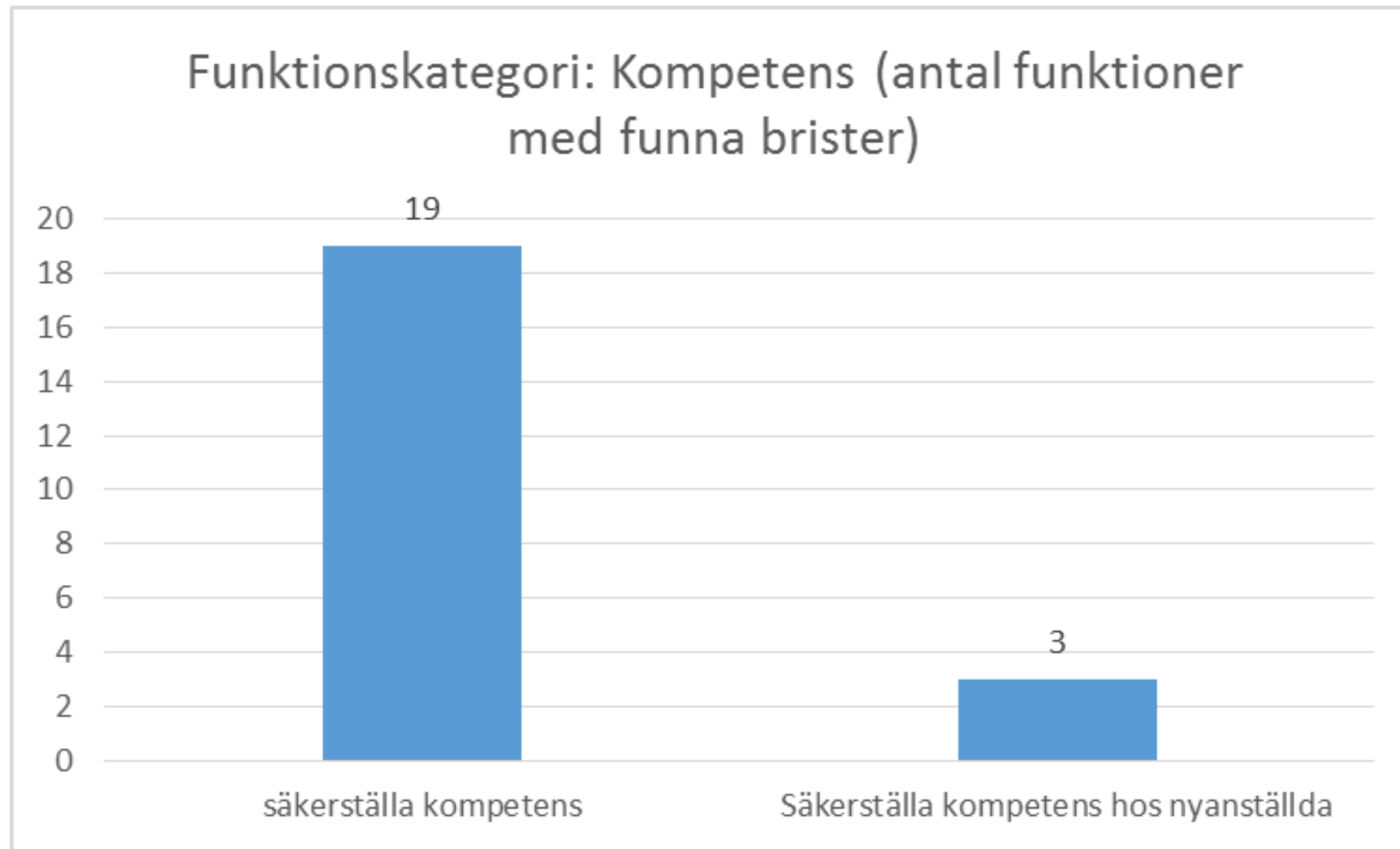
### Avvikelser vid brister i skattningsskalor vid suicidriskbedömning (n=11)

