

Utredning av allvarliga vårdskador i psykiatrin



Detta är ett dokument som är tillgängligt för alla som har tillgång till LÖF. Det är inte ett dokument som är tillgängligt för alla som har tillgång till LÖF.

LÖF



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Övergripande (varför?)

Vad hände?

Introduktion utredning av
vårdskada

Metod (hur?)

Hur görs en analys?

Metoden Händelseanalys

Vad är uppdragsgivarens ansvar?

Fokus på delar i analys som
berör uppdragsgivare

Vad gör IVO vid Lex Maria?

IVOs perspektiv

Hur vet vi att det blev bättre?

Uppföljning och utvärdering

Fördjupande (att tänka på)

NITHA

Psykiatrisk vård

Kommunalt
perspektiv

Tandvård



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Varför utreder vi vårdskador?

För att vi ska det enligt
patientsäkerhetslagen

För att förstå och
bearbeta det som hänt

För att förhindra att samma
skada drabbar en annan patient



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Inledande dialogfrågor

- Skiljer sig vårdsador i psykiatrin från andra vårdsador?
- Behöver vårdsador i psykiatrin utredas på ett annorlunda sätt än vårdsador i somatiken?



BMJ Open Suicide as an incident of severe patient harm: a retrospective cohort study of investigations after suicide in Swedish healthcare in a 13-year perspective

Elin Fröding^{1,2}, Boel Andersson Gäre^{1,3}

To cite: Fröding E, Gäre BA, Westrin Å, *et al.* Suicide as an incident of severe patient harm: a retrospective cohort study of investigations after suicide in Swedish healthcare in a 13-year perspective. *BMJ Open* 2021;**11**:e044068. doi:10.1136/bmjopen-2020-044068

► Prepublication history and additional materials for this paper is available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044068>).

Received 24 August 2020
Revised 17 February 2021
Accepted 26 February 2021

ABSTRACT

Objectives To explore how mandatory reporting to the supervisory authority of suicides among recipients of healthcare services has influenced associated investigations conducted by the healthcare services, the lessons obtained and whether any suicide-prevention-related improvements in terms of patient safety had followed.

Design and settings Retrospective study of reports from Swedish primary and secondary healthcare to the supervisory authority after suicide.

Participants Cohort 1: the cases reported to the supervisory authority in 2006, from the time the reporting of suicides became mandatory, to 2007 (n=279). Cohort 2: the cases reported in 2015, a period of well-established reporting (n=436). Cohort 3: the cases reported from September 2017, which was the time the law regarding reporting was removed, to November 2019 (n=316).

Primary and secondary outcome

measures Demographic data and received treatment in

aim of a high level of patient safety, and such

Snarlika resultat av utredningarna över tid, samma brister och åtgärder rapporteras – inga nya lärdomar

Fokus på sista vårdkontakten, avsaknad av system- och patientperspektiv

Utredningarna analyserar sällan relevanta riskområden för aktuell händelse



Svagheter i dagens utredningar av allvarliga vårdskador

Kort tidsram, fokus sista vårdkontaktarna



Archives of Suicide Research



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/13638490.2016.1191111>

Analyserar inte relevanta delar för händelsen

Six Major Steps to Make Investigations of Suicide Valuable for Learning and Prevention

E. Fröding, C. Vincent, B. Andersson-Gäre, Å. Westrin & A. Ros

Snävt system, mikro, fokus på en vårdenhhet

Varierande sammansättning och erfarenhet i utredningsteam

Saknar patientperspektiv

Förslag på förbättringar vid utredningar av vårdskador

Längre tidsram, anpassa efter händelsens förlopp

Analysera relevanta delar för den specifika händelsen

Lär av det som gått bra, av stabila perioder

Vidga systemet, utgå från patientens kontext

Extern analysledare med stöd av multidisciplinärt utredningsteam

Analysera med patientperspektiv



Archives of Suicide Research



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/10439862.2019.1644444>

Six Major Steps to Make Investigations of Suicide Valuable for Learning and Prevention

E. Fröding, C. Vincent, B. Andersson-Gäre, Å. Westrin & A. Ros

Bedömning av vårdskada/risk för vårdskada

En sammanlagd värdering av bidragande och bakomliggande orsaker och faktorer under det utredda vårdförloppet ska göras.

