

Handläggning av patienter med affektiv sjukdom inom psykiatrisk öppenvård

Kartläggning av funktioner och samverkan med funktionell resonansanalysmetod (FRAM) vid psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Gamlestaden (Sahlgrenska universitetssjukhuset)

161204

Thomas Brezicka
Regionläkare Patientsäkerhet
thomas.brezicka@vqregion.se

Det goda systemet

Ägare

Skapar förutsättningar
Lyhörd och engagerad

Chefer

KVALITET

RESILIENS

Det goda mötet

Närstående

PATIENTEN

Trygghet och tillit

Välinformerad och delaktig

Kunskap och kapabel

Hälso- och sjukvårds-

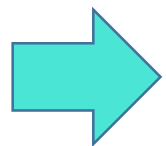
personalen

Mår bra och har tid

Kompetens

**KVALITET OCH
PATIENTSÄKERHET**

Ohälsa



God hälsa

PATIENTSÄKERHET

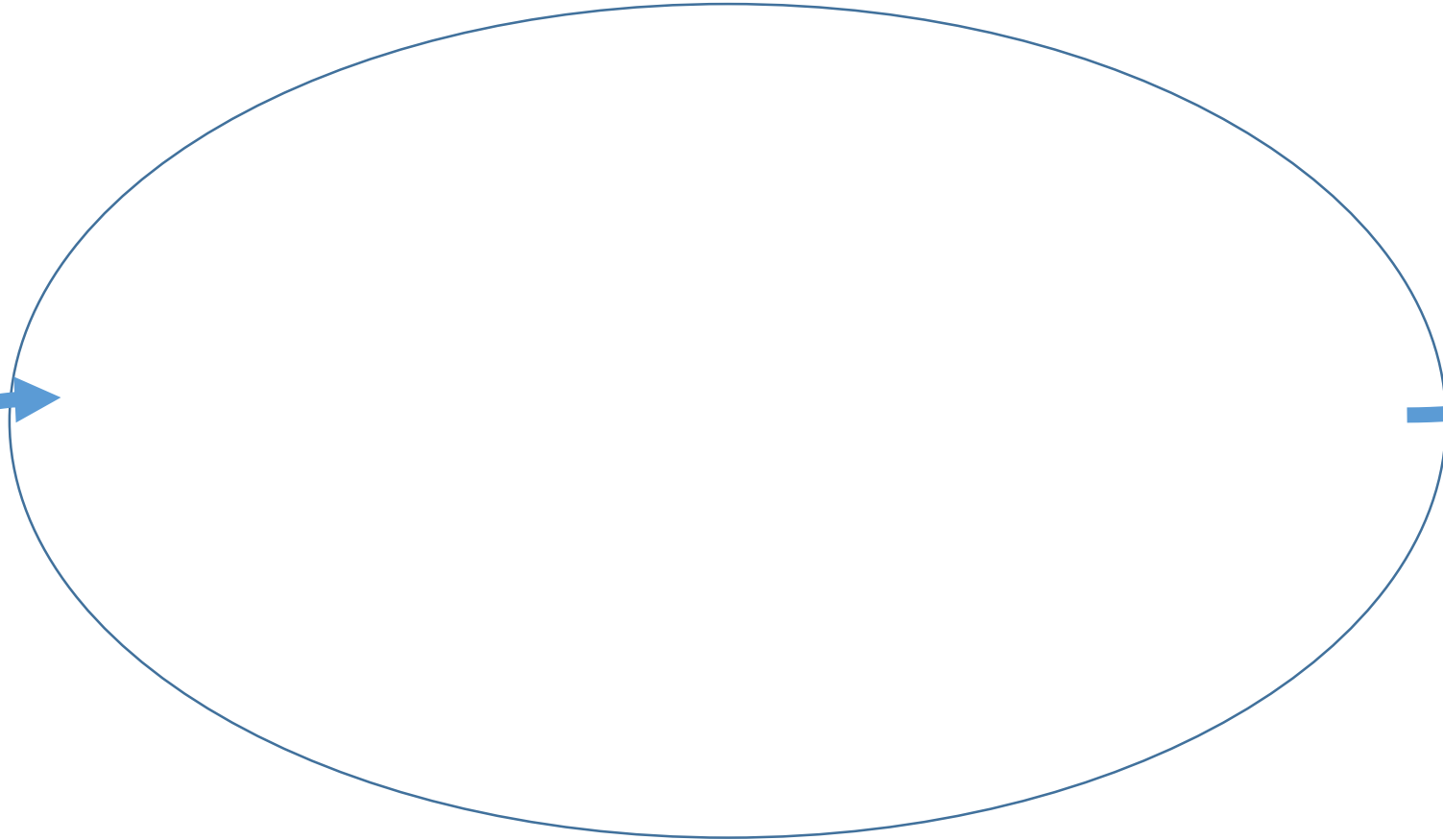
RELIABILITET

Vi gör oftast gott –det främsta är att icke skada

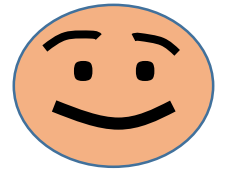
Ingång



OHÄLSA



Resultat



HÄLSA



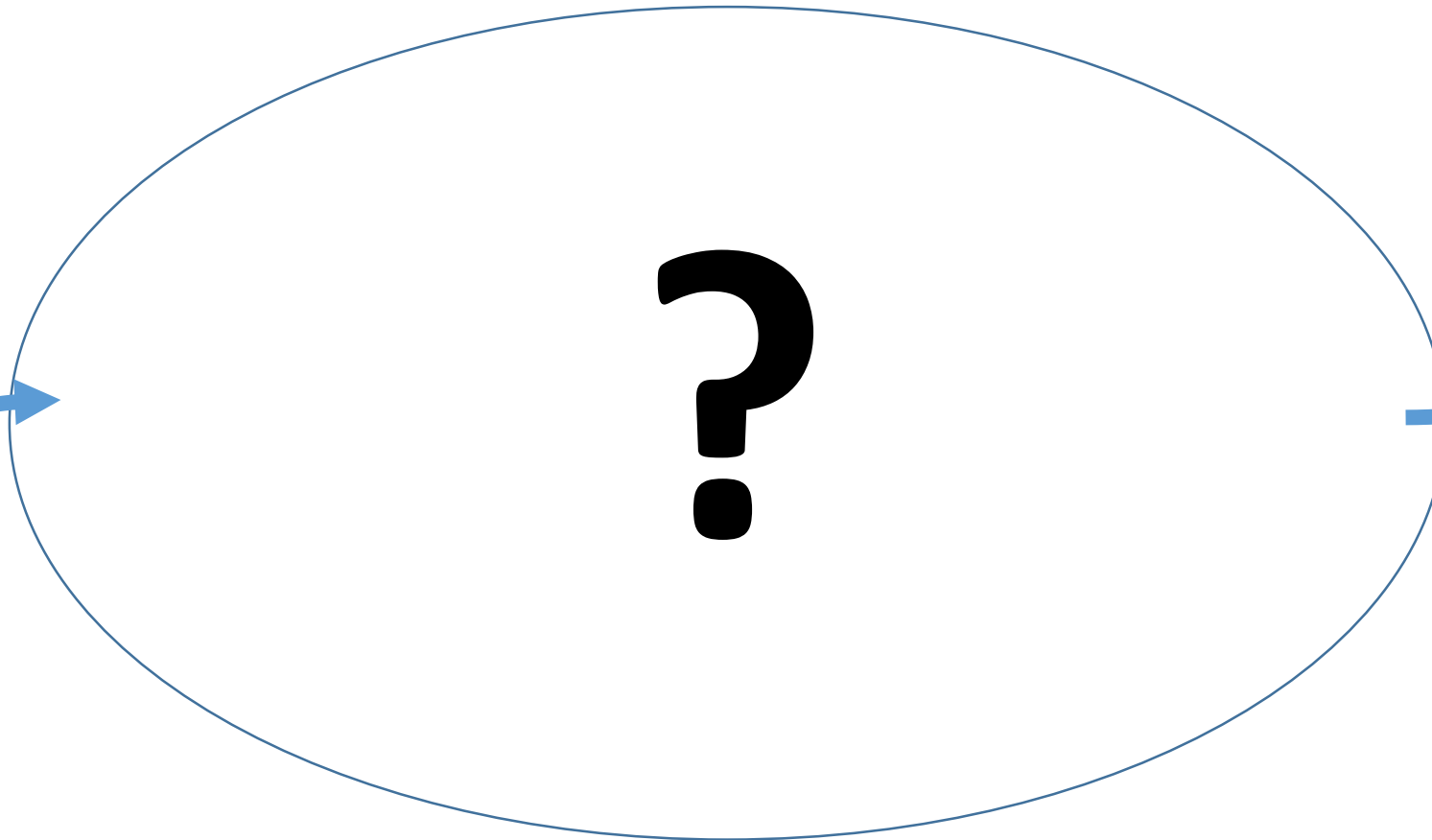
Mål

Goda resultat uppkommer i komplexa system

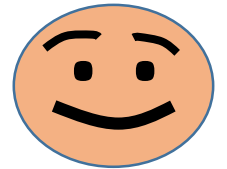
Ingång



OHÄLSA



Resultat



HÄLSA

Mål

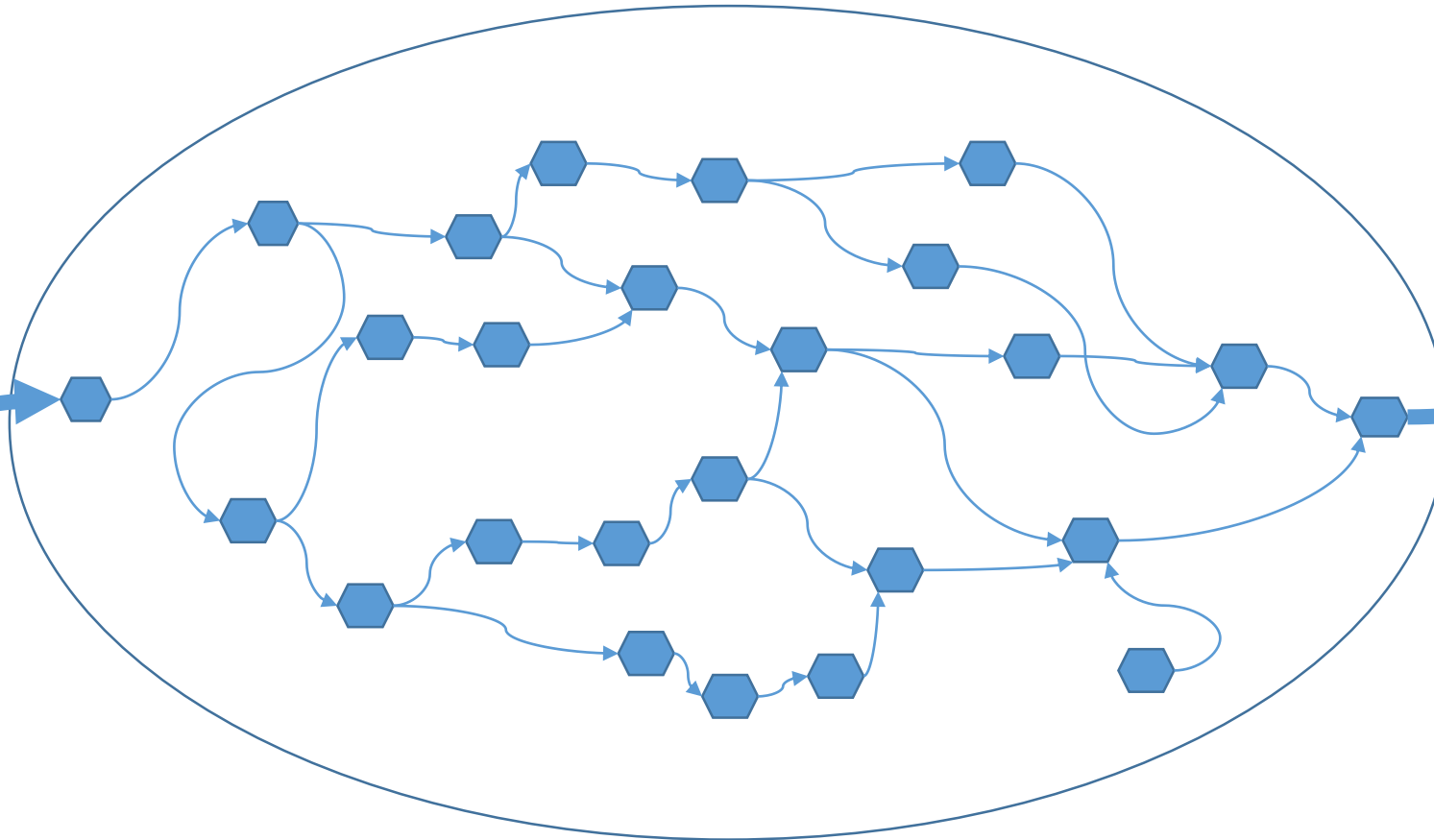


Det går att göra en modell av systemet

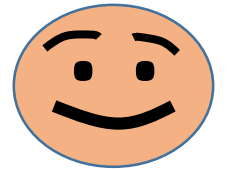
Ingång



OHÄLSA



Resultat



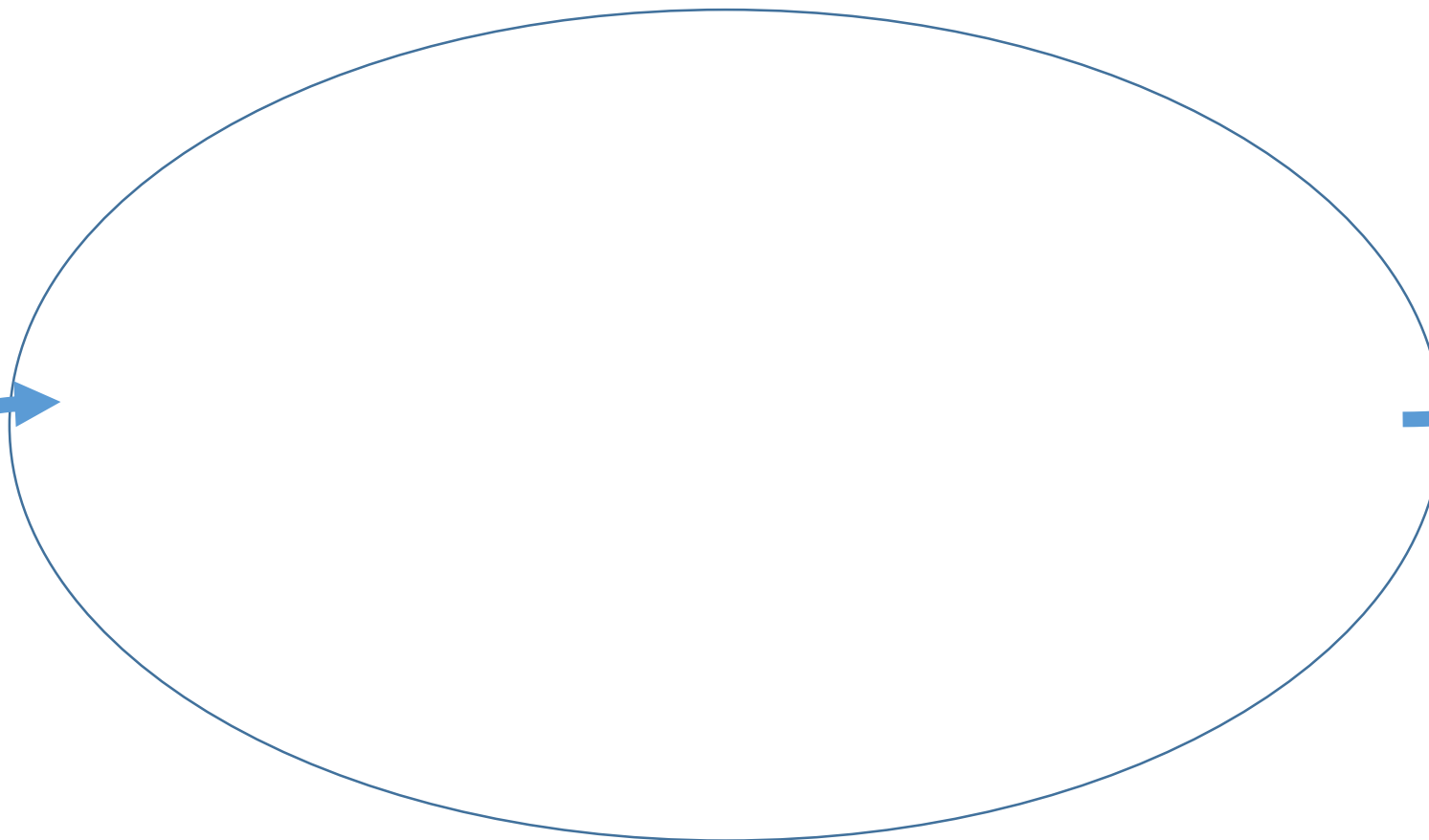
HÄLSA

Ibland uppkommer skador till följd av vården

Ingång



OHÄLSA



Resultat



Oönskat/
oväntat resultat

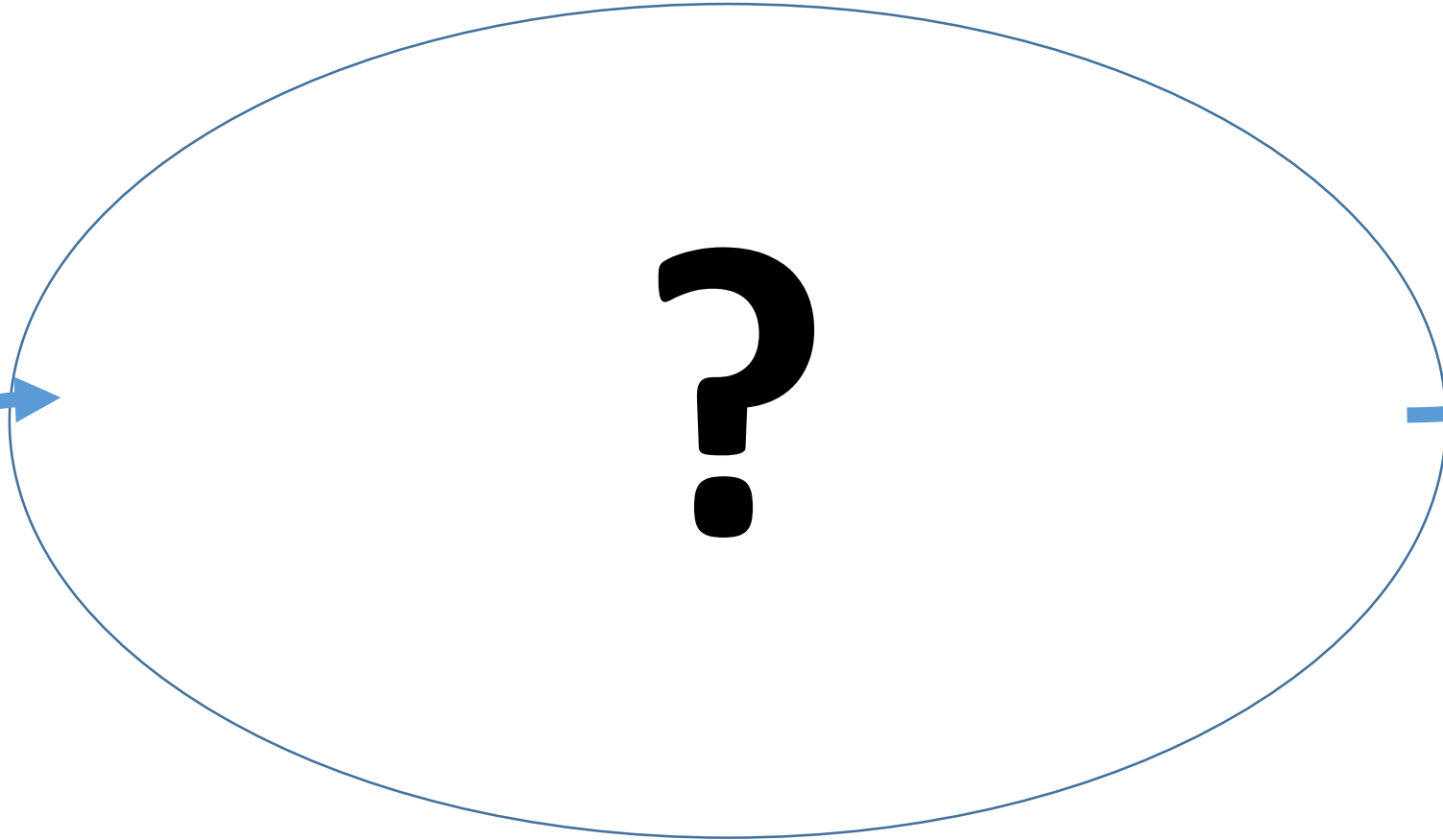


Vårdskador är resultat av samma komplexa system

Ingång



OHÄLSA



Resultat



Oönskat/
oväntat resultat

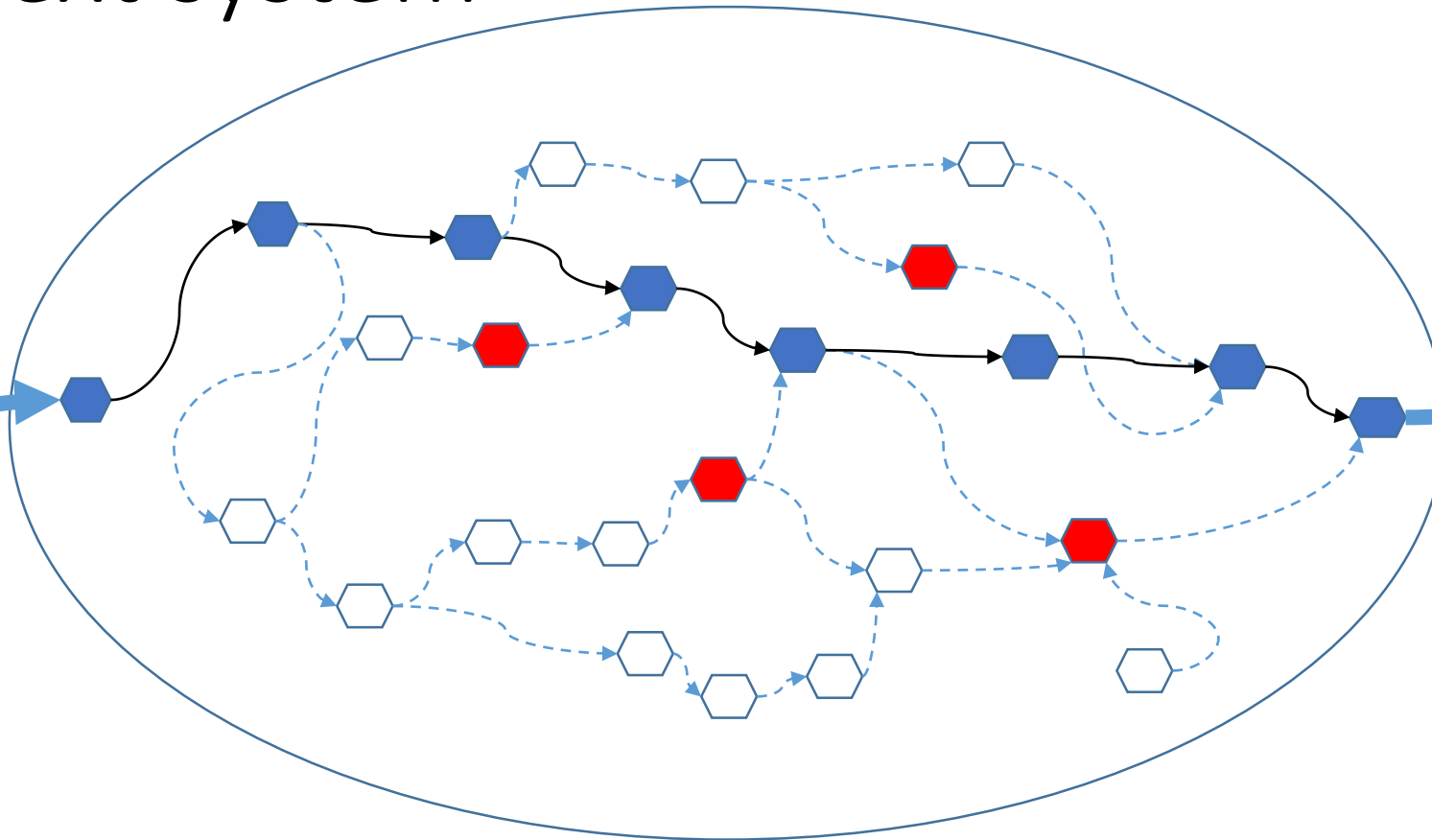


Ett händelseförlopp utgör ett scenario i ett komplext system

Ingång



OHÄLSA



Resultat