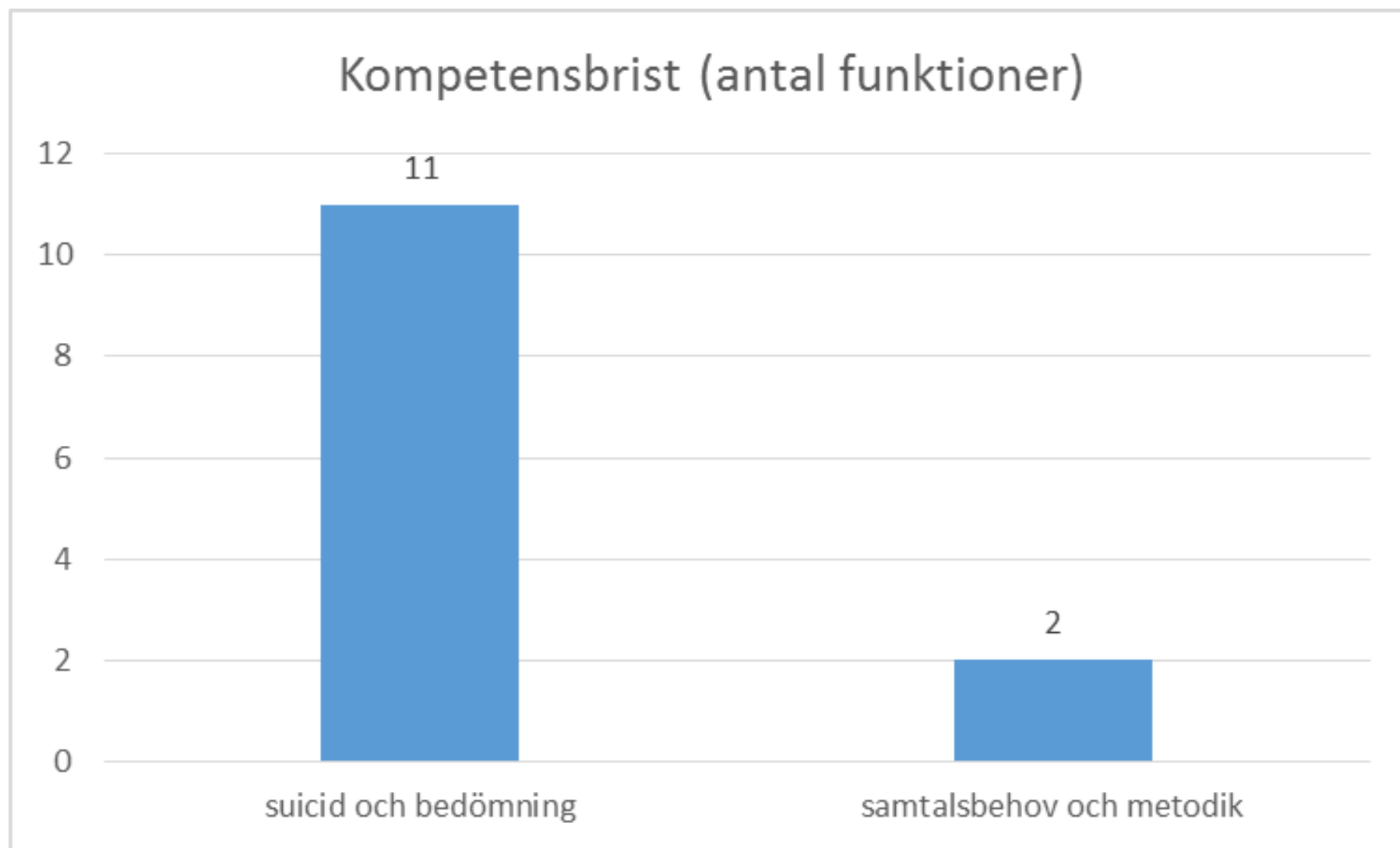


## Funktionskategori: kompetens (N=48)

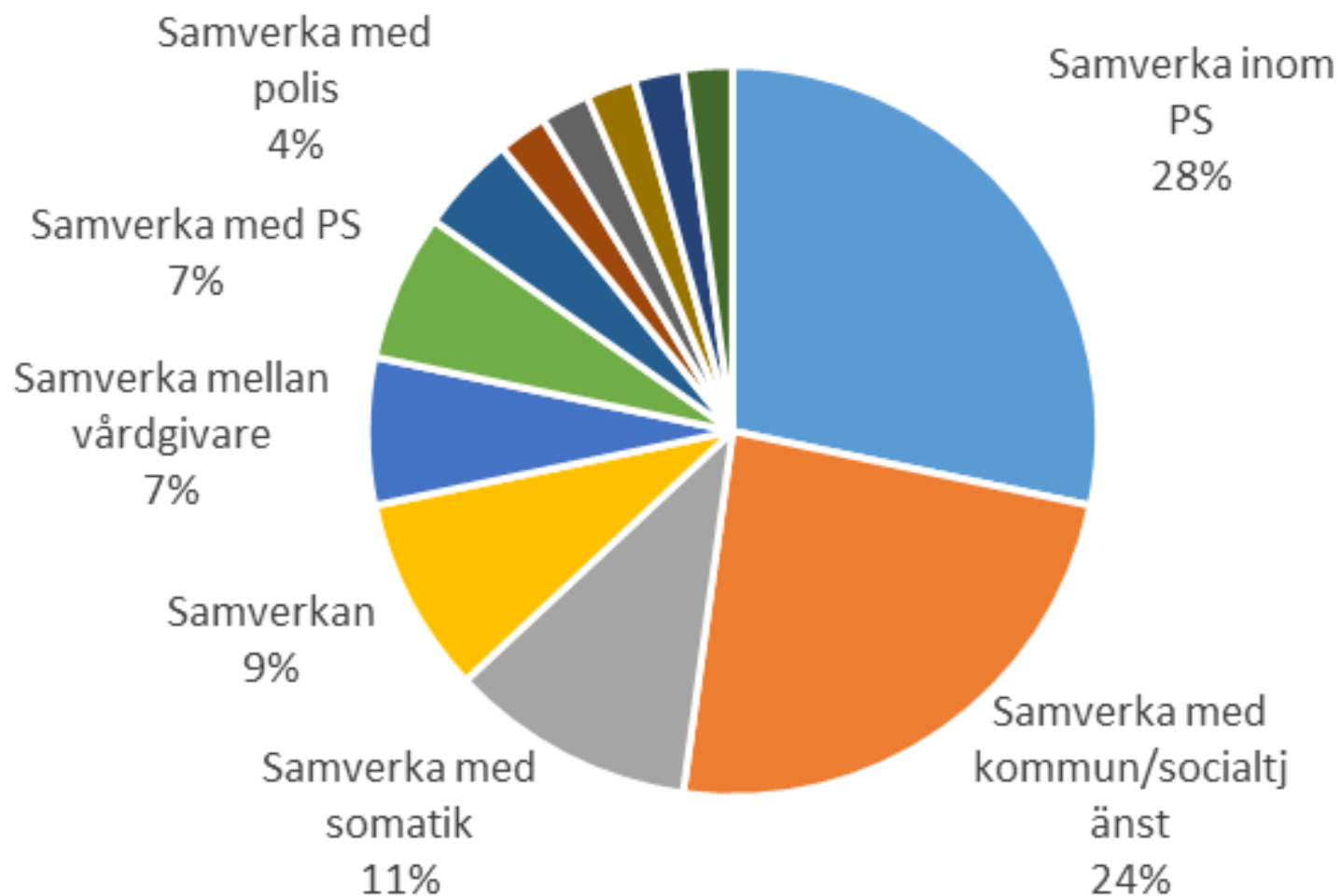




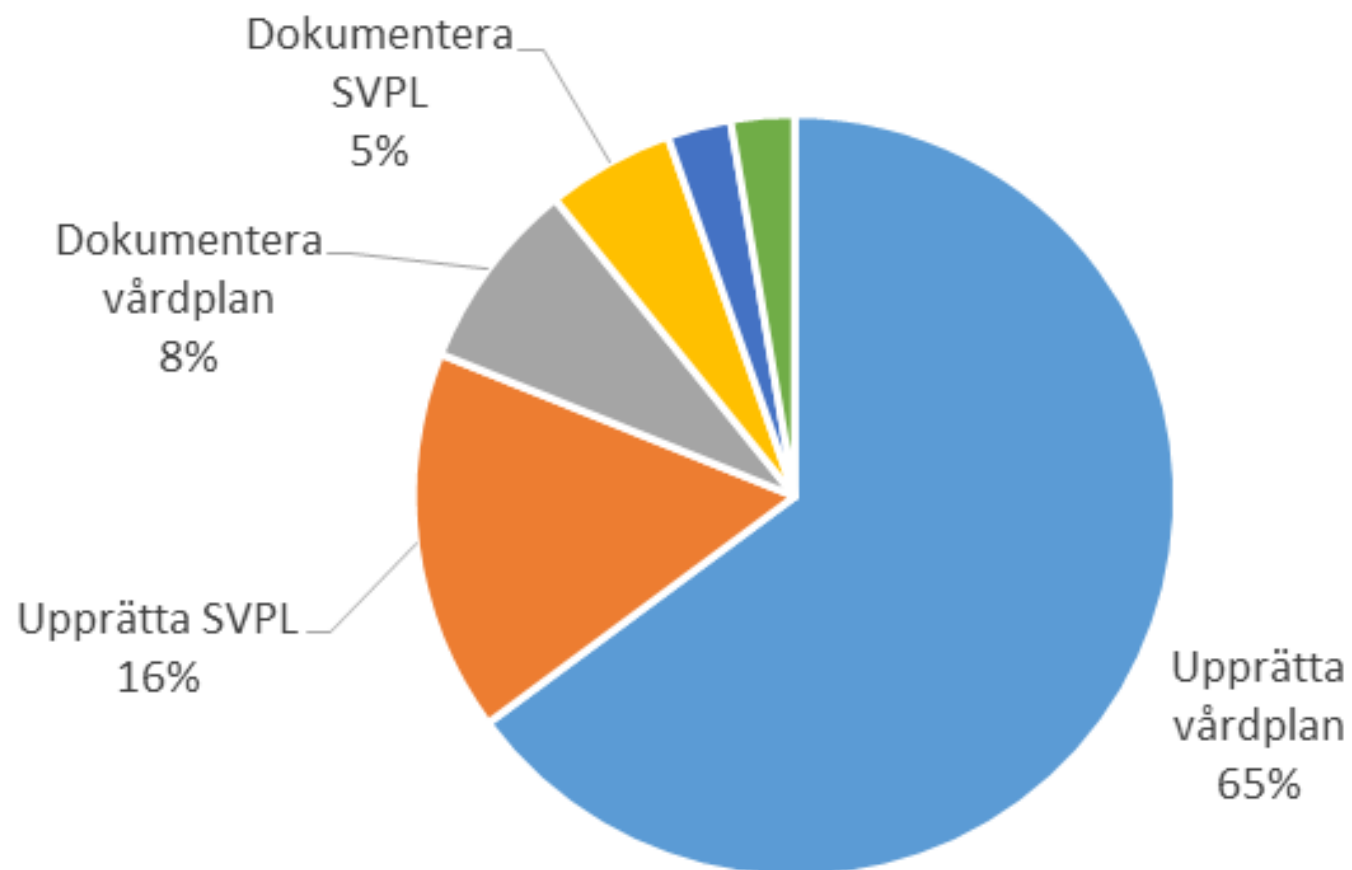




## Funktionskategori: samverkan (N=47)



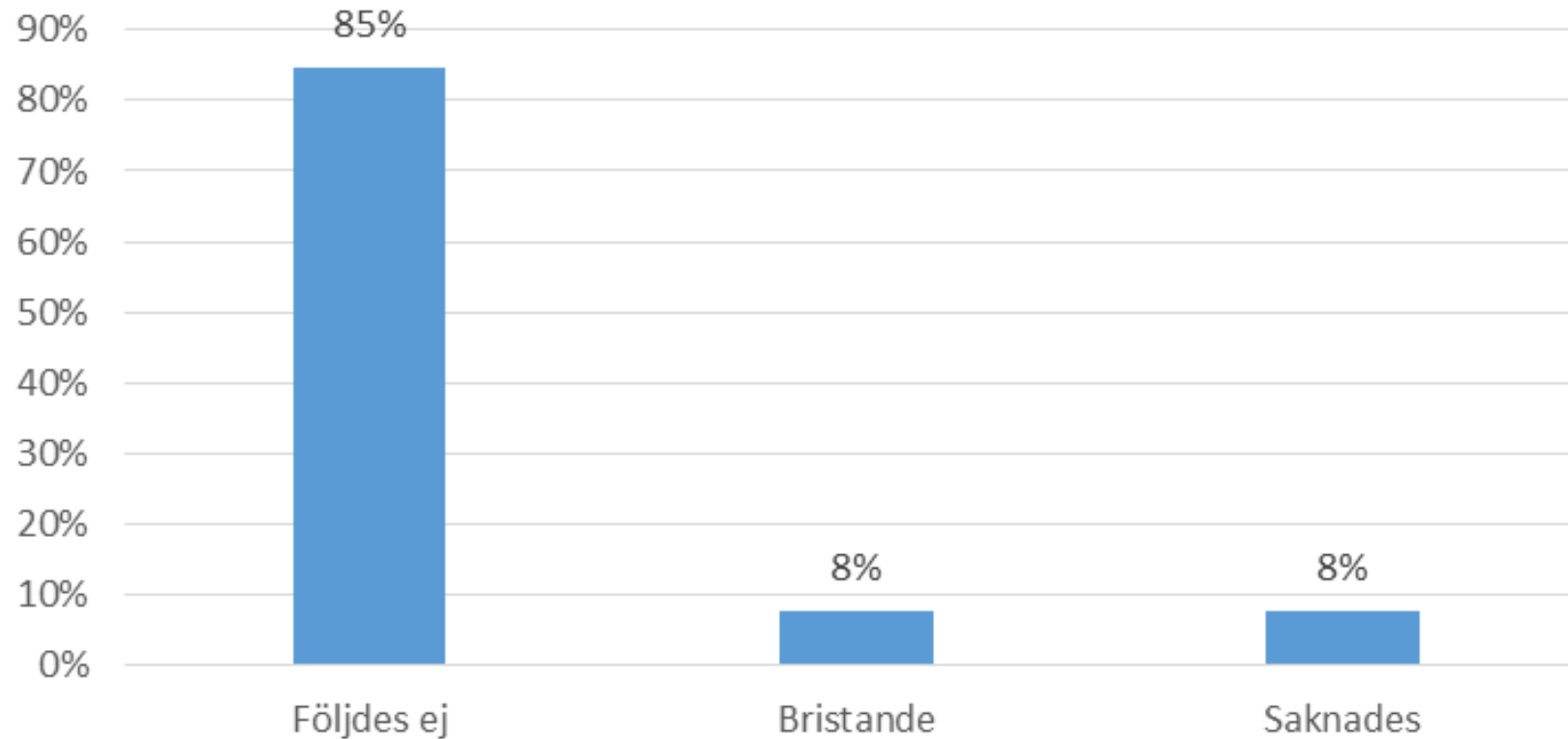
## Funktionskategori: Vårdplan (N=37)



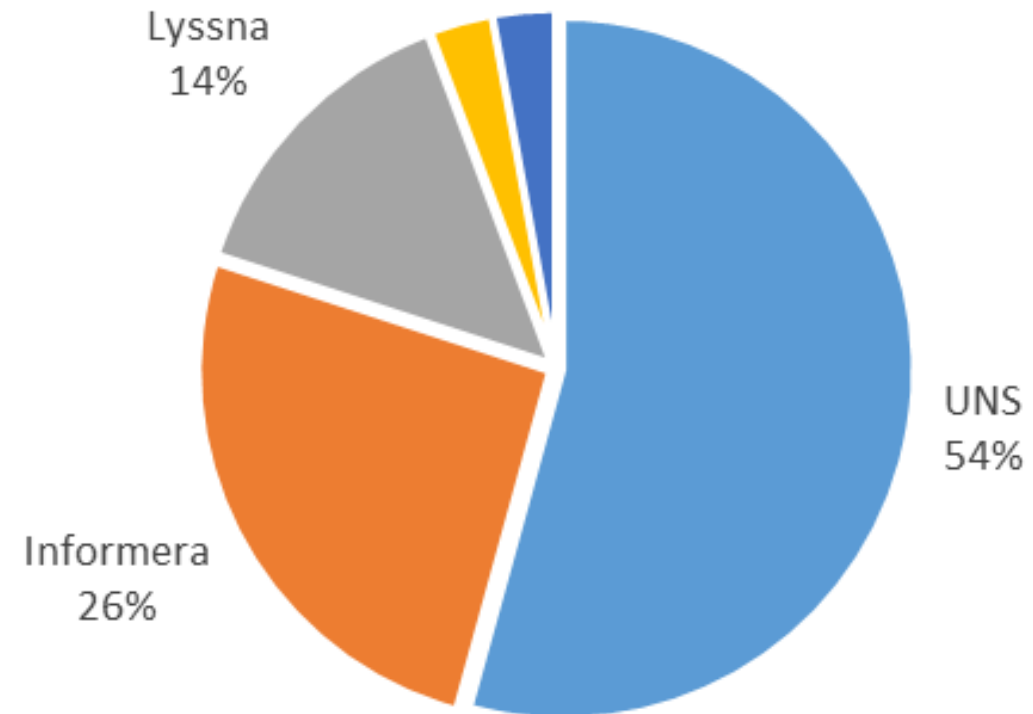
Avvikesler i funktioner rörande vårdplan inkl SVPL  
(N=39)