När dessa var för sig eller tillsammans bedöms ha påverkat händelseförloppet i ogynnsam riktning och på ett väsentligt sätt bidragit till att händelsen inträffade, bör händelsen betraktas som undvikbar och därmed som vårdskada.



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Checklista – utredning av allvarlig vårdskada

Fråga	Ja/nej/oklart	Kommentar
1a. Hade patienten en vårdplan/krisplan?		
1b. Var planen tydligt dokumenterad?		
1c. Skedde adekvat utvärdering?		
2. Hade patienten en fast vårdkontakt?		
3. Hade patienten en tydlig och rimlig diagnos?		
4. Var rimlig somatisk undersökning och utredning genomförd?		
5a. Hade patienten adekvat läkemedelsbehandling?		
5b. Följdes effekterna av läkemedelsbehandlingen upp inom rimlig tid?		
6. Hade andra behandlingsinsatser, tex samtalsbehandling, påbörjats och genomförts i avsedd omfattning och i rimlig tid?		
7a. Genomfördes alkohol- och drogscreening?		
7b. Vidtogs rimliga åtgärder för att motverka riskbruk eller beroendeutveckling?		



Vägledning för att bedöma vårdens riskhantering över tid

Områden av relevans för en god och säker vård för suicidnära patienter

Referenser

Brickell, 2009; Brickell & McLean, 2011; Fröding 2022; Nath & Marcus, 2006; Vincent et al 1998; Hawton & van Heeringen, 2009; Mann & Currier, 2010; Nock et al., 2008; O'Connor & Nock, 2014; Wasserman, 2001b

1. Diagnostik	Utredningar & undersökningar				
	Diagnos				
	Differentialdiagnostik				
2. Behandling	Adekvat för diagnos & symtom				
	Uppföljning & utvärdering				
	Vårdsnivå				
	Behov av LPT & LVM är värderade				
3. Vårdplanering	Vårdplan & krisplan				
	Patientinvolvering				
4. Suicidalitet	Bedömning av suicidalitet				
	Risikfaktorer, risksituationer och triggers är kartlagda (t ex tidigare suicidförsök, hereditet, psykisk ohälsa, missbruk, akut kris, personliga förluster)				
	Suicidreducerande interventioner är vidtagna utifrån patientens behov (t ex symtomreduktion, tätt uppföljning, involvering av närstående, slutenvård, tillsyn, krisplan, probleminventering, begränsning av tillgång till metoder)				
	Kontinuitet				
5. Resurser, personal	Kompetensnivå				
	Tillgänglighet				
	Inom enheten				
6. Samverkan, kommunikation & information	Med vårdgrannar				
	Myndigheter, socialtjänst				
	Med närstående				
7. Uteblivna besök	Hantering & åtgärder				
8. Dokumentation	Värdförloppet går att följa				
	Vård				
	Omvårdnad				
9. Närståendes uppfattning av vården	Bemötande och delaktighet i vården i den utsträckning som närstående och patienten önskat				
	Vårdens tillgänglighet och förmåga att möta patientens behov och förväntningar				
10. Övrigt					



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Kända riskområden

- Diagnostik
- Behandling
- Vårdplanering
- Suicidalitet
- Resurser, personal
- Samverkan, kommunikation och information
- Uteblivna besök
- Dokumentation
- Närståendes delaktighet och uppfattning om vården



Sammanfattning

- Vad är syftet med utredningen? För vem? Vad ska utredningen bidra med?
- Anpassa utredningen efter händelsen; kortfattat och enkelt, eller omfattande när det behövs. Vilka områden är särskilt viktiga att analysera?
- Vem har kompetens att göra utredningen med hög kvalitet? Extern analysledare med stöd av ett team med kunskaper inom området?
- Vad kan patient och närstående bidra med?
- Hur har vården svarat upp mot patientens behov?
- Planeras effektiva åtgärder för en säkrare vård?



Vad gör vi med det som
utredningen lärt oss?