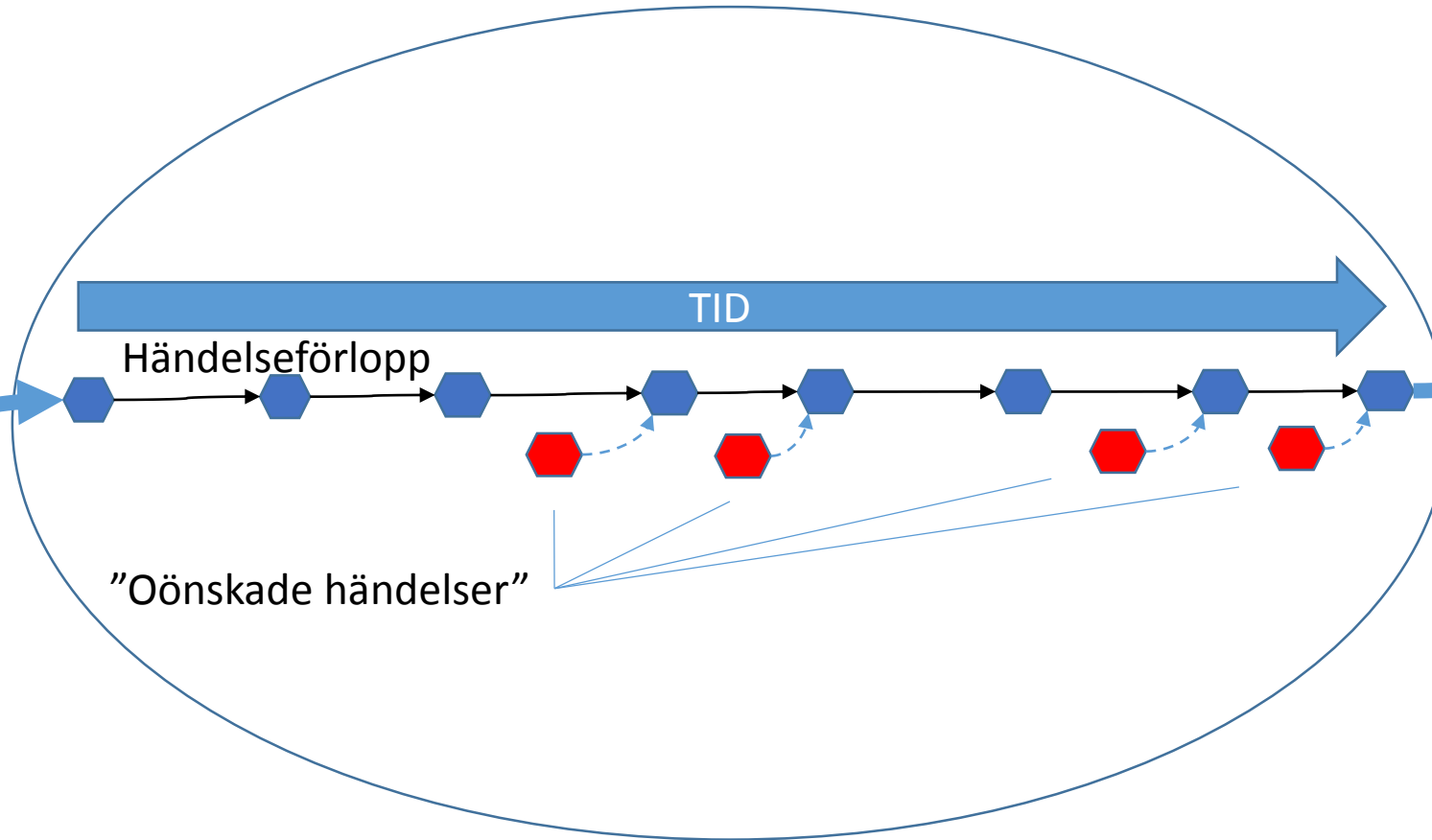
Oönskat/
oväntat resultat

Ett händelseförlopp

Ingång



OHÄLSA



Resultat



Oönskat/
oväntat resultat

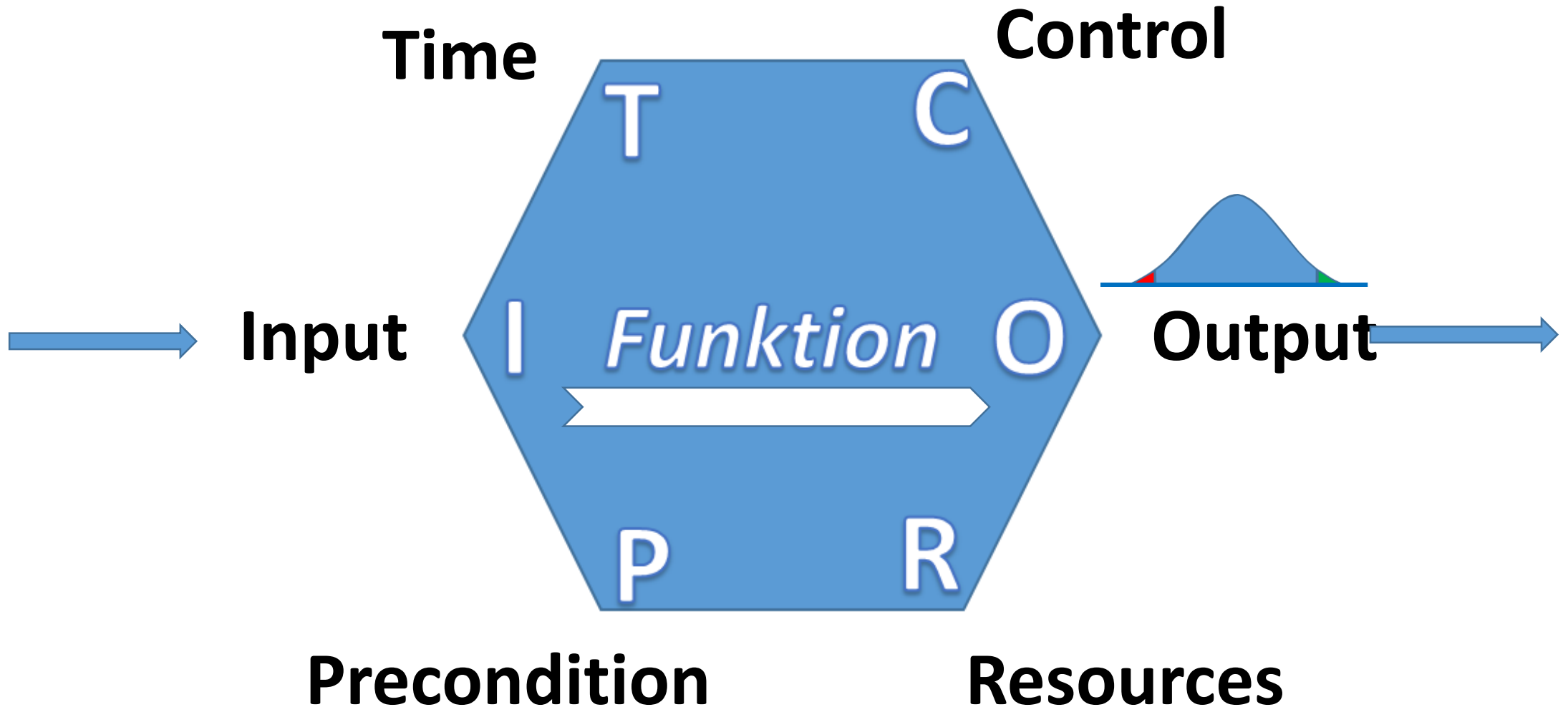
Komplexa system

- System: har ett ingångsvärde och producerar ett resultat
- Beroende på hur specifikt ingångsvärdet och resultatet är desto lägre grad av komplexitet har systemet
- Komplexitet innebär variabilitet vilket medför att utfallet inte går att förutsäga annat än möjligen på gruppnivå
- Ju större komplexitet desto högre variation i systemets utfall
- Genom att minimera variabiliteten i systemets komponenter desto lägre kan variationen i systemets utfall förmodas bli
- Nya faktorer som introduceras i ett komplext system kan leda till överraskande effekter som kan vara oönskade
- Komplexa system går egentligen inte att förstå med enkel logik



FRAM

- Identifiera vilka **funktioner** ("aktiviteter") som äger rum i ett system ("process")
- Förstå hur variationer i funktionerna kan uppkomma och hur dessa tillsammans kan påverka systemet – skapa **resonans**
- Resonansen kan bidra till att systemet levererar utfall av varierande kvalitet – ibland med katastrofal konsekvens, t ex suicid
- **Funktionell resonansanalys metod**
- FRAM kan användas för analys av enkla till mycket komplexa system



- Aspekterna är ett sätt att beskriva vad som påverkar en funktion
 - Vad får den att starta? - Input
 - Vad måste vara gjort innan den får starta? - Precondition
 - Vad används och vad görs under funktionen? - Resources
 - Vad styr funktionen? – Control
 - Vilka tidsmässiga begränsningar finns? – Time
- En funktion har ett resultat - Output
- En funktion kan förstås genom att analysera och beskriva aspekterna - aspektanalys