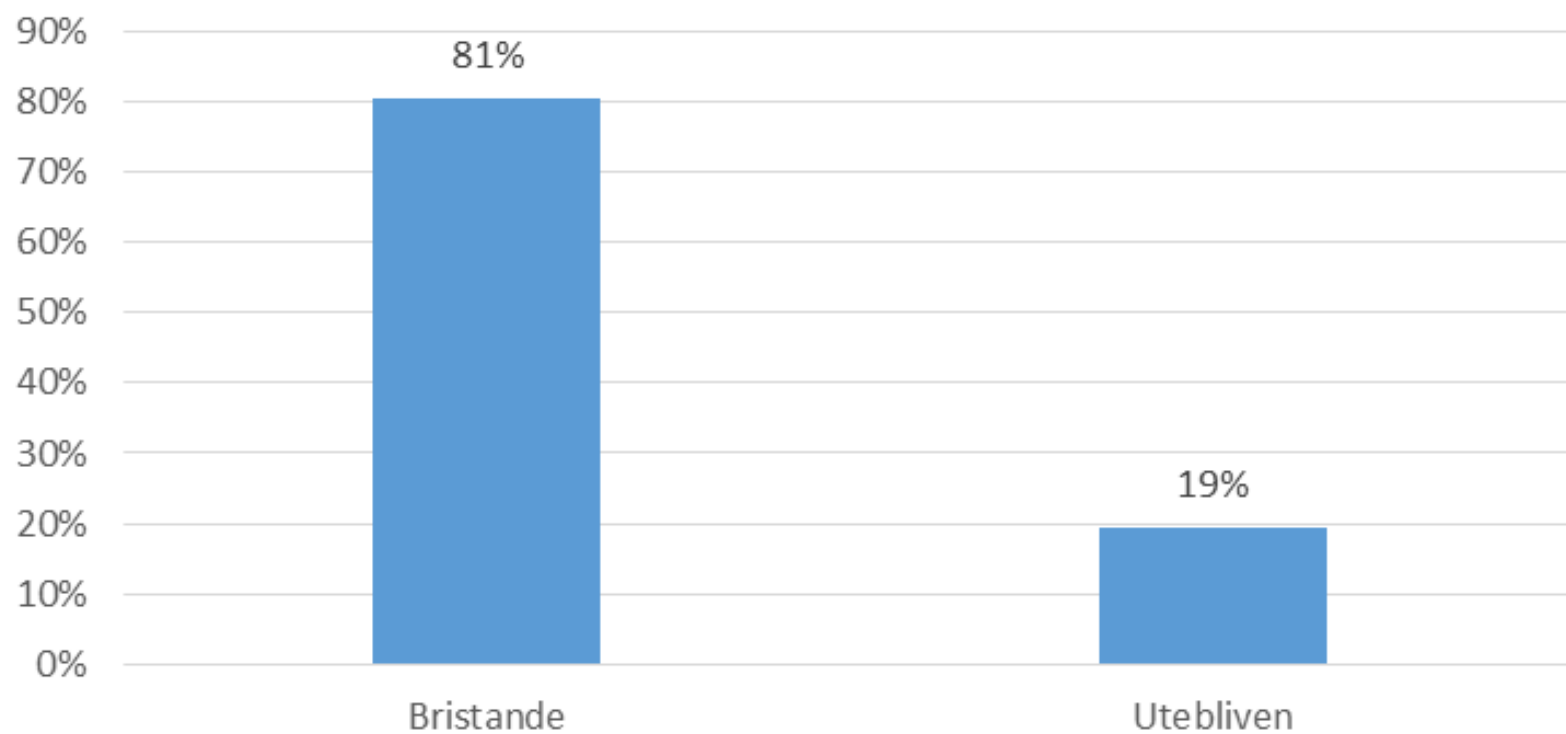
### Avvikelser vid brister i rutiner vid vårdplanering (inkl SVPL; n=13)



## Funktionskategori: Närstående (N=36)

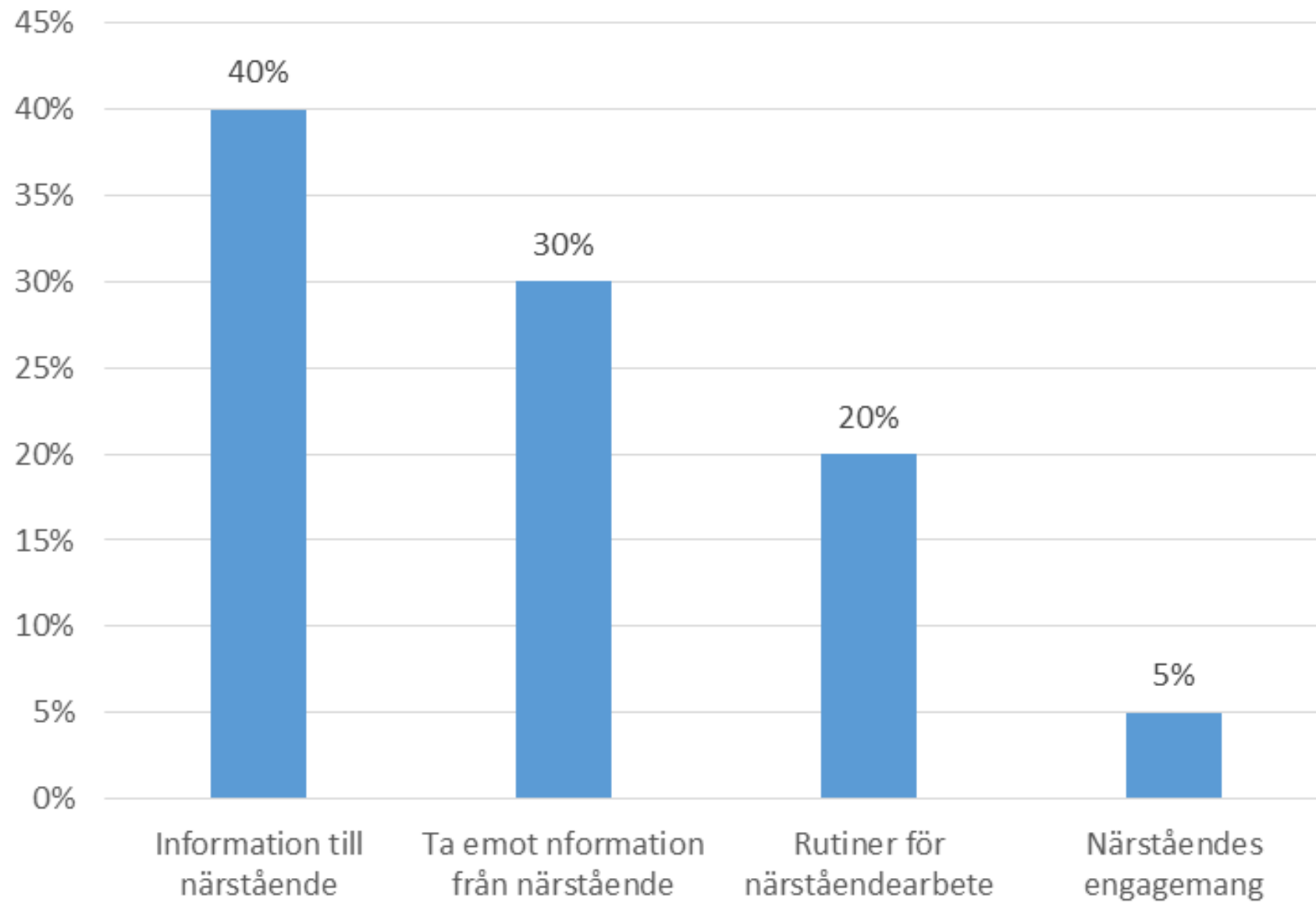


### Avvikelser vid brister i närståendefunktioner (n=36)

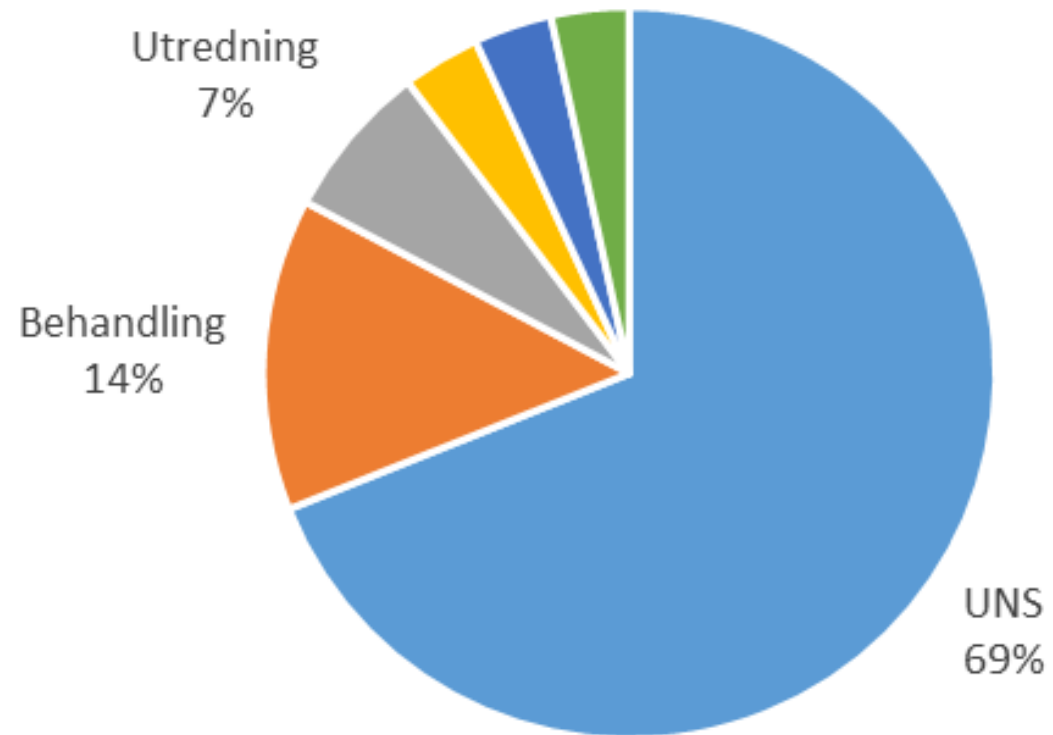




## Brister i närståendefunktioner (n=19)

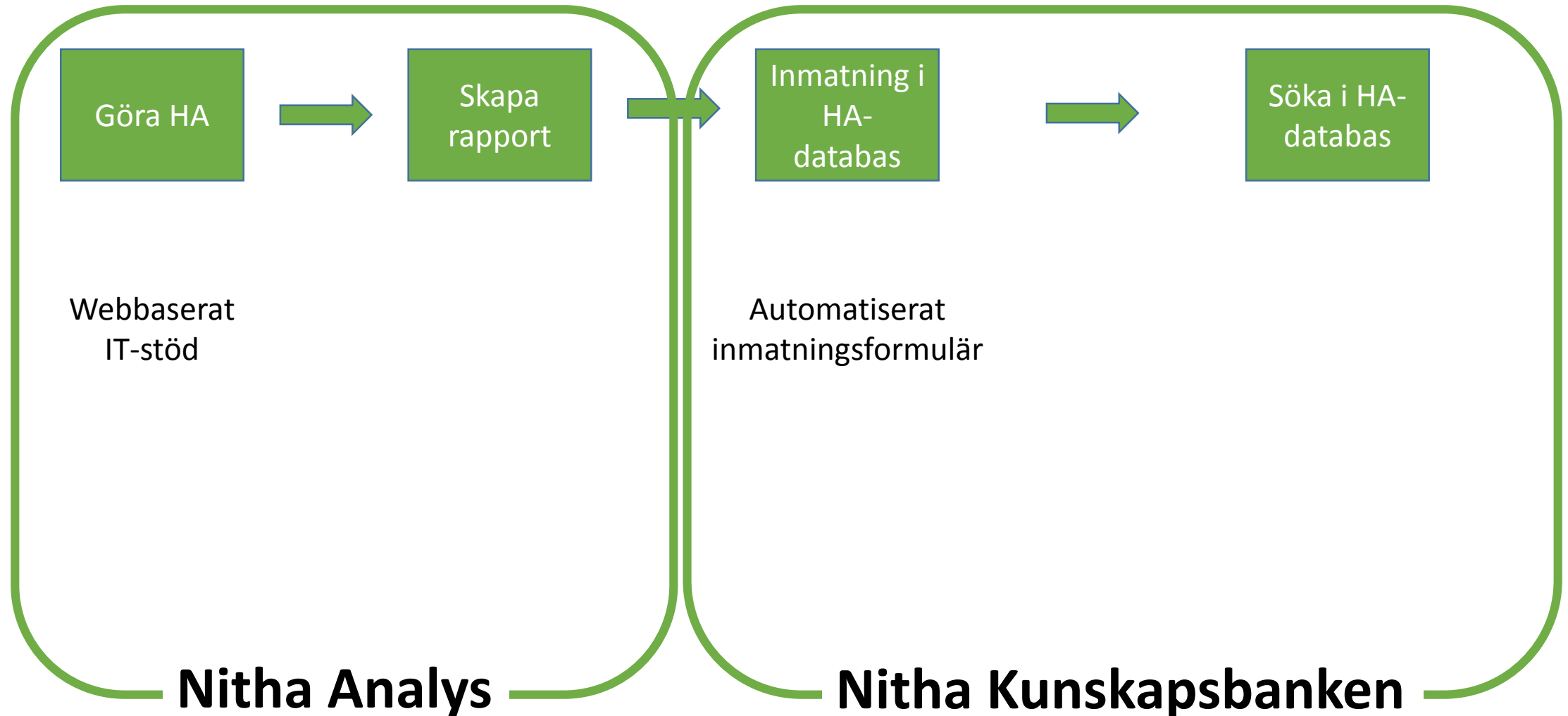


## Funktionskategori: Dokumentera





# Nitha – Nationellt it-stöd för händelseanalys



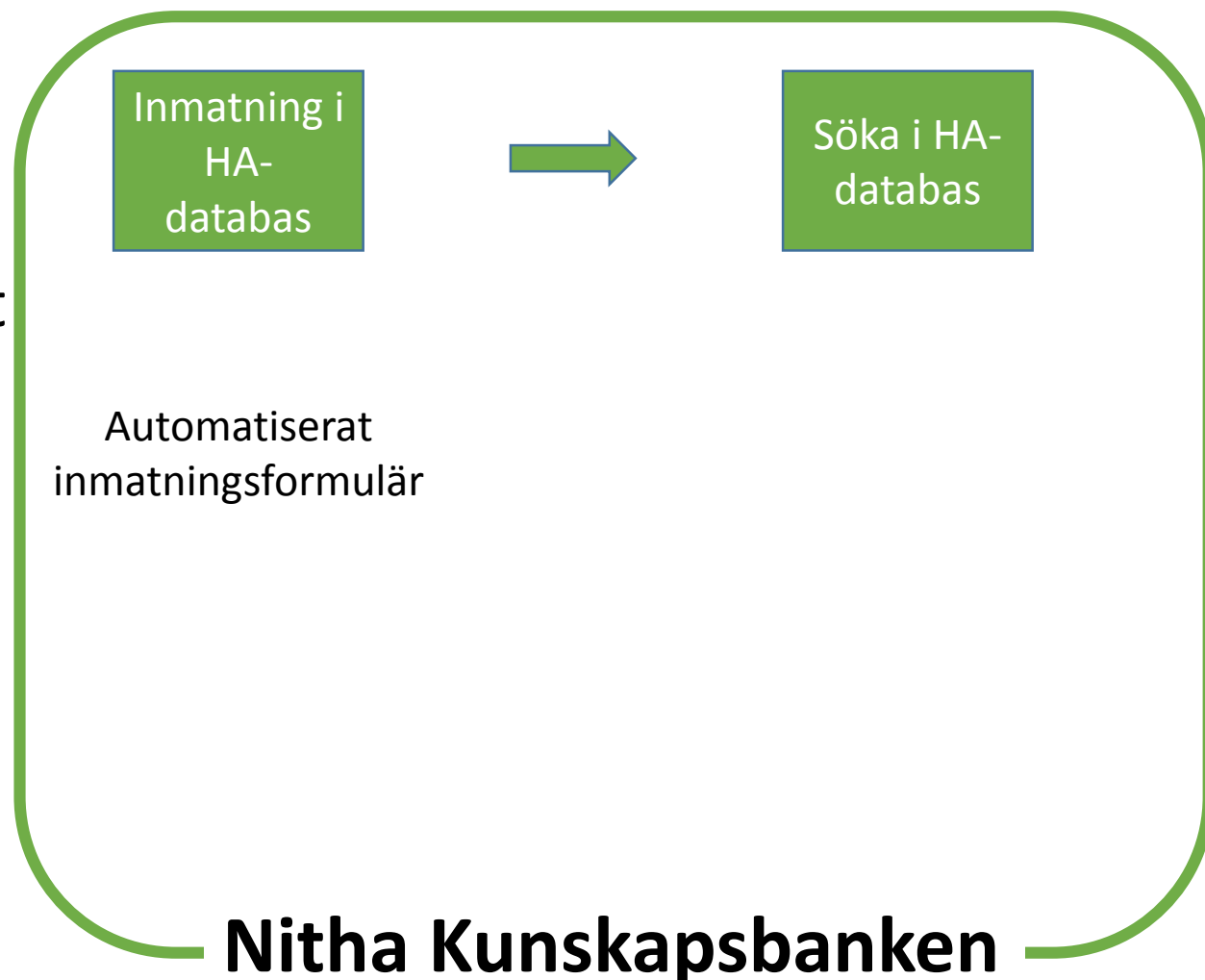


## Kunskapsbank för händelseanalyser

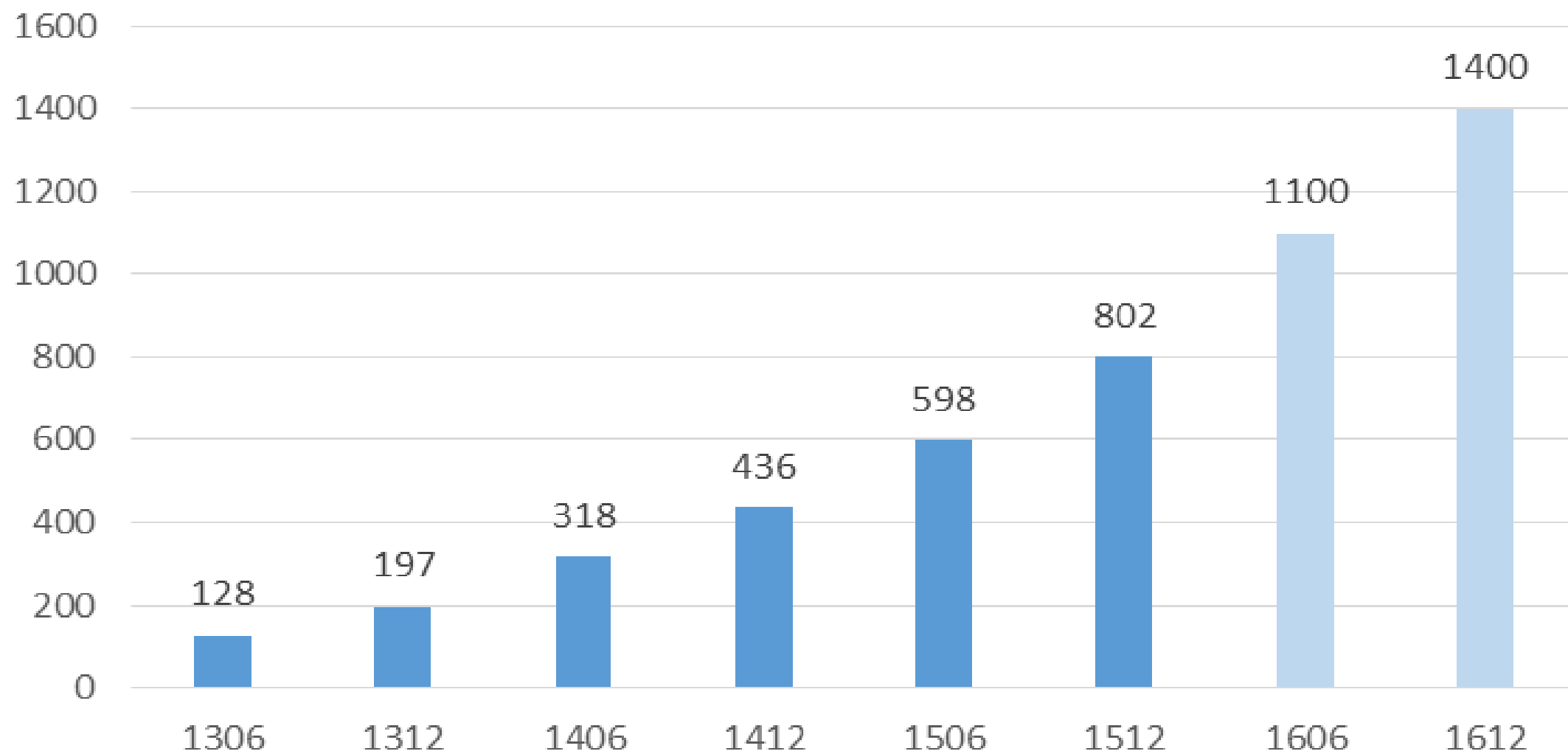
- sökbar
- **tillgänglig för alla** anslutna till Sjunet
- gemensamt lärande
- berätta för andra

**Kolla själv (om du har Sjunet)!**

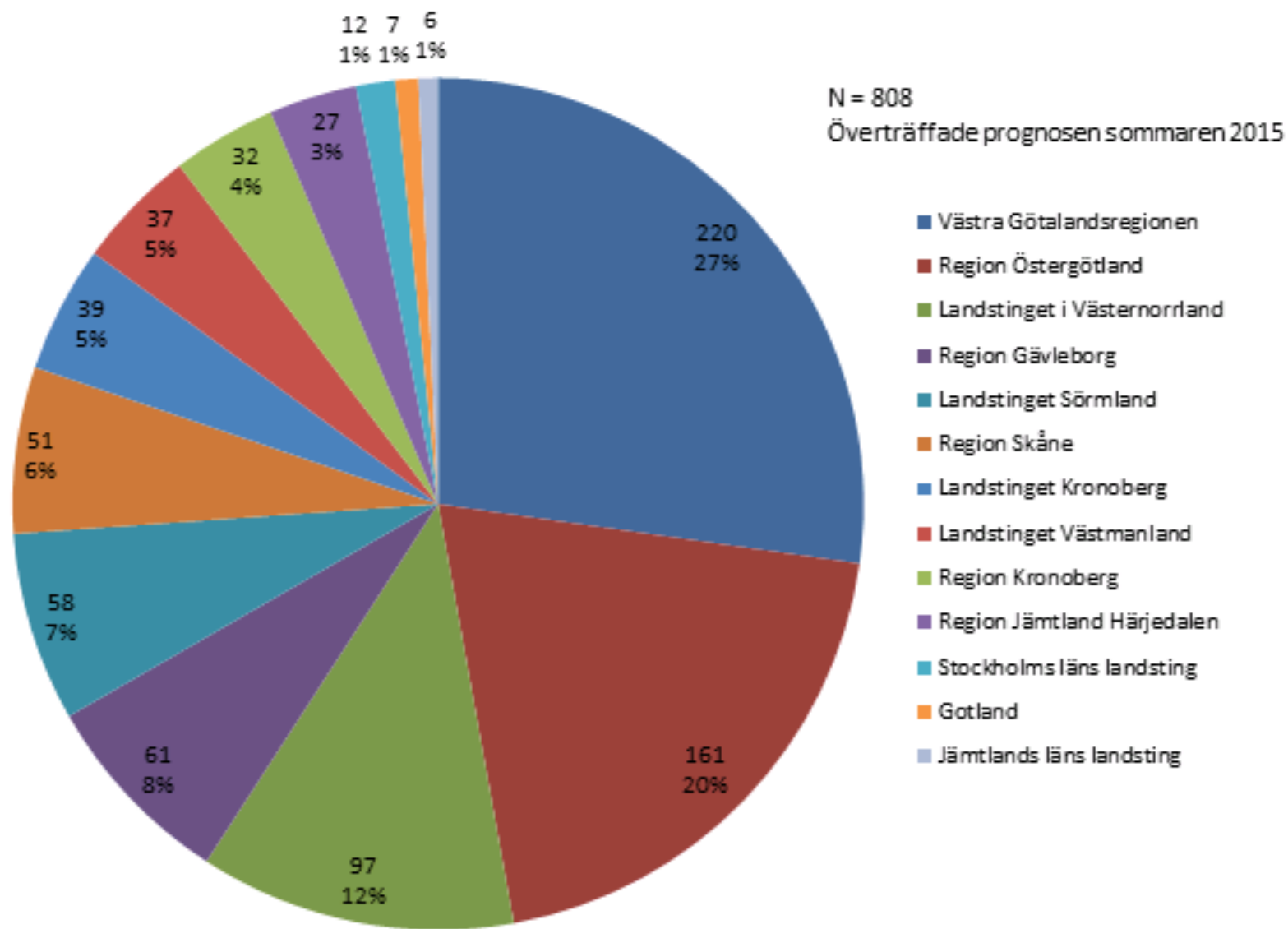
<https://nitrha.lio.sjunet.org/Learn/>



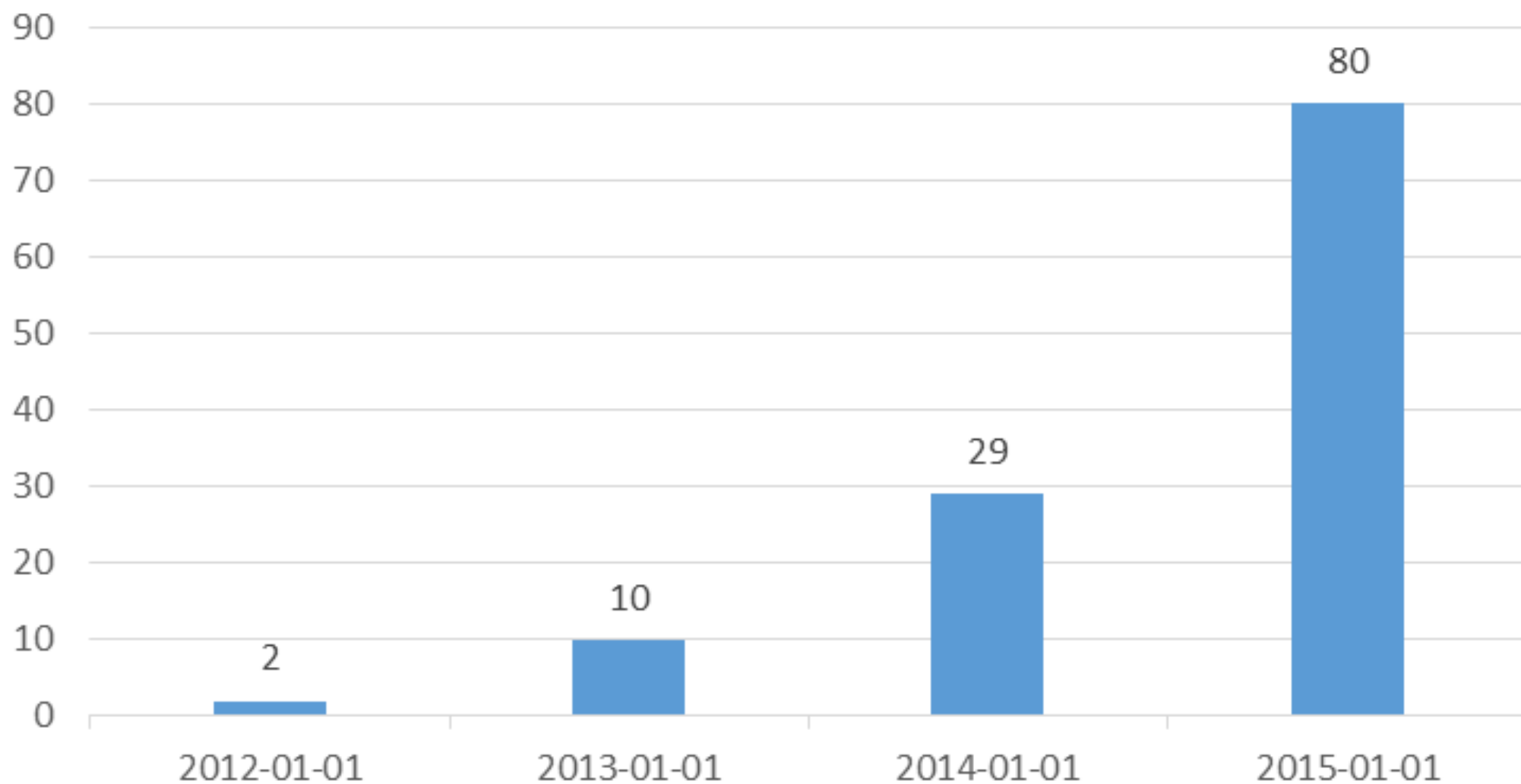
## Antal HA i Nitha Kb



# Analysen i Nitha kunskapsbank per vårdgivare t o m 2016-01-11

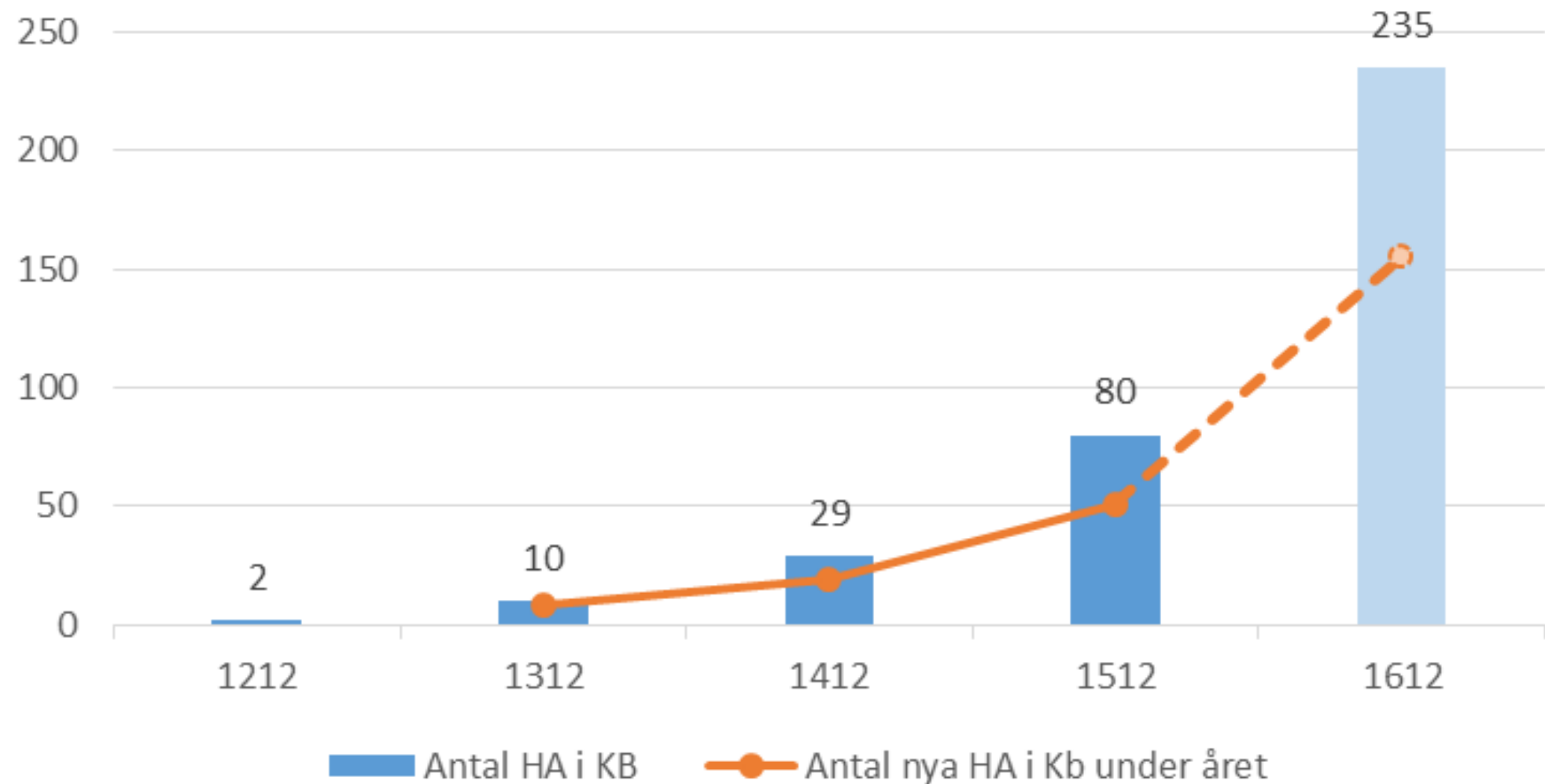


## Psykiatri Kb hela Sverige (antal HA)





## Psykiatri Kb hela Sverige per 151231 (antal HA)



# Nitha Kunskapsbank (Kb) per 160121

- Psykiatri (vux+barn) Kb Sverige: 82
  - LM: 58 (71 % av alla i Sv)
  - Suicid/suicidförsök: 48 (59 % av alla i Sv)
  - Barn: 5
  - Ej dödsfall: 28
- Psykiatri (vux+barn) Kb VGR: 42 (51 % av alla i Sv)
  - LM: 31 (74 % av alla i VGR)
  - Suicid/suicidförsök: 36 (86 % av alla i VGR)
  - Barn: 3
  - Ej dödsfall: 11 (6 suicidförsök)

# HA i Nitha Kb VGR (ej suicid/suicidförsök)

- HA0001969: (Vux) Upprepad **överdosering** av lugnande **läkemedel** pga utebliven kontroll mot Pascal (orsak: tidskrävande att logga in i Pascal)
- HA0001983: (Vux) Förväxling av patient som fick **felaktigt läkemedel** som patienten var överkänslig mot (uppgift om överkänslighet saknades också) (orsak: bristande rutiner vid läkemedelsdelning)
- HA0001384 (Barn): Utebliven samverkan med motvillig patient vid diagnos och behandling (orsak: brister i metoder/kompetens att etablera kontakt med patienten mm)
- HA0001622 (Barn): Patient med ätstörning som initialt går upp i vikt men som sedan går ner (orsak: **bristande kontinuitet** och uppföljning i läkar/sjuksköterskekontakten)
- HA0000701 (Barn): Försenad diagnos av hörselnedsättning (orsak: **bristande läkarkontinuitet** och utebliven fast vårdkontakt)