

Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården

En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank



Folkhälsomyndigheten



Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet är en central del av ett självmordsförebyggande arbete. Det handlar om att stärka aktiviteter i vården som kan minska förekomsten av självmordshandlingar. Händelseanalyser används i patientsäkerhetsarbetet för att identifiera brister i verksamheten som kan ha bidragit till att en vårdskada har inträffat eller hade kunnat inträffa. Analyserna mynnar ut i förslag på åtgärder för att minska risken för liknande händelser.

Syftet med den här rapporten är att sammanställa och analysera vårdgivares händelseanalyser av fullbordade självmord, för att få ökad kunskap om omständigheterna kring händelserna. Detta för att kunskapen ska kunna bidra till att förbättra patientsäkerheten, och därmed minska självmordshandlingar hos patienter med psykisk ohälsa.

En projektgrupp med fem sakkunniga har sammanställt och analyserat innehållet från 228 händelseanalyser. Analyserna finns i Nitha Kunskapsbank, en databas som innehåller anonymiserade händelseanalyser inom hälso- och sjukvården från webbapplikationen Nitha Analys. Projektgruppen har kartlagt och kategoriserat

- information om patienten (t.ex. kön, ålder, diagnoser)
- felhändelser som inträffat i händelseförloppet
- vårdssammanhanget (t.ex. vårdkontakt före självmordet)
- bakomliggande bidragande orsaker till felhändelserna
- åtgärdsförslag som angetts i händelseanalyserna.

Resultaten av de analyserade händelseanalyserna visar att de flesta händelseanalyser handlade om patienter inom specialistpsykiatri. Majoriteten av patienterna var män och drygt hälften var 18–49 år. Sammanställningen visar bl.a. att självmorden oftast ägde rum i nära anslutning till pågående vård. Vidare hade flertalet av patienterna en pågående läkemedelsbehandling. I merparten av händelseanalyserna framkom det att det fanns närstående till patienten, men i endast en tredjedel av fallen hade de varit delaktiga i vården.

Projektgruppen identifierade 650 felhändelser i vården av patienterna. De rörde huvudsakligen brister i bl.a. uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärder, vård- och behandlingsplaner, självmordsriskbedömning och samverkan mellan vårdgrannar (dvs. vårdaktörer som har kompletterande ansvar för patienten).

Vidare visade genomgången 750 bidragande bakomliggande orsaker till felhändelserna. Dessa rörde brister inom framför allt fyra områden:

- rutiner och procedurer (50 procent)
- kommunikation (20 procent)
- organisation (18 procent)
- utbildning och kompetens (10 procent).

Hälften av bristerna inom området *rutiner och procedurer* utgjordes av bristande följsamhet. Brister i *kommunikation* inträffade huvudsakligen vid en patients övergång från en vårdgivare till en annan. Bland bristerna i *organisation* dominerade otillräcklig tillgång till personal. Brister i personalens *utbildning och kompetens* handlade främst om bristande kunskaper om psykiatriska tecken och symtom hos patienten.

De flesta åtgärdsförslagen handlade om att åtgärda brister i organisation och arbetssätt, och införa nya rutiner.

Resultaten överensstämmer väsentligen med tidigare sammanställningar av liknande slag. Det kan tyda på att kunskapen från det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte använts i tillräcklig utsträckning för att förbättra förhållandena.

Slutsatsen är att det behövs gemensamma insatser för att åstadkomma ett mer hållbart och effektivt patientsäkerhetsarbete för självmordsbenägna patienter. Framför allt behövs ökad kunskap och tydligare riktlinjer om

- uppföljningar i vården och hur dessa bör genomföras
- arbete med individuella vård- och behandlingsplaner
- hur självmordsriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp
- hur samverkan inom vården och mellan aktörer bör ske.