Funktion: att injicera läkemedel

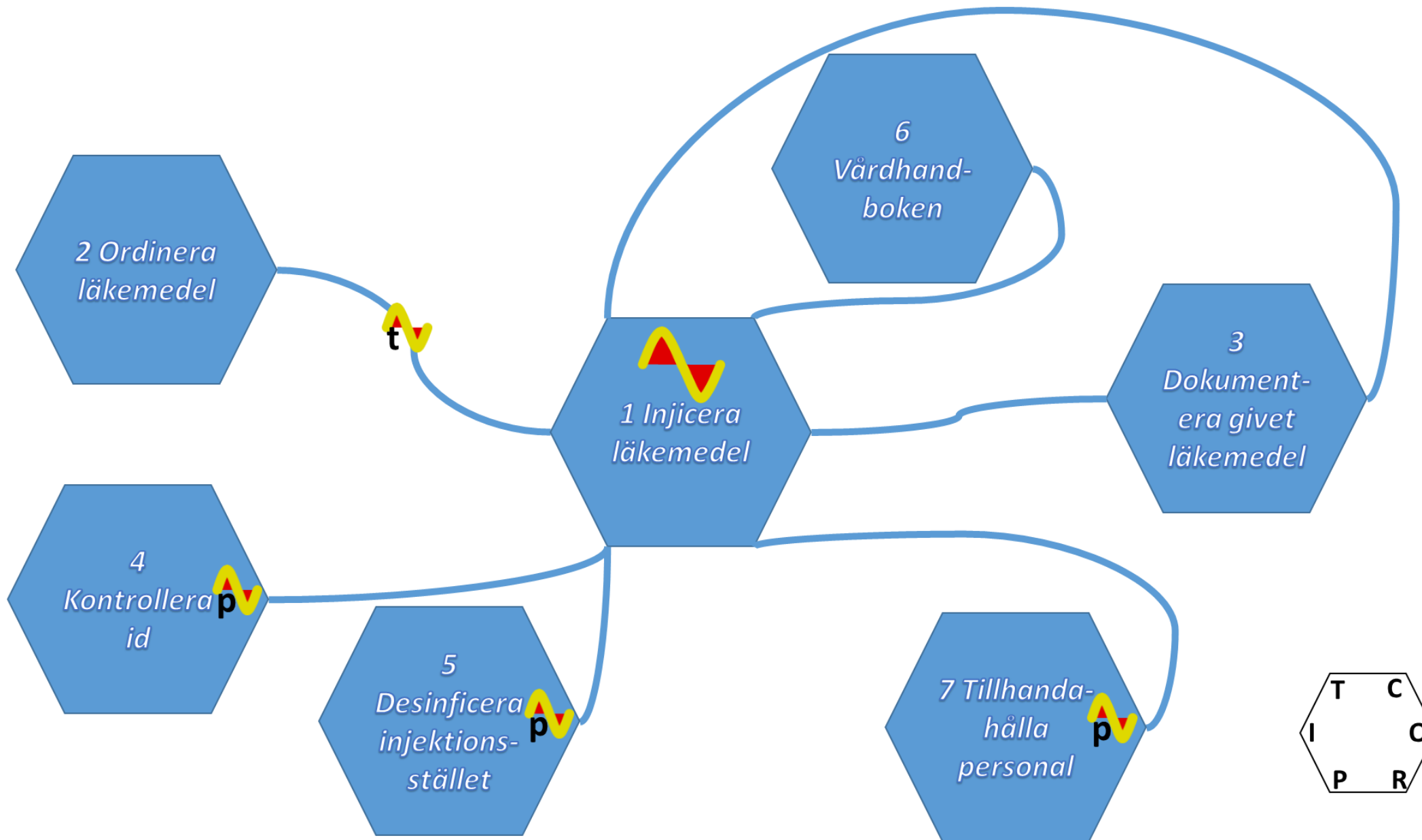
- Input
 - Ordination finns
- Precondition
 - Patientens identitet är kontrollerad
 - Injektionsstället är desinficerat
- Resources
 - Personal finns
- Control
 - Rutinbeskrivning i Vårdhandboken
- Time
 - Tidpunkt för när läkemedlet gavs senast
- Output
 - Läkemedel har injicerats

Variabilitet

- Resultatet av en funktion kan vara av olika kvalitet
 - Acceptabel – det vanligaste inom hälso- och sjukvård
 - Extraordinär – förekommer inom hälso- och sjukvård
 - Oacceptabel – förekommer inom hälso- och sjukvård = oönskad händelse
- Variabiliteten orsakas av kvaliteten i de aspekter som påverkar funktionen – aspektanalys
- Variabiliteten kan också orsakas av inre faktorer i själva funktionen som kan vara svåra att beskriva
- Funktioner som är beroende av mänsklig aktivitet har ofta hög variabilitet

Funktion: att injicera läkemedel - variabilitet

- Input
 - Ordination finns: tydlighet, korrekt/bristfällig/felaktig
- Precondition
 - Patientens identitet är kontrollerad: identiteten ej kontrollerad, svår att kontrollera, lätt att kontrollera
 - Injektionsstället är desinficerat: olika sätt att desinficera, hög-låg följsamhet till rutiner
- Resources
 - Personal finns: varierande grad av kompetens
- Control
 - Rutinbeskrivning i Vårdhandboken: rutinen är känd-okänd, lätt tillgänglig/otillgänglig (t ex bristande tillgång till dator)
- Time
 - Tidpunkt för när läkemedlet gavs senast: tidigare ordinationshandling tillgänglig och ifylld/otillgänglig och/eller ej ifylld
- Output
 - Läkemedel har injicerats
 - rätt läkemedel vid rätt tidpunkt utan komplikationer
 - fel läkemedel gavs eller läkemedel gavs för tidigt → överdos med letal toxicitet
 - stickskada, infektion vid injektionsstället → nervskada, blödning, sepsis



Analysstrategi

- Analys en enskild funktion – ”Mikro-FRAM”
- Skapa modeller av avgränsade system
 - Max 5-7 funktioner
 - Fler funktioner → ökad komplexitet



Syftet med denna analys

- Kartläggning av hur handläggningen av patienter med affektiv sjukdom görs i vardagen ("work as done")
- Undersöka om FRAM kan komplettera traditionella processkartläggningar och riskanalyser (HFMEA)
- Undersöka om FRAM kan komplettera traditionella händelseanalyser (RCA)



System: affektiva öppenvårdsmottagning

- Start: patient remitteras för inskrivning i psykiatrisk öppenvård
- Slut: patienten är inte längre inskriven vid öppenvårdsmottagningen
- Fokus: suicidrisk

Uppdrag

- Hälsa- och sjukvårdsstyrelsen: Patientsäkerhetsplan för Västra Götalandsregionen 2015 och 2016
- Verksamhetschefen för affektiva öppenvårdsmottagningen Tobias Nordin

Analysteam

- Thomas Brezicka, regionläkare Västra Götalandsregionen - handledare, metodstöd, analysledare
- Sarah Widin-Dahlström och Anna Pihlström, utvecklingsledare Sahlgrenska universitetssjukhuset - teamledare
- Deltagare i analysteam: Marzia Dellepiane, läkare, Eva-Lena von Hausswolff, psykolog, Anna Svensdotter, kurator, Görel Nergelius, chefläkare



Underlag

- Händelseanalyser
- Intervjuer med personal

Arbetsgång

- Sammankomster med analysteamet, á 3 timmar
- Arbete för analysledarna mellan sammankomsterna

- Inventering av funktioner
- Modellering
- Fördjupad analys (aspektanalys) av två viktiga funktioner
- Analys av två fall (instantiering) där patienterna suiciderat

Intervjuer

- Representanter för följande yrkesgrupper har intervjuats
 - Läkare
 - Psykolog
 - Sjuksköterska
 - Kurator
 - Fysioterapeut
- Följande yrkesgrupper har inte intervjuats (av tidsskäl)
 - Vårdare/skötare
 - Sekretetare
 - Arbetsterapeut



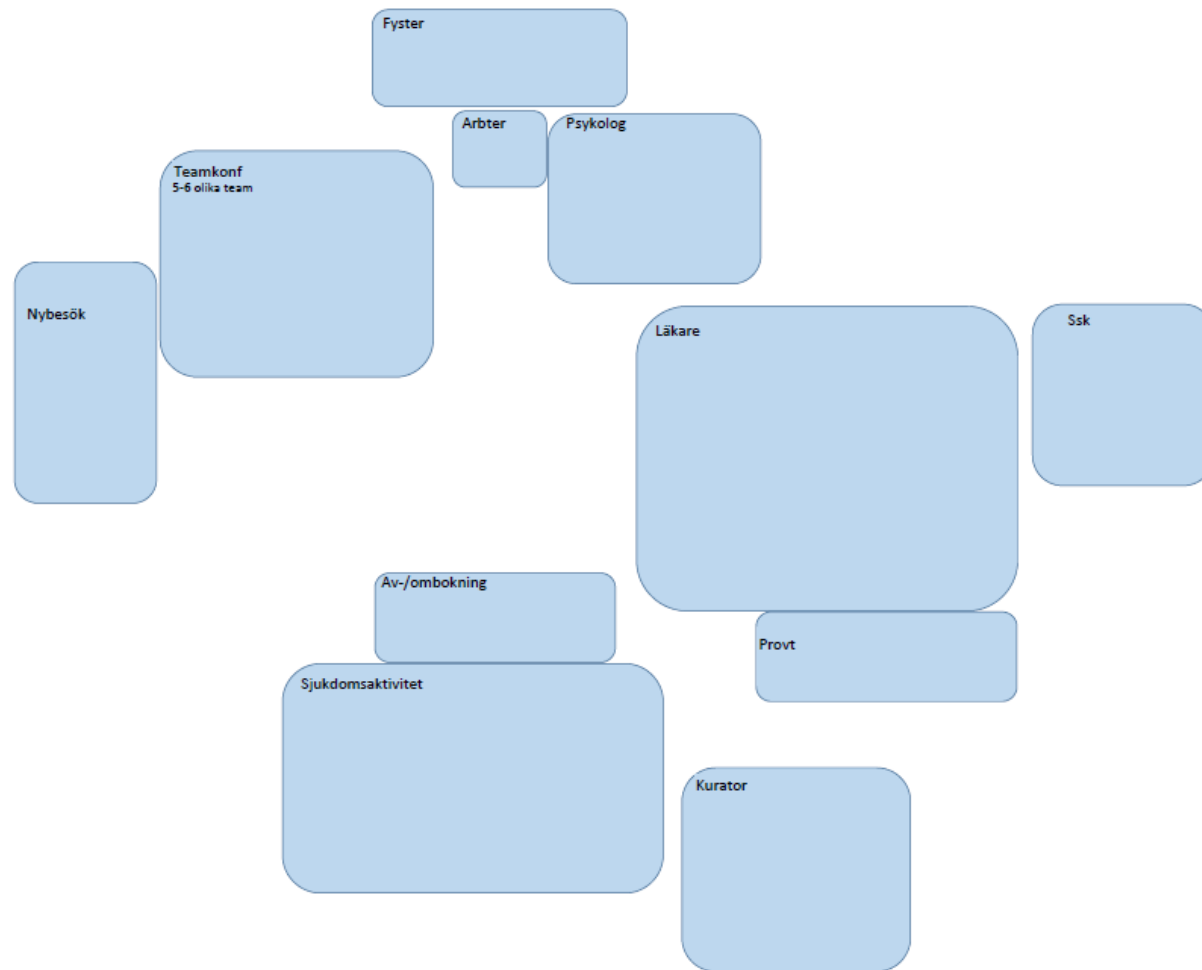
Modellen

- Visar på ett urval av funktioner i systemet - hexagoner
- Visar på hur funktioner samverkar i vardagen – kopplingar mellan hexagoner
- Hexagonerna kan grupperas i "domäner"
- En modell kan ses som en karta – den beskriver en del av verkligheten men kan aldrig göra anspråk på att vara exakt

Den aktuella modellen visualiserar arbetet i mötet med patienten, d v s "at the sharp end". Den visualiserar inte arbetet på det organisatoriska/ledningsplanet (vilket går att göra).

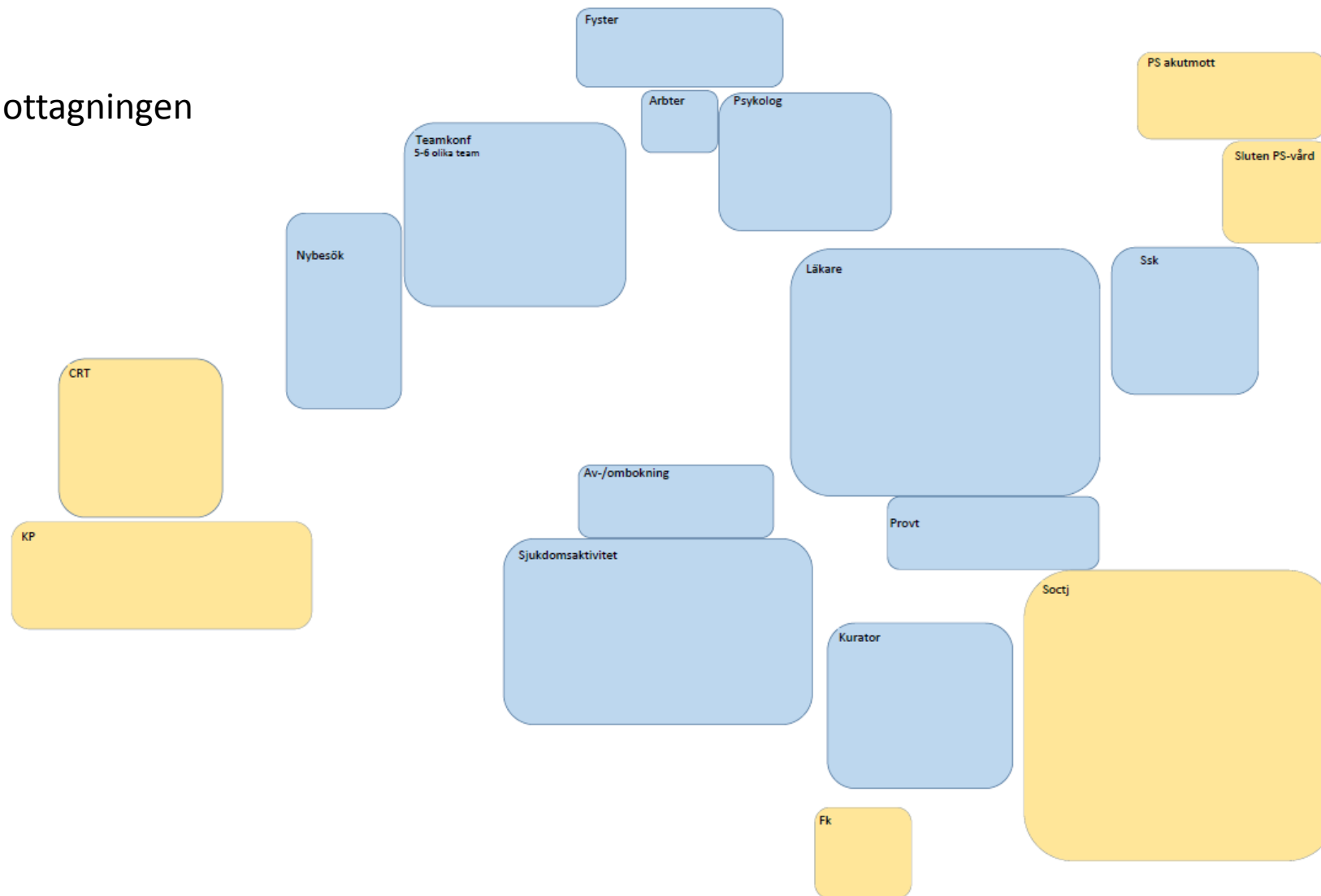


Domäner inom mottagningen



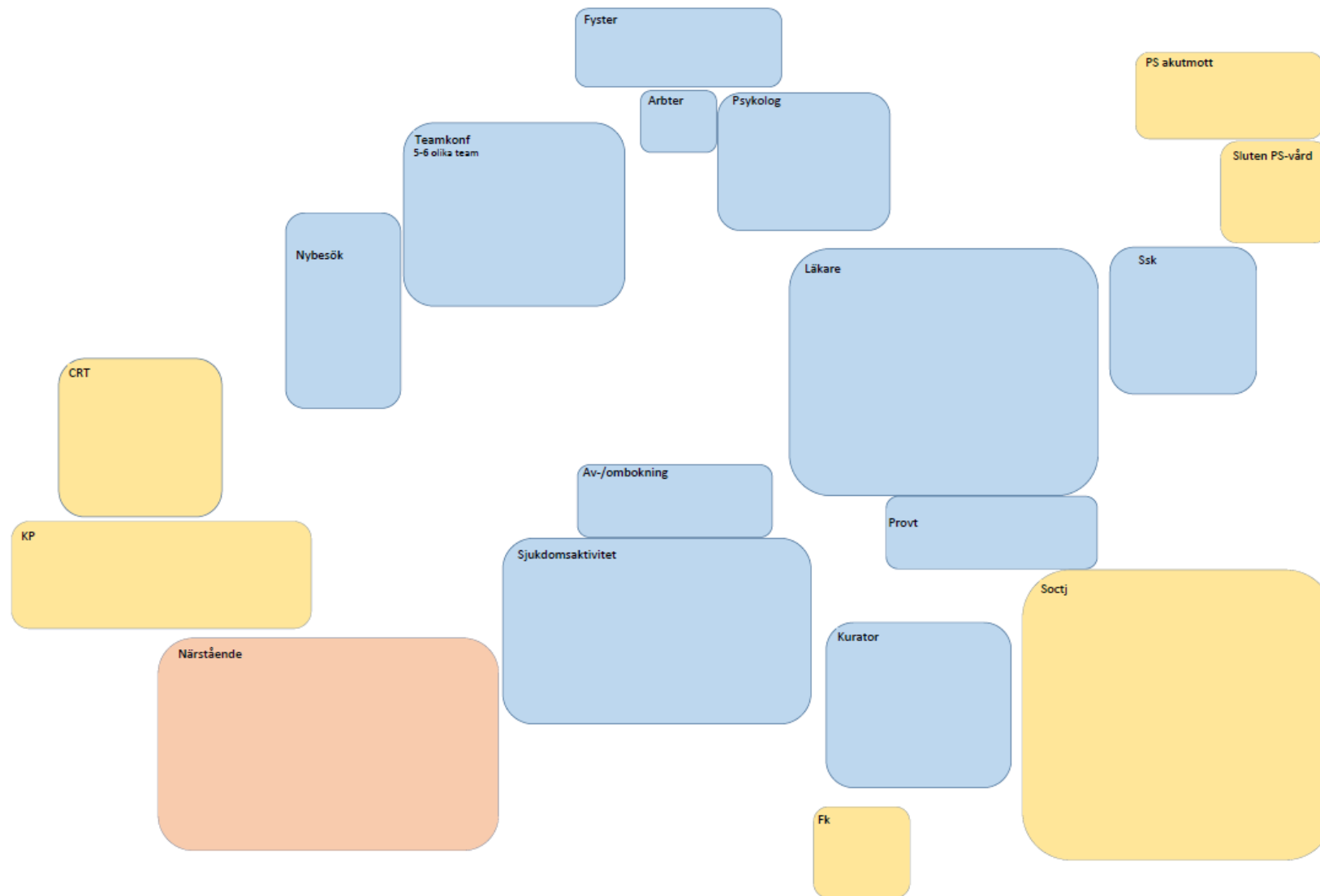


Och utanför som mottagningen
samverkar med





Och närstående











I pdf-versionen av denna presentation finns samtliga modeller som förstöringsbara pdfer i slutet av detta dokument

Funktioner

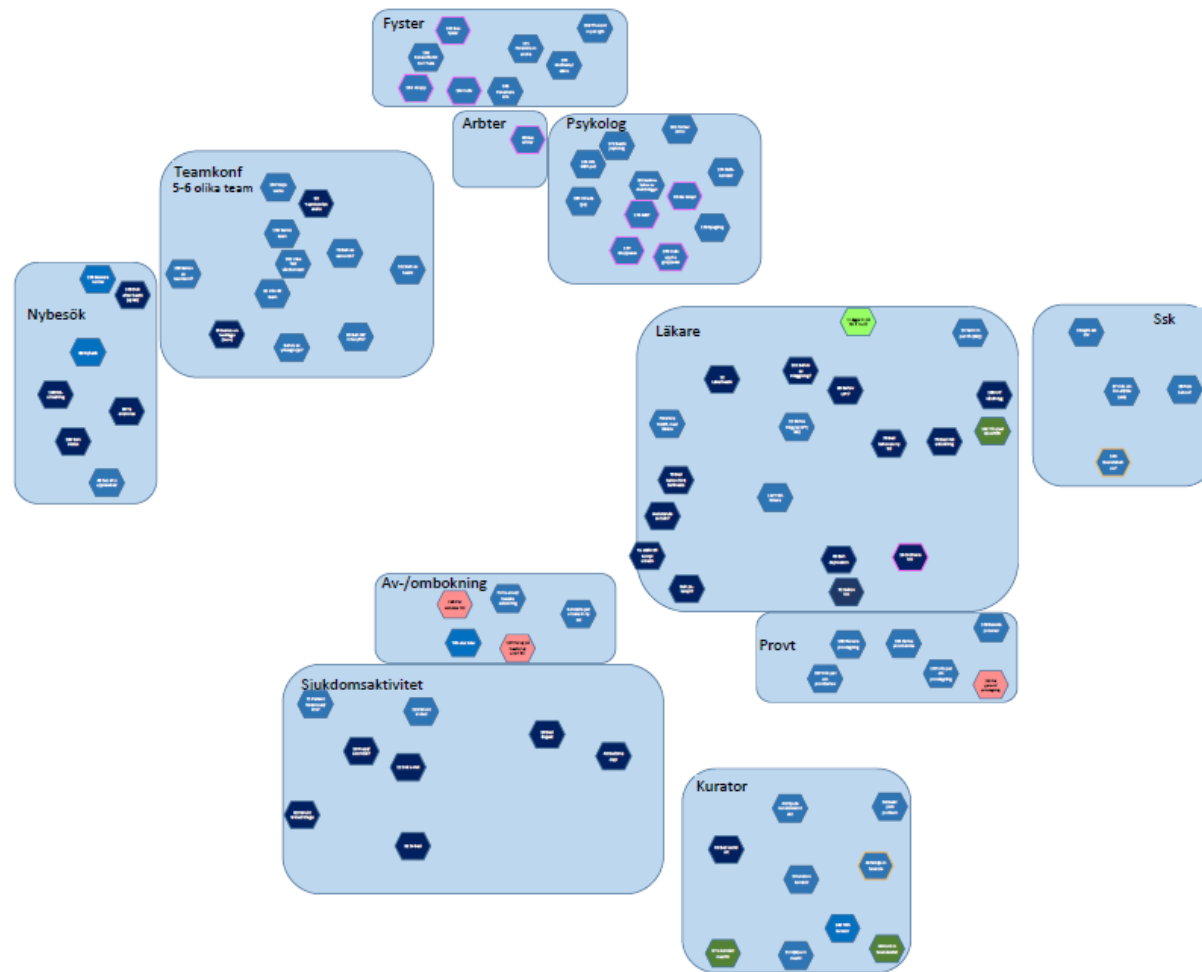
- Totalt ca 180 funktioner
- Förgrundsfunktioner (särskilt viktiga) 57
- Listan är inte komplett men representerar de funktioner som man vid mottagningen arbetar med i vardagen
- I händelseanalyser (RCA) framkommer ytterligare funktioner som inte finns med i modellen och som ligger på det organisatoriska planet

Färgkoder i modellerna – ingen standard men kan hjälpa

-  Mörkblå: funktioner som görs och som uppfattas som särskilt viktiga
-  Ljusblå: funktioner som görs
-  Gult: funktioner som görs av annan aktör
-  Grönt: funktioner som görs gemensamt med annan aktör
-  Rosa: funktioner där patienten ensam är aktivt
-  Orange: funktioner där närstående är aktiva
-  Röd: aktiv funktion i ett scenario
-  Lila: ”dysfunktionell” funktion

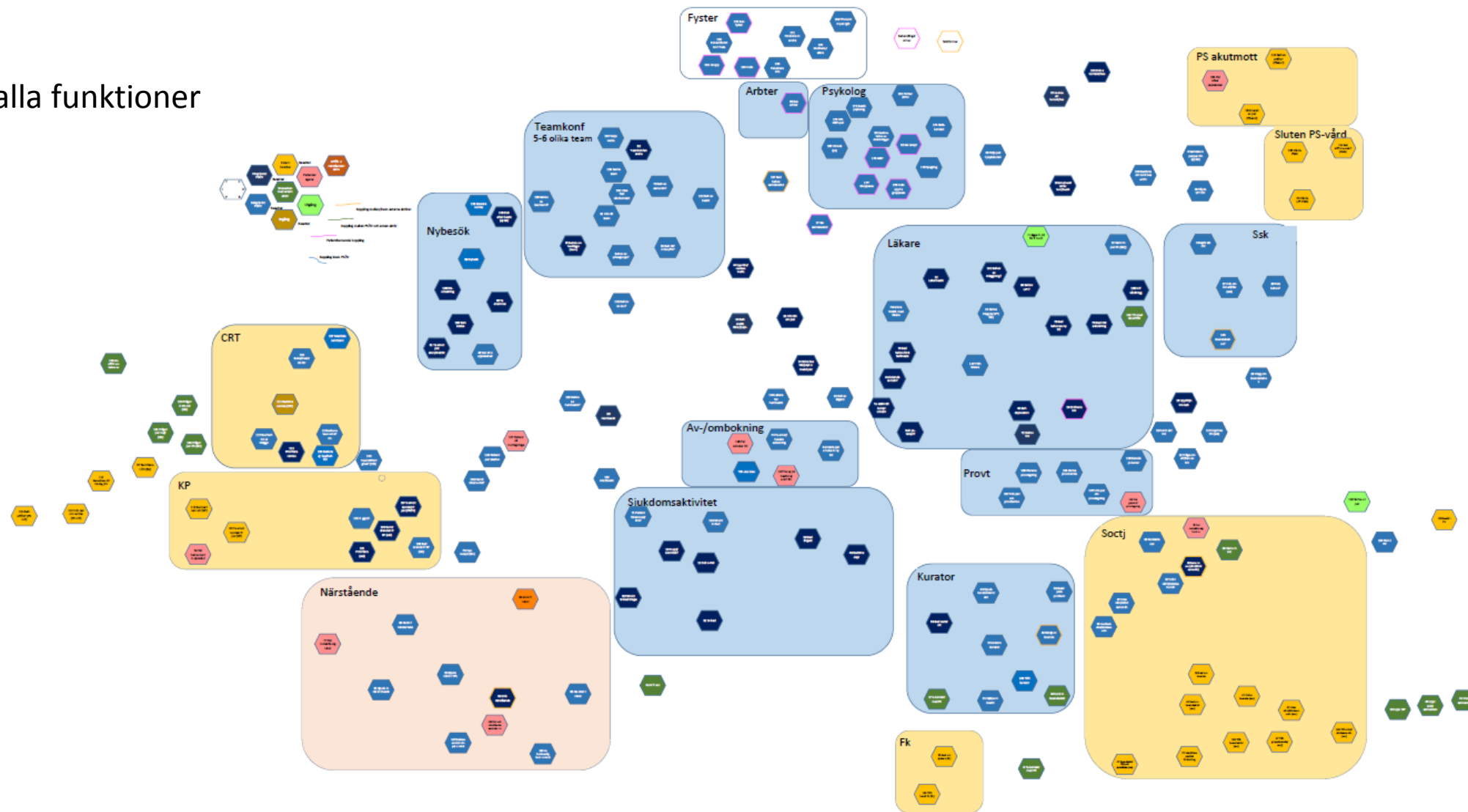


Några funktioner



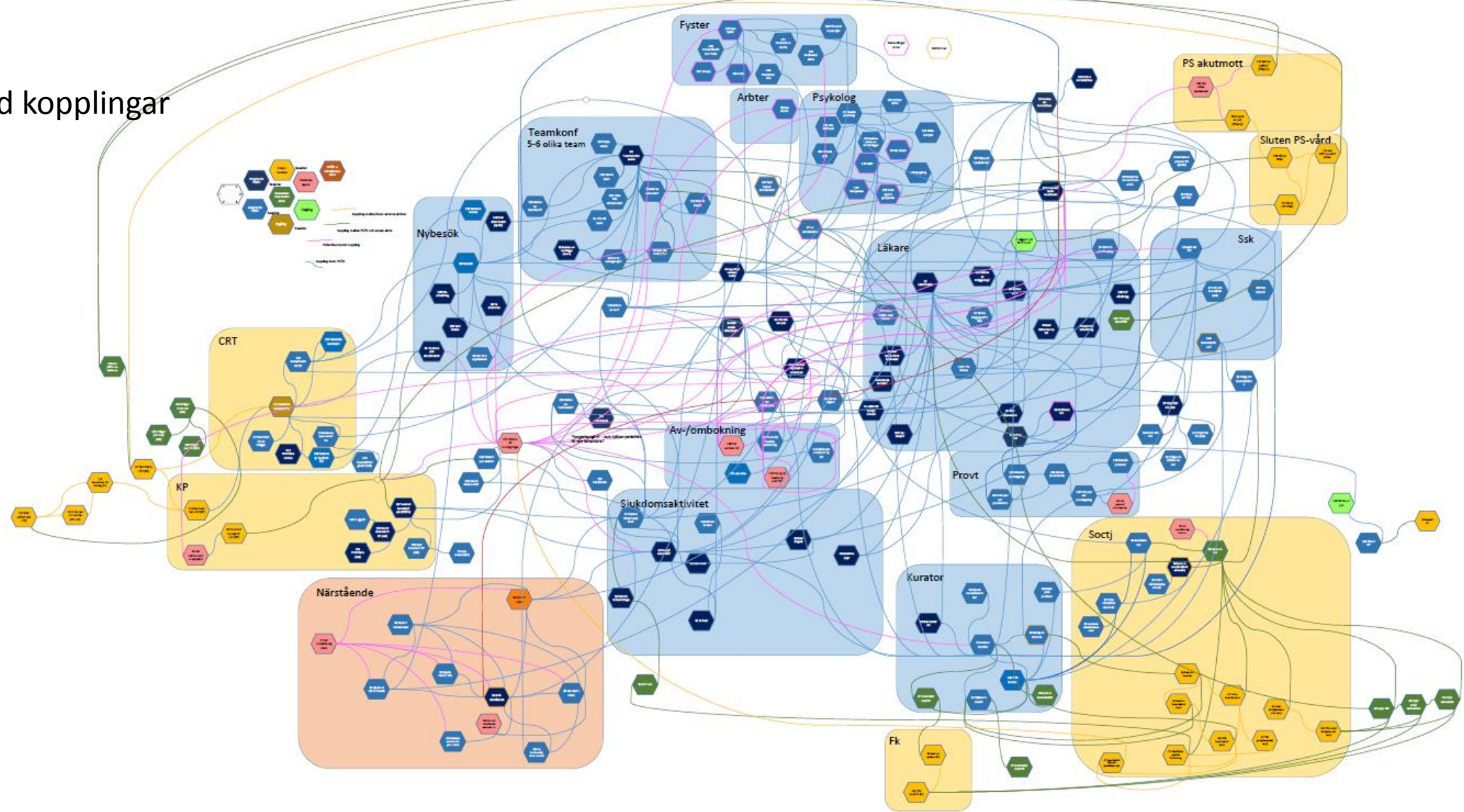


Nästan alla funktioner



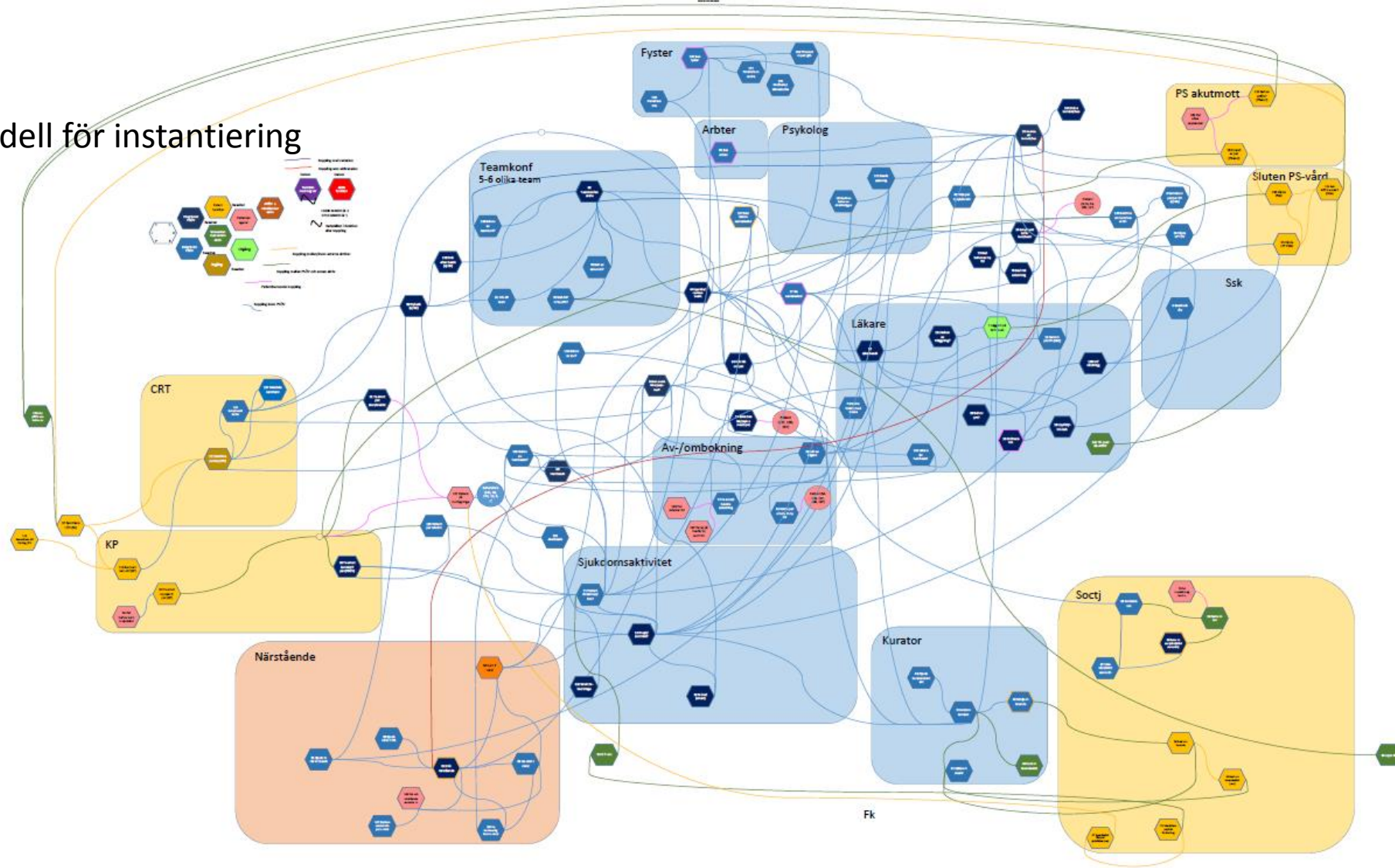


Och med kopplingar



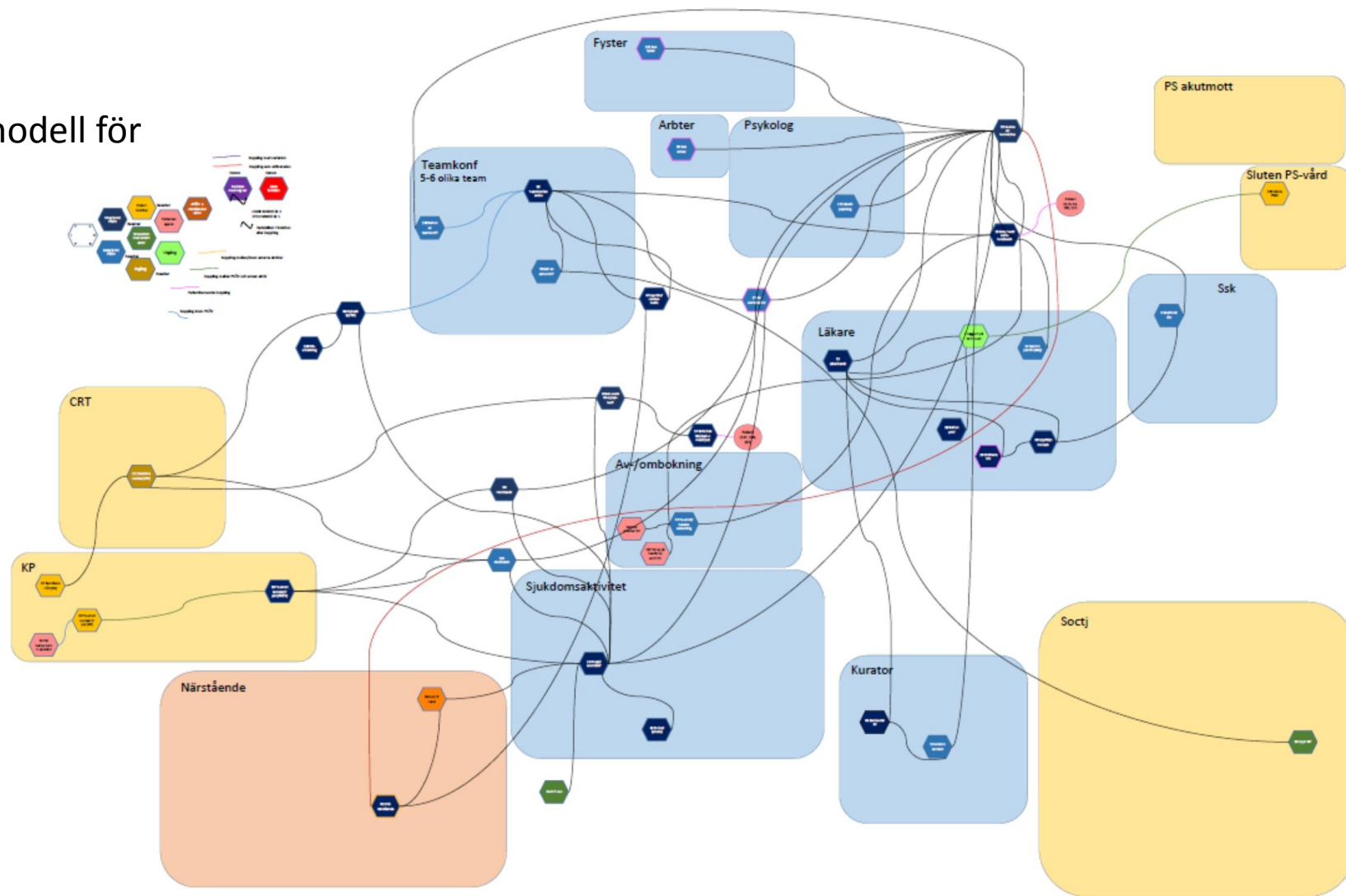


Förenklad modell för instantiation



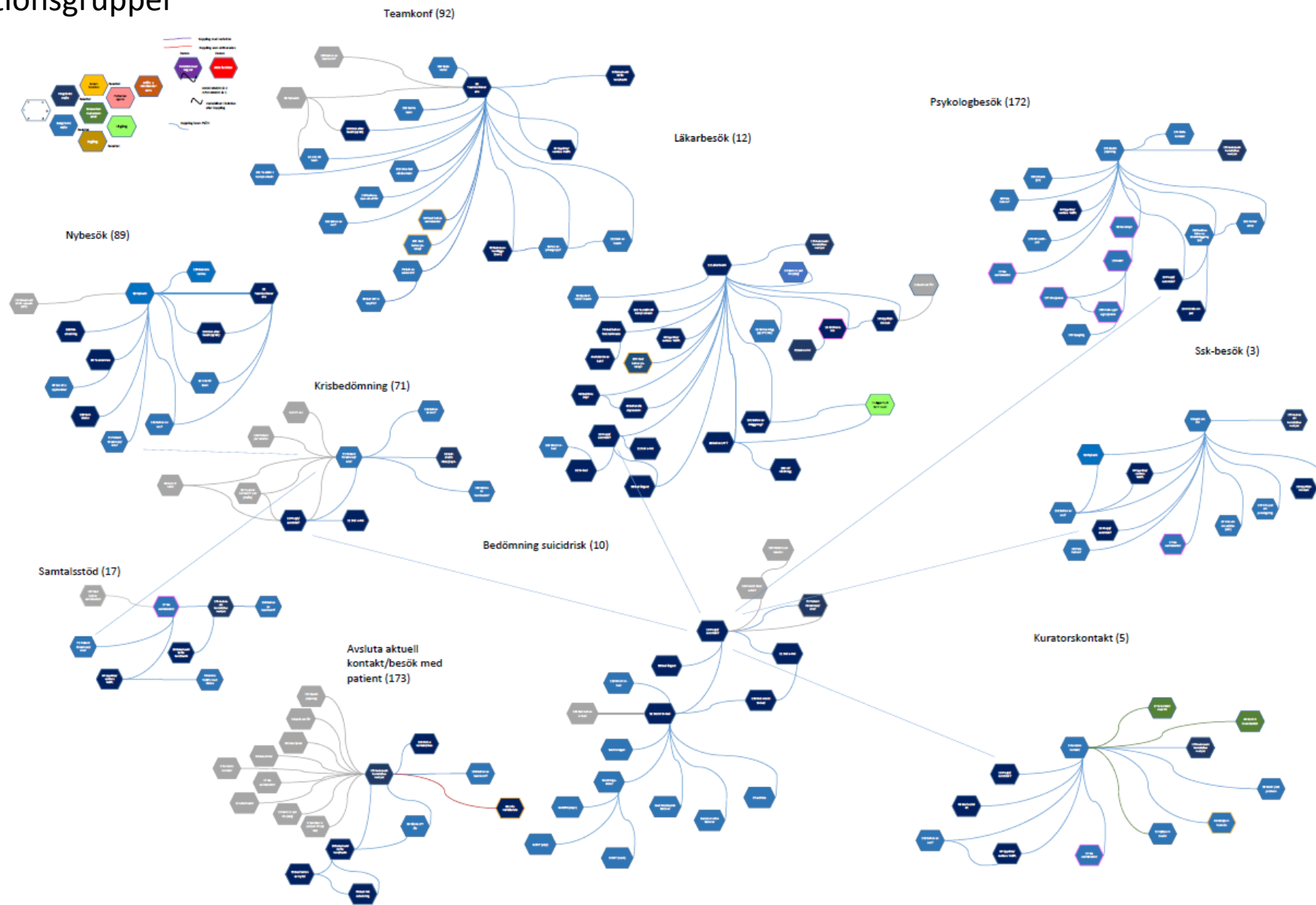


Mycket förenklad modell för instantiation





Funktionsgrupper





Funktioner av särskild betydelse

- Bedöma remiss
- Boka nybesök
- Nybesöksutredning
- Teamkonferens
- Bedöma behov av teamkonferens
- Fast vårdkontakt
- Vårdplan
- Samordnad vårdplan
- Samtalsstöd
- Uppföljning av läkemedelsbehandling
- Suicidriskbedömning
- Strukturerad suicidriskbedömning
- Bedöma social situation
- Samverka med socialtjänst
- Ta emot kontakt från patient, socialtjänst, närstående, kontaktpunkten
- Informera (involvera) närstående
- Avsluta aktuell kontakt/besök
- Ta emot/bevaka avbokning/utebliven kontakt



Vad ska dokumenteras?

- Varje funktion som är väsentlig ska också dokumenteras – vad som gjorts och resultat
- Särskilda krav på dokumentation finns på funktioner av särskild betydelse



Mottagningen är som en virtuell vårdavdelning

- Patienterna får många av sina behov kontinuerligt bedömda och tillgodosedda
- Behoven kan växla snabbt
- Många olika professioner arbetar med patienten parallellt eller i flöden
- Behov av samsyn kring patienten
- Patienten är inskriven på "avdelningen" och patient även i hemmet

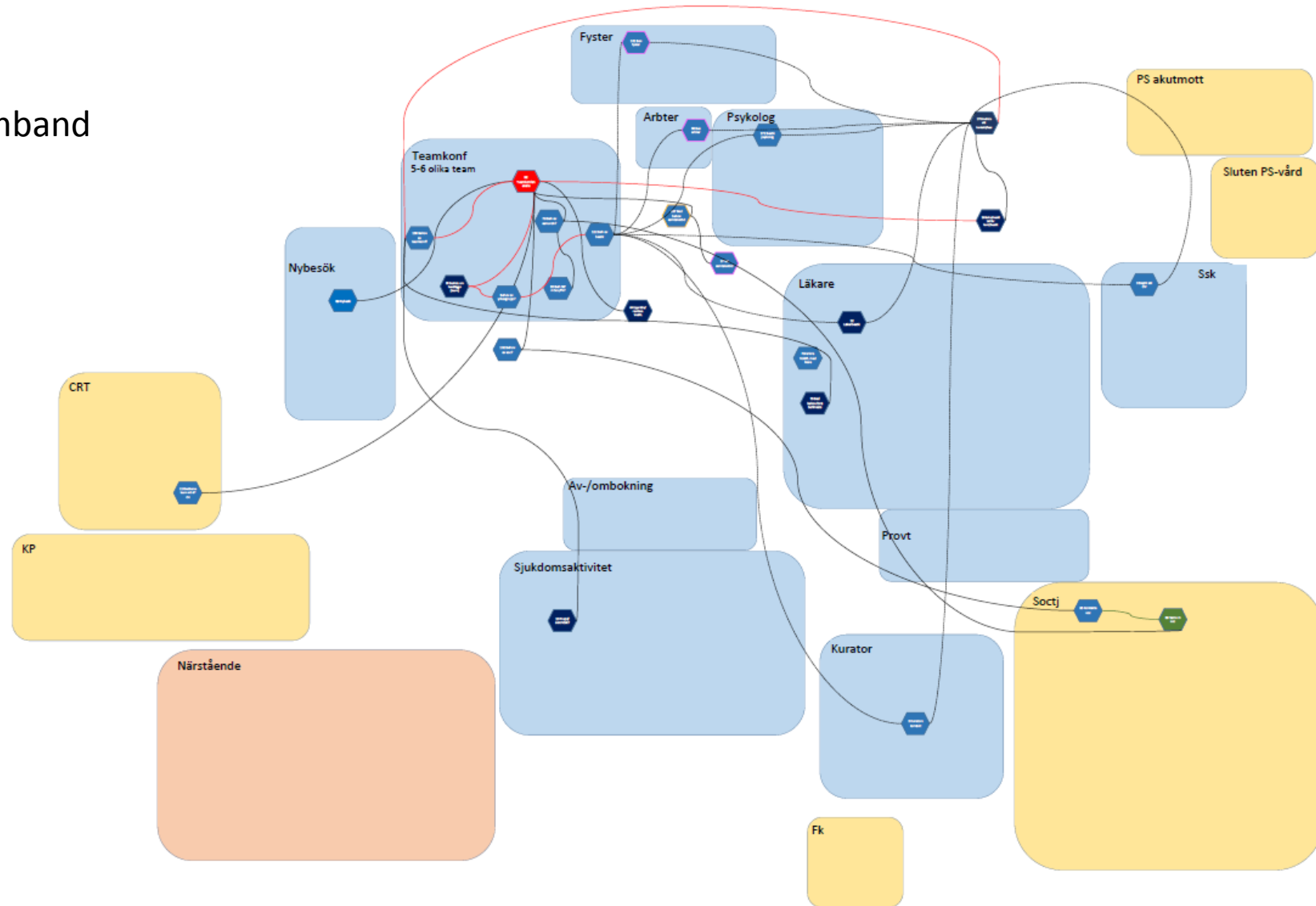


Teamkonferensen utgör navet

- Ronden vid den virtuella avdelningen
- Många olika behov belyses
- Bedömning och beslut om handläggning
- Bedömning om besök hos olika kompetenser

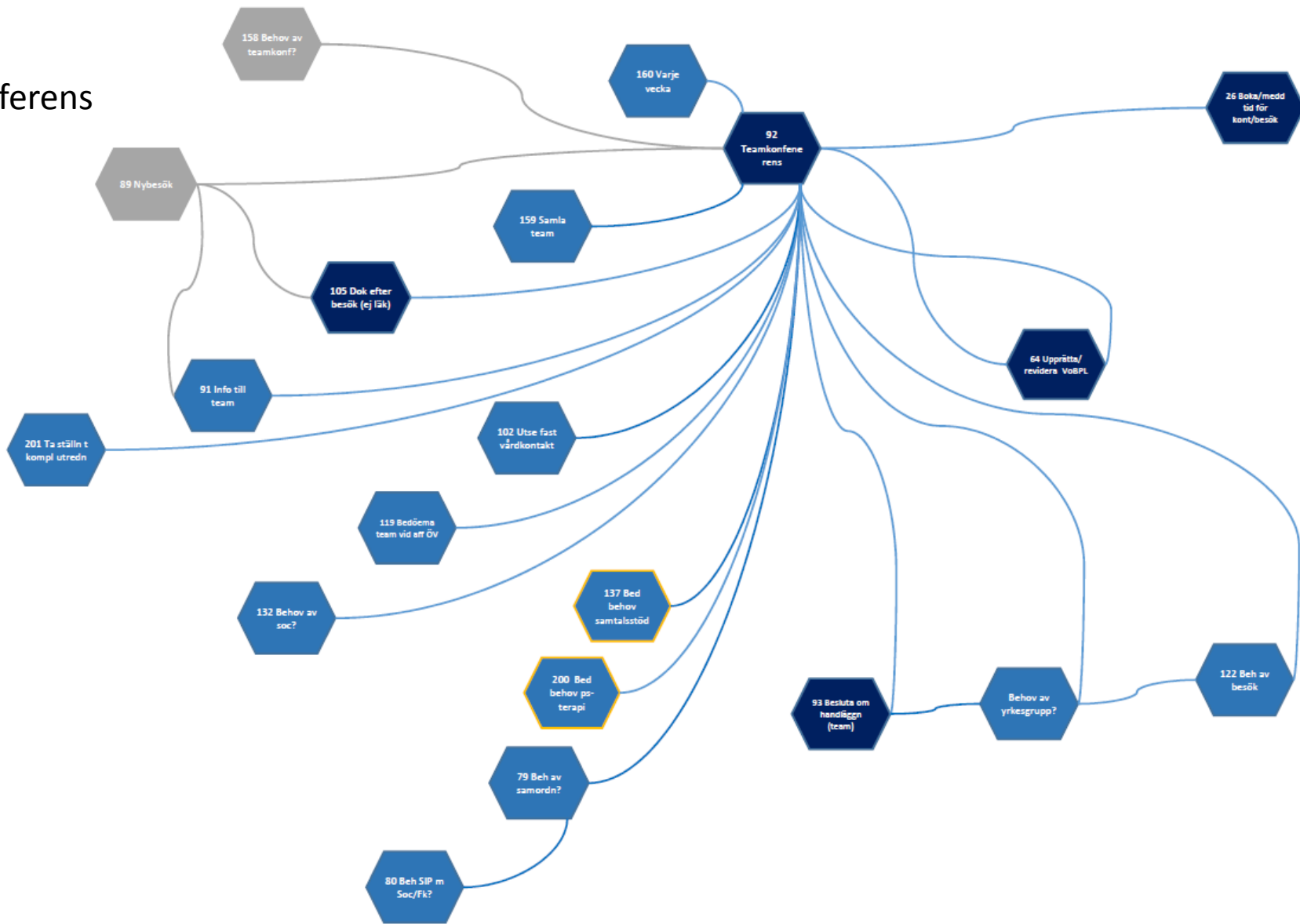


Teamkonferens samband





Teamkonferens





”Alla gör (nästan) allt”

- Ger redundans (överflöd) i systemet vilket kan stärka resiliensen (motståndskraft i systemet)
- Ställer höga krav på tydlighet i kompetens och ansvar för de olika yrkesfunktionerna
- Ställer höga krav på en kultur där inga ”egna bord” finns
- Jag har ansvaret tills jag vet att någon annan tar över
- Jag vågar fråga och hjälp finns tillgänglig hos andra om min egna kompetens inte räcker eller om jag tycker något inte är riktigt bra med patienten

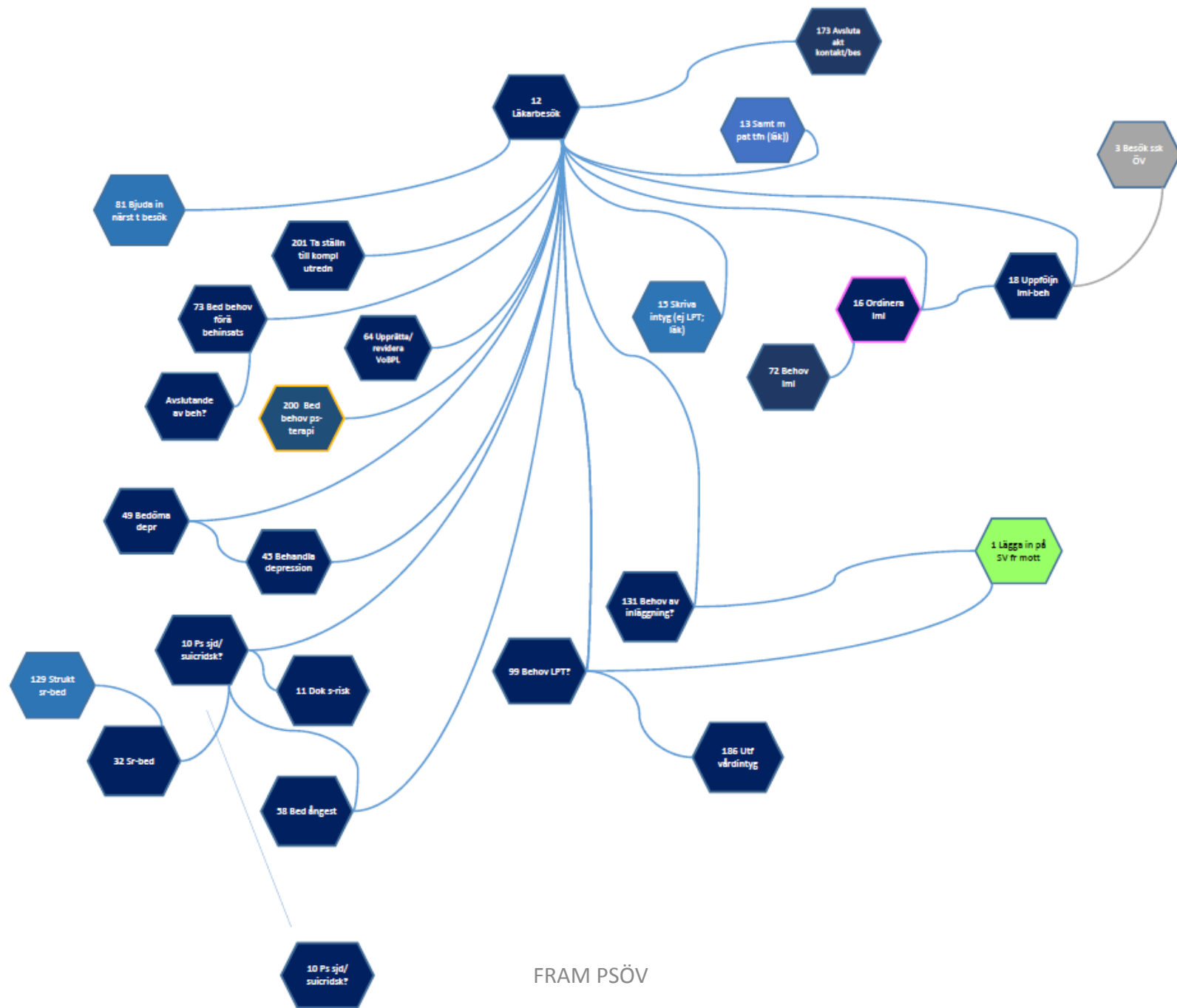


Vet man vad man ska göra?

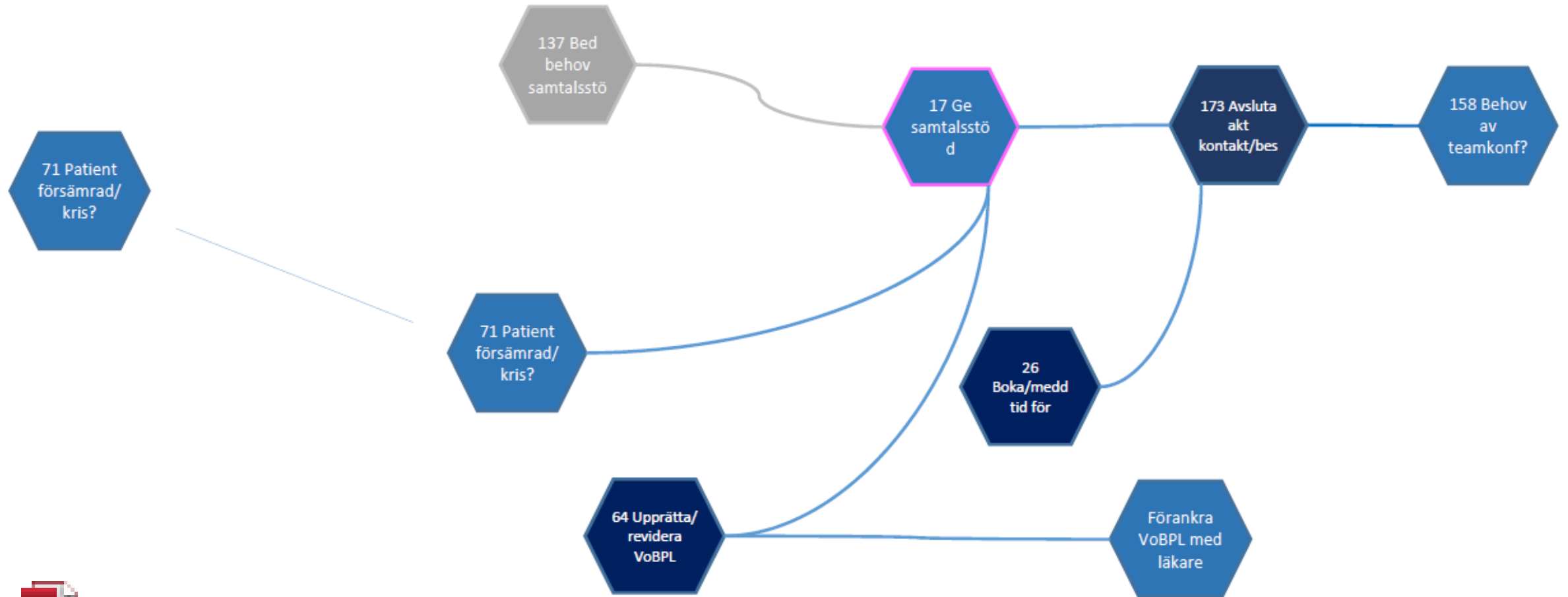
- Flera yrkesgrupper, t ex läkare, ska genomföra många funktioner
- Vad bör göras?
- Blir det som bör göras gjort?
- Finns tid att göra det som bör göras?
- Är det som bör göras förberett?
- Finns det tillräckliga resurser, t ex kompetens?
- Finns det tydliga riktlinjer?



Läkarbesök



Samtalsstöd



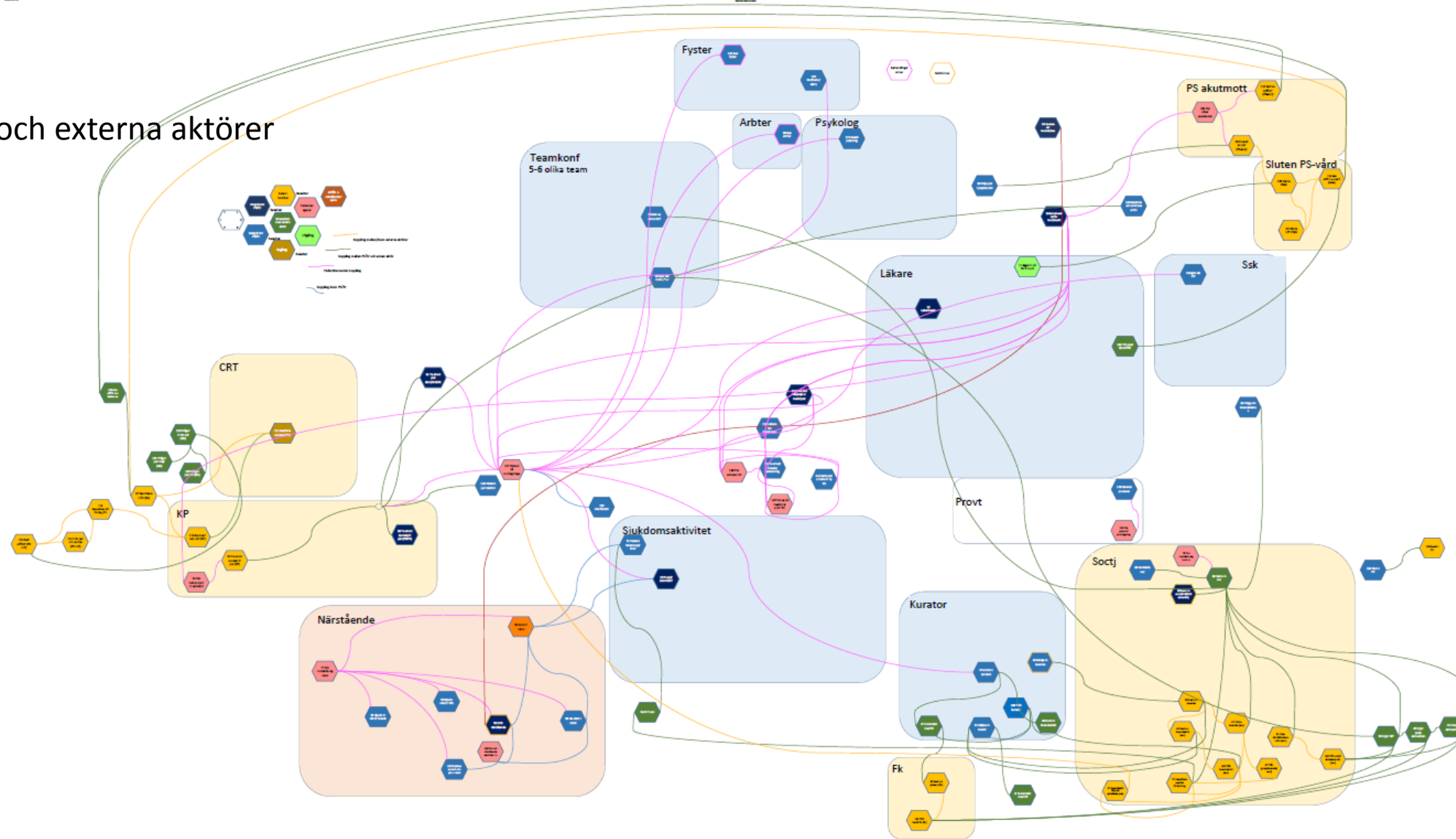


Stora inslag av patientansvar och delaktighet från externa aktörer/funktioner

- Mellan besöken ligger mycket i patientens (och närståendes) händer
- Om något händer måste tillgängligheten och lyhördheten vara hög
- Patienten beroende av stöd från såväl mottagningen som andra nätverk såsom närstående och socialtjänsten/omsorgerna



Patient och externa aktörer



Nätverket kring patienten – mycket viktigt!

- Mottagningen och dess personal/yrkesgrupper
- Socialtjänsten/boendet
- Närstående

Nya besök/kontakter och återbud/uteblivna besök/kontakter

- Mottagningen har ett ansvar gentemot remittenter – ofta stort behov av snabbt nybesök
- Mycket viktigt att snabbt fånga upp avbokningar och uteblivna besök/kontakter – även inför det första besöket
- Kompetens och ansvar hos personal som tar emot avbokningar/uteblivna besök
- Personalen bör veta vilka patienter som har högre risk för att utebli och vad det kan innebära



Fördjupad analys av två funktioner

- Bedöma remiss
- Boka nybesök
- Nybesöksutredning
- Teamkonferens
- Bedöma behov av teamkonferens
- Fast vårdkontakt
- **Vårdplan**
- Samordnad vårdplan
- Samtalsstöd
- Uppföljning av läkemedelsbehandling
- **Suicidriskbedömning**
- **Strukturerad suicidriskbedömning**
- Bedöma försämring/kris
- Bedöma social situation
- Samverka med socialtjänst
- Ta emot kontakt från patient, socialtjänst, närstående, kontaktpunkten
- Informera (involvera) närstående
- Avsluta aktuell kontakt/besök
- Ta emot/bevaka avbokning/utebliven kontakt



Fördjupad analys av två funktioner

- Karaktärisera funktionen – vad gör den och vad behövs?
- Vad kan bidra till variabilitet?



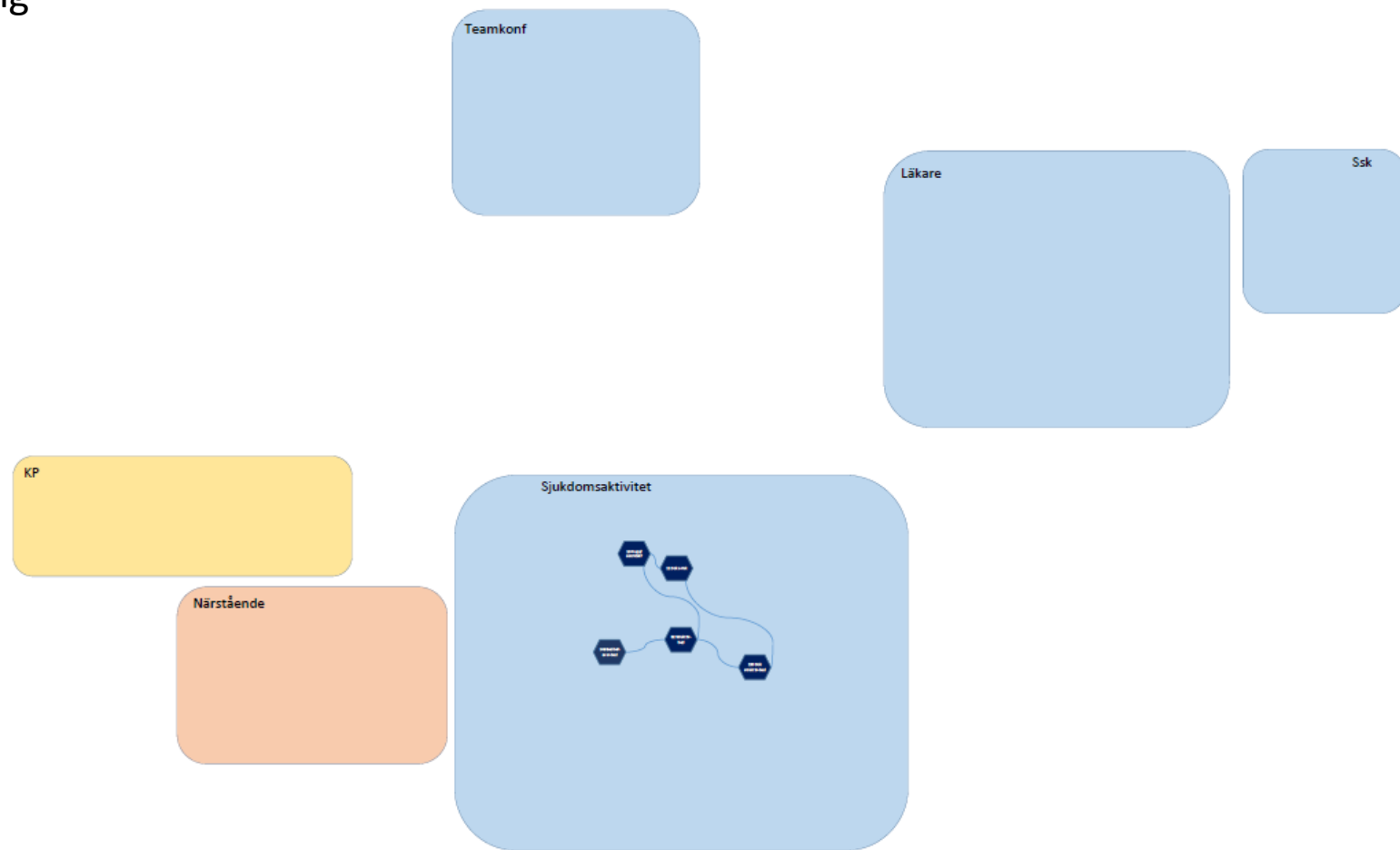
Suicidriskbedömning – består av två funktioner

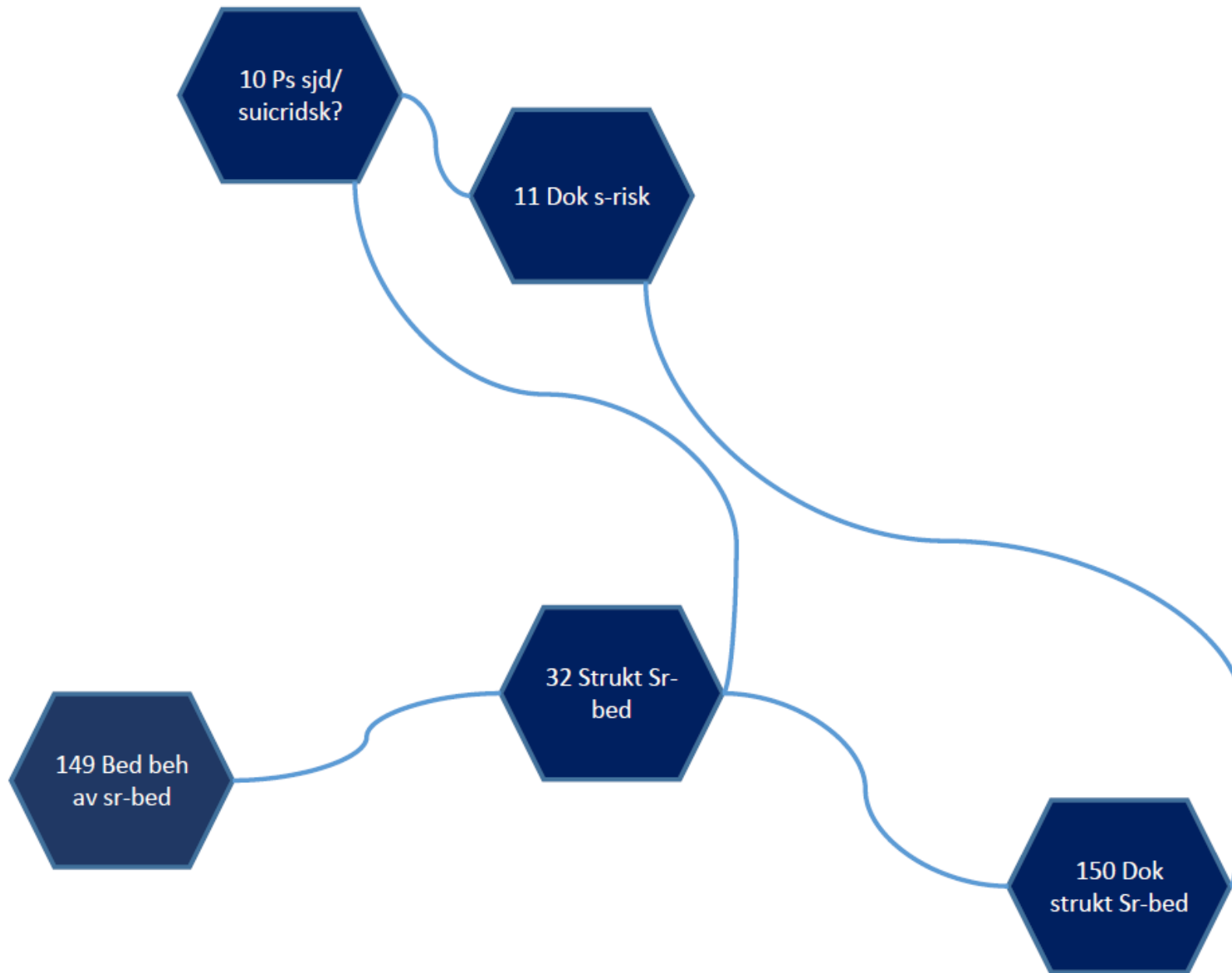
- Övergripande bedömning av sjukdomsaktivitet och suicidrisk
- Strukturerad suicidriskbedömning

- Utgör funktioner som görs av flera yrkesgrupper t ex läkare, sjuksköterska m fl
- Görs i många olika situationer
 - Vid besök: nybesök, utredning, behandling, uppföljning, akut (triage)
 - Telefonkontakt: patient, närstående, socialtjänsten
- Mynnar ut i ställningstagande om bl a
 - Teamkonferens ska göras
 - Kontakt ska tas med läkare
 - Hembesök
 - Inläggning med/utan LPT



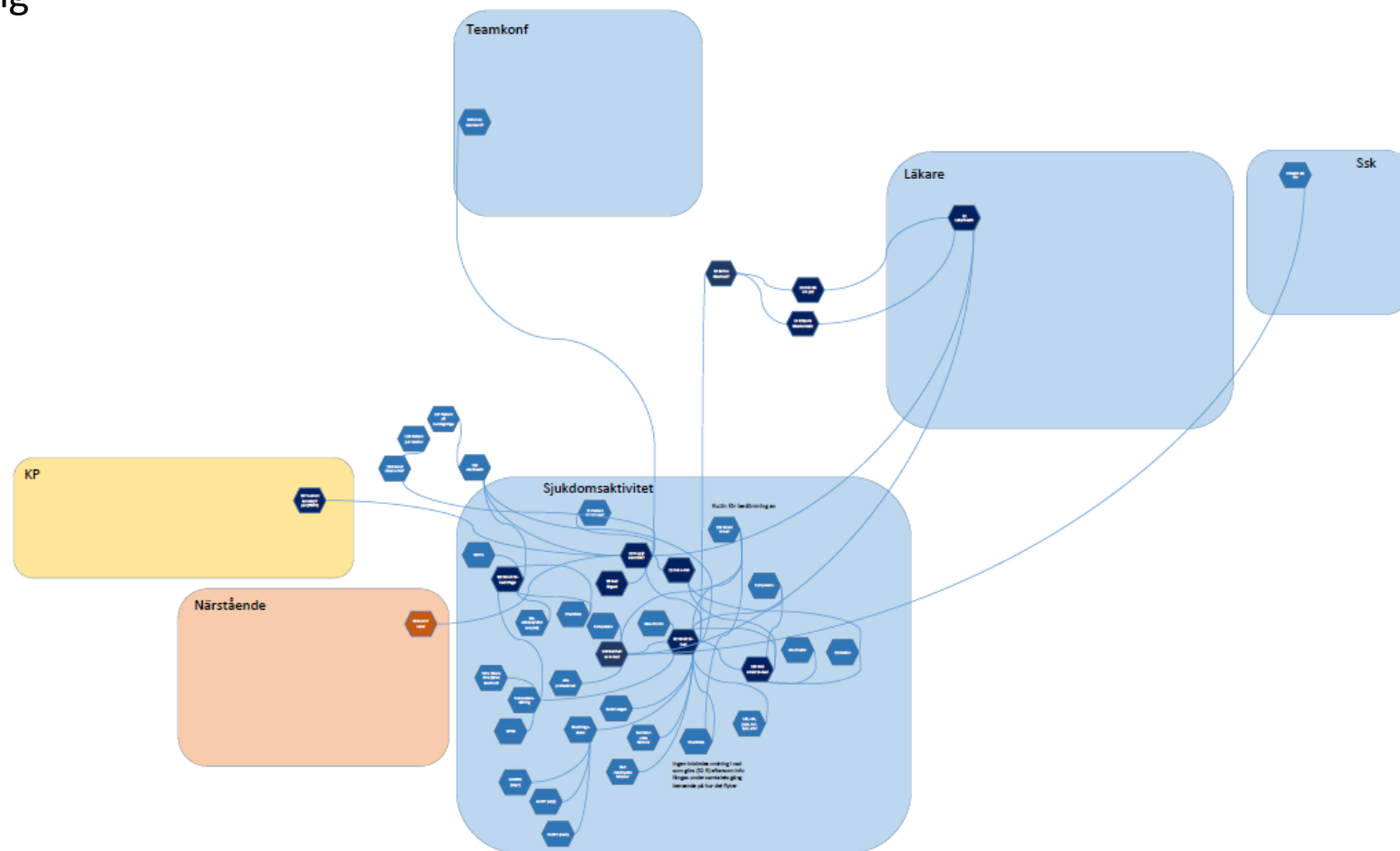
Suicidriskbedömning







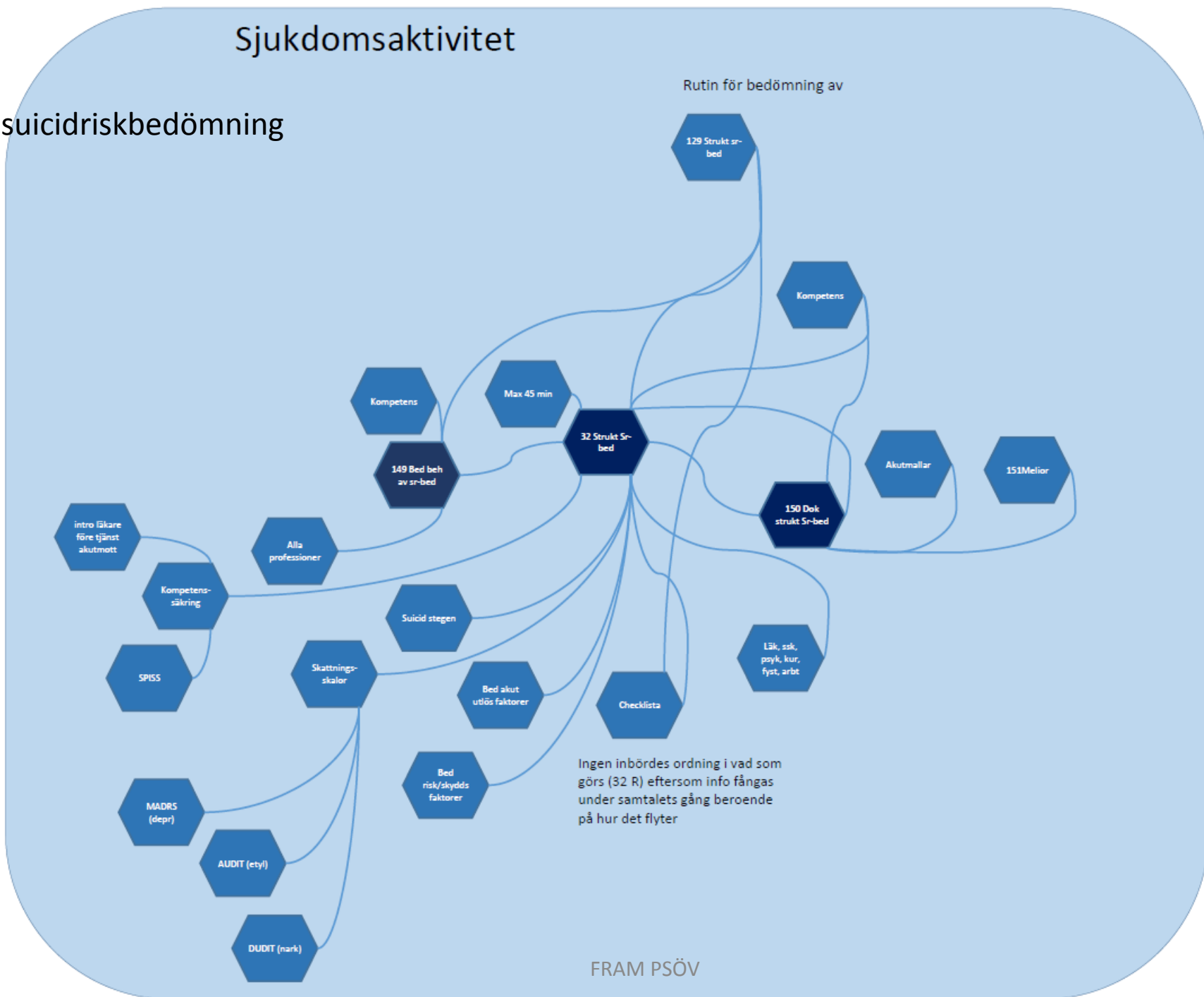
Suicidriskbedömning





Sjukdomsaktivitet

Strukturerad suicidriskbedömning





Suicidriskbedömning övergripande

- Stora krav på kompetens
- Vilket underlag krävs för bedömningen?
- Vad ska bedömningen användas till?



Strukturerad suicidriskbedömning - variabilitet ("högriskfunktion")

- Input
 - Görs inte systematiskt utan beror på benägenheten (subjektiv) som varierar → funktionen utförs inte alltid när den borde
- Output
 - Funktionen uteblir ofta (eftersom den inte startar)
 - Kvaliteten i resultatet kan variera – beror i stor utsträckning på variabilitet i aspekterna RCT (se nedan)
- Resources
 - Suicidstegen: kan utebli
 - Skattningsskalor (AUDIT, DUDIT, MADRS): kan utebli
 - Akut utlösande faktorer: kan utebli
 - Skydds- och riskfaktorer: kan utebli
 - Checklista: används inte alltid
 - Personal med rätt kompetens: tillräcklig kompetens finns inte alltid
- Control
 - Rutin finns (är [Googlebar](#): "rutin suicidrisk SU"): alla vet inte om detta
 - Dokumentationskrav: otydligt när och vad
- Time
 - Genomförandet tar ofta för lång tid: >45 min antyder bristande kompetens eller andra störande faktorer
- Precondition
 - Inga har identifierats – bra eftersom inget ska behöva hindra att funktionen startar



Strukturerad suicidriskbedömning

- Otydligt när en strukturerad bedömning bör göras
- Otydligt vad en strukturerad bedömning ska innehålla
- Otydligt vem som ska göra en strukturerad bedömning
- Otydligt vad som ska dokumenteras
- Stor variation i kompetens hos de flesta yrkesgrupperna

Vad säger Lex Maria-utredningarna om suicidriskfunktionerna?

- Funktioner som hör till suicidriskbedömning är de vanligaste funktionerna där brister framkommer (ca 1/4 av alla brister som framkommer)
 - Riskfaktorbedömning
 - Riktlinjer/rutiner för när, hur och av vem suicidriskbedömning ska genomföras är inte tydliga och kända
 - Användning av skattningsskalor
 - Dokumentation av riskbedömningen och underlaget för bedömningen (bl a strukturerad suicidriskbedömning)



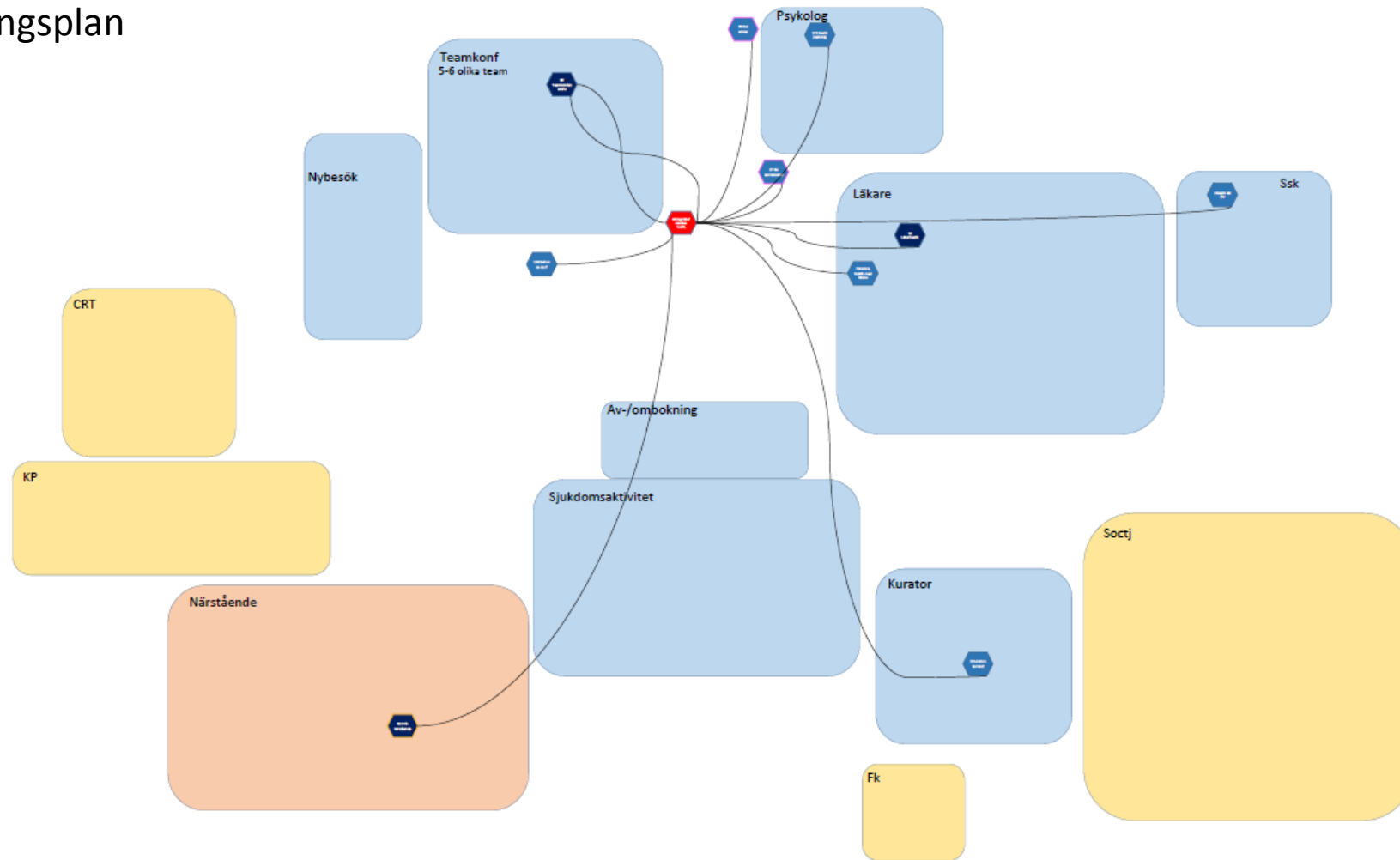
Vad bör göras?

- Optimering av suicidriskbedömningsfunktionerna där de olika aspekterna stärks genom att oönskad variabilitet minimeras
- Baserat på fördjupad aspektanalys
 - Den som redan är gjord inkl erfarenheter från de interna utredningarna
 - Nya analyser på ett urval av aspekter som uppfattas som viktiga, t ex kompetenssäkringen

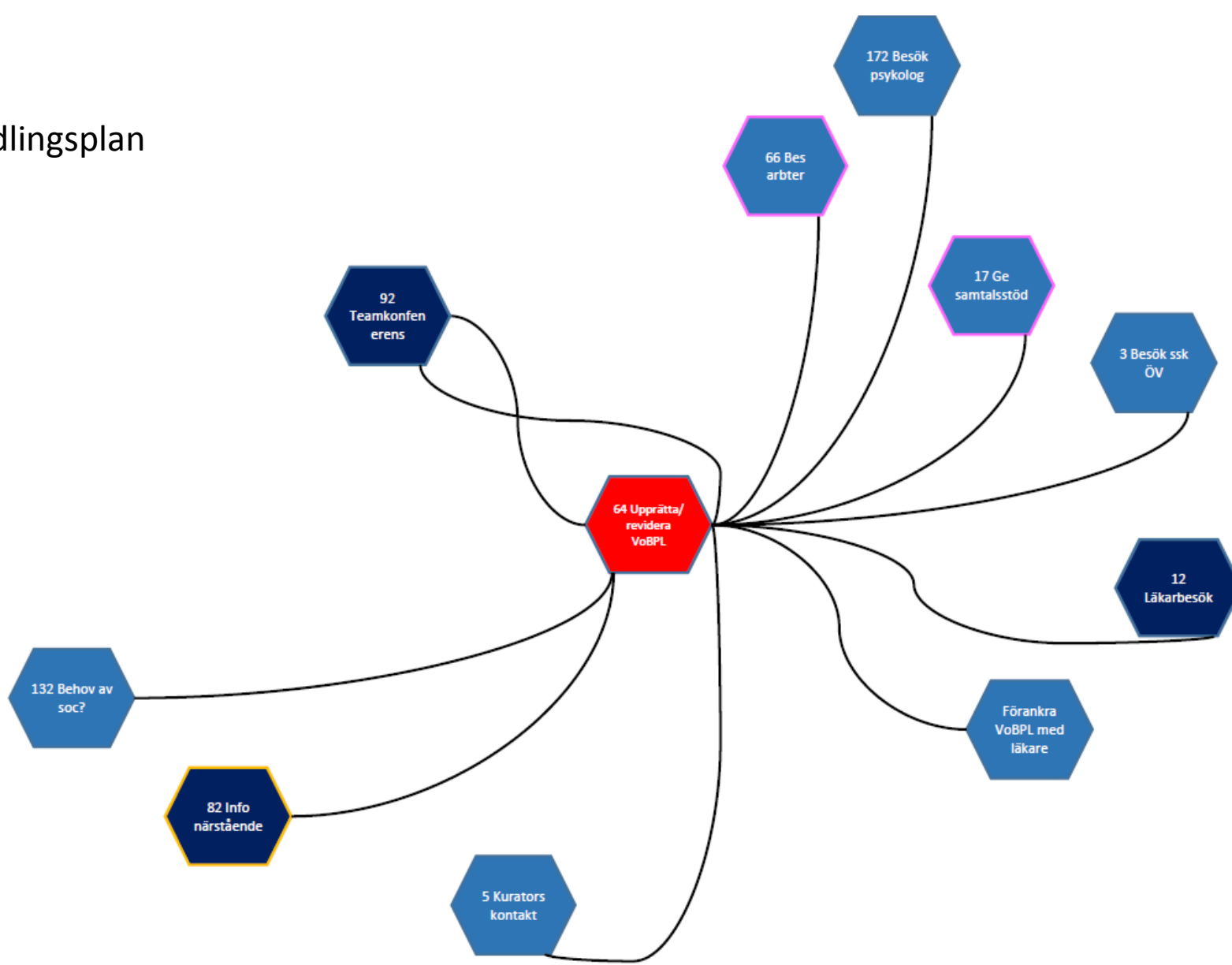
Upprätta/revidera vård- och behandlingsplan

- Görs i samband med eller efter teamkonferens
- Kan utföras som en del av kontakt/besök hos flera olika yrkesgrupper
- Ska alltid förankras med ansvarig läkare

Vård- och behandlingsplan



Vård- och behandlingsplan



Upprätta/revidera vård- och behandlingsplan – variabilitet ("högriskfunktion")

- Input
 - Otillräckligt underlag från teamkonferensen
 - Otillräcklig utredning
 - Otillräcklig information i remiss
 - Tidigare VPL saknas, är otillräcklig eller har inte eftersökts
 - Behov av att revidera VPL har inte penetrerats
- Output
 - VPL som behövs uteblir
 - VPL är ofullständig (saknar viktiga delar)
 - VPL är inte fullständigt reviderad i väsentliga delar
- Precondition
 - Tidigare gjord VPL inte kontrollerad
- Resources
 - Varierande kompetens och kunskap om ansvar för att VPL upprättas/revideras
 - Tidigare VPL inte tillgänglig eller helt inaktuell (ej reviderad på länge)
 - Patienten medverkar inte tillräckligt
 - Närstående medverkar inte
- Control
 - Rutin otydlig och ej känd för den som ansvarar för att upprätta/revidera VPL
- Time
 - Hög belastning på personal → VPL hinns inte med

Vad säger Lex Maria-utredningarna om funktionen VoBPlan?

- Det är vanligare att VoBPlan är bristfällig än att samordnad individuell Vplan saknas
- VoBPlan saknas ofta eller är bristfällig när den borde finnas
- Riktlinjerna är otydliga och ej väl kända om när, hur av vem/vilka en VoBPlan ska upprättas/revideras
- Otydligheter om vad som ska dokumenteras och hur

Vad bör göras?

- Optimering av funktionen upprätta/revidera VoBPlan där de olika aspekterna stärks genom att oönskad variabilitet minimeras
- Baserat på fördjupad aspektanalys
 - Den som redan är gjord inkl erfarenheter från de interna utredningarna



Instantieringar

- ”Händelsenalys” – fallscenario
- Förenklad version av modellen kan användas
- Modeller av domäner används som komplement



Instantiering: Man 30 år som suiciderat - bakgrund

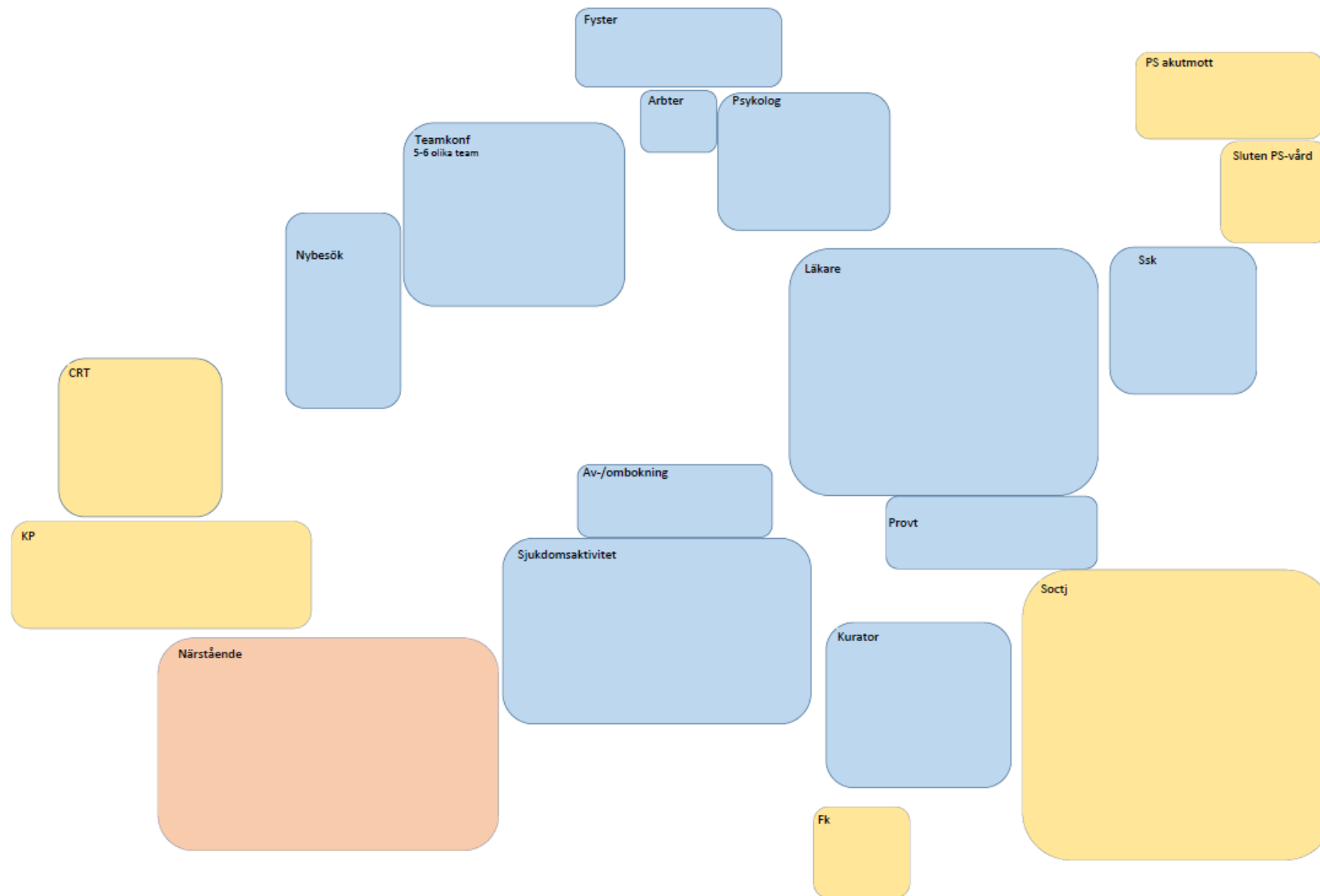
- Sambo
- Depressionsbesvär
- Social ångest
- Suicidförsök efter suicid i nära omgivning



Instantiering: Man 30 år som suiciderat – händelseförlopp i sammanfattning

- Dag 0: Remiss från psykolog
- Dag 35+50: Nybesök x2 hos psykolog
- Dag 55: Teamkonferens
- Dag 75: Läkarbesök → ordination av centralstimulerande
- Dag 80, 100, 145: Uppföljning tfn med läkare
- Dag 170: Tfn läkare → påbörja antidepress
- Dag 195: Plan tfn med läkare uteblir
- Dag 215: Pat funnen suiciderad

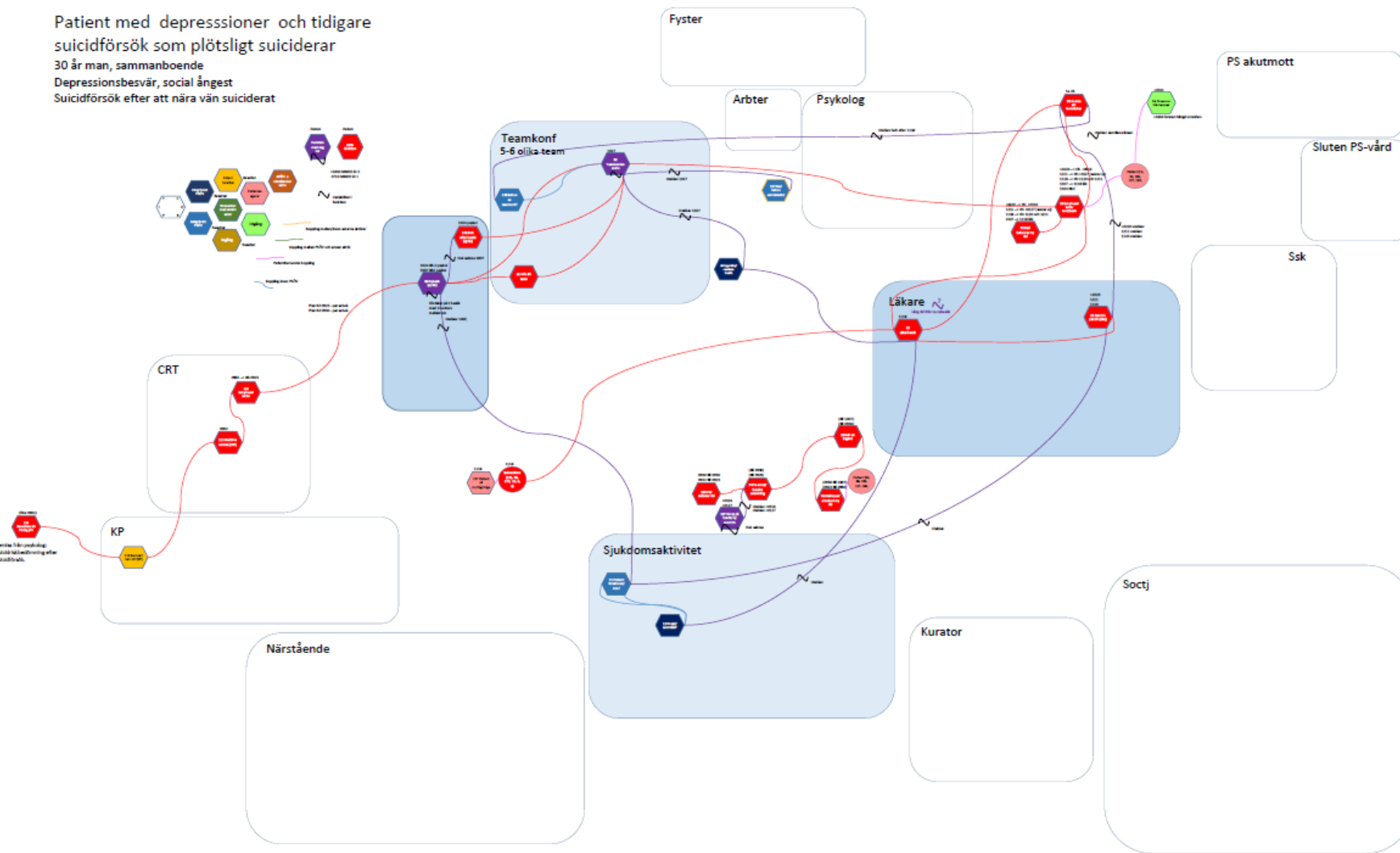
Angivna dagar är avrundad till närmaste 5-tal





Man 30

Patient med depressioner och tidigare
suicidförsök som plötsligt suiciderar
30 år man, sammanboende
Depressionsbesvär, social ångest
Suicidförsök efter att nära vän suiciderat