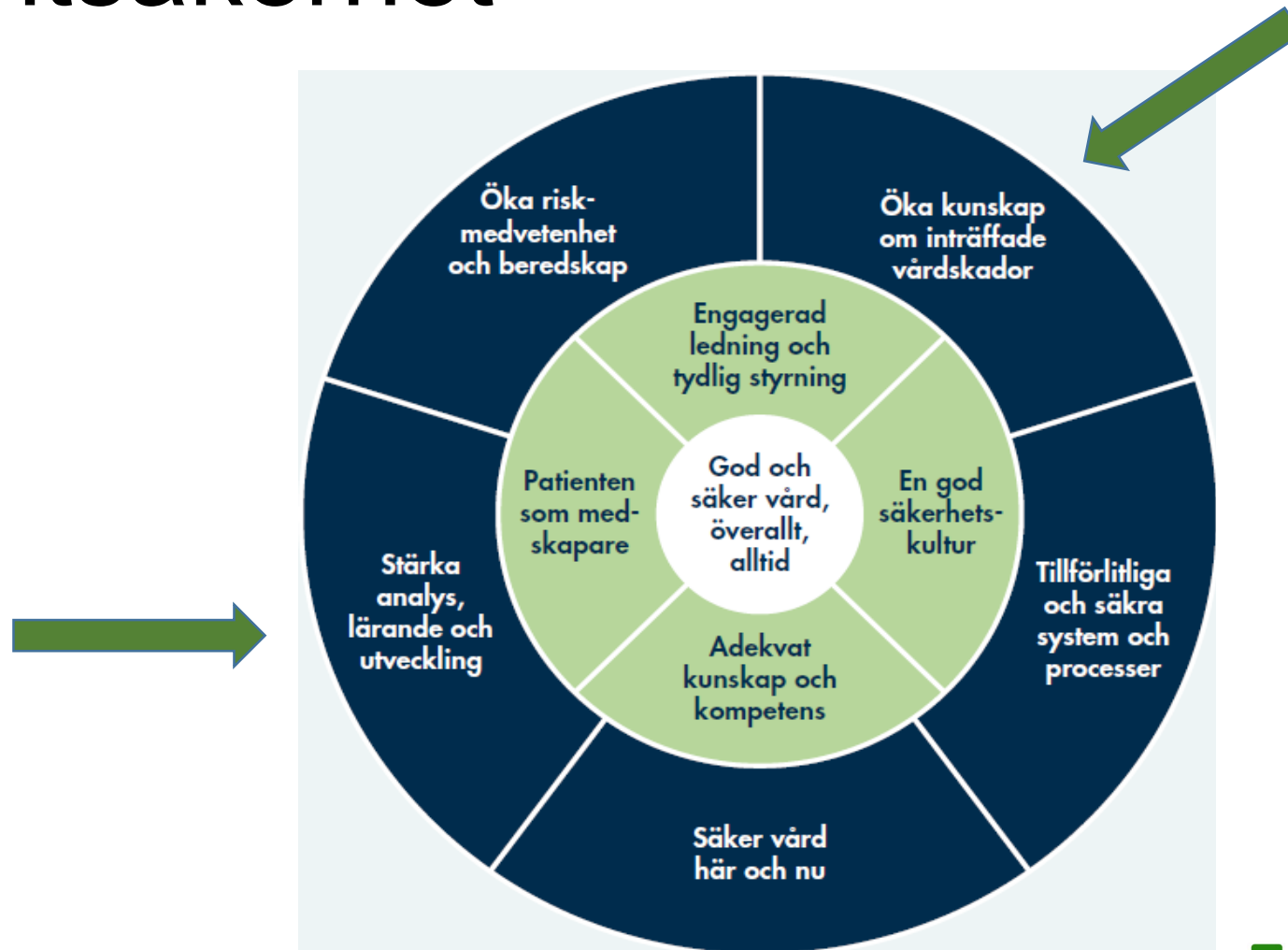
Vad händer
sen?

För att förhindra att
samma skada drabbar
en annan patient



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Nationell handlingsplan för patientsäkerhet



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE