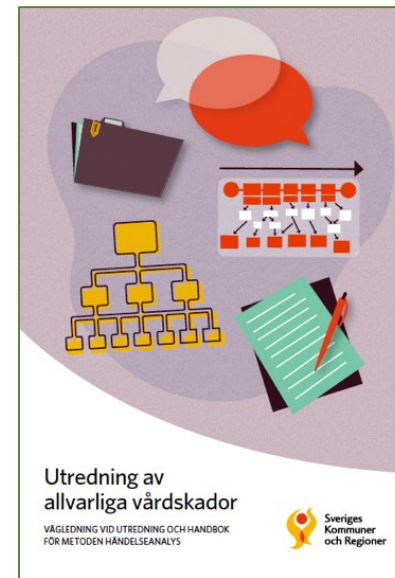


# Utredning av allvarliga vårdskador i psykiatrin



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?

IVO:s perspektiv

### Hur vet vi att det blev bättre?

Uppföljning och utvärdering

## Fördjupande (att tänka på)

NITHA

Psykiatrisk vård

Kommunalt  
perspektiv

Tandvård



# 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



# Inledande dialogfrågor

- Skiljer sig vårdsador i psykiatin från andra vårdsador?
- Behöver vårdsador i psykiatin 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 <sup>1,2</sup>, Boel Andersson Gäre,<sup>1,3</sup>

**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/10.1080/10439862.2019.1644444>

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 vårdenhet

Variérande 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/10.1080/13638490.2010.50120>

**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.





# 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

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

## 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



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



# Nationell handlingsplan för patientsäkerhet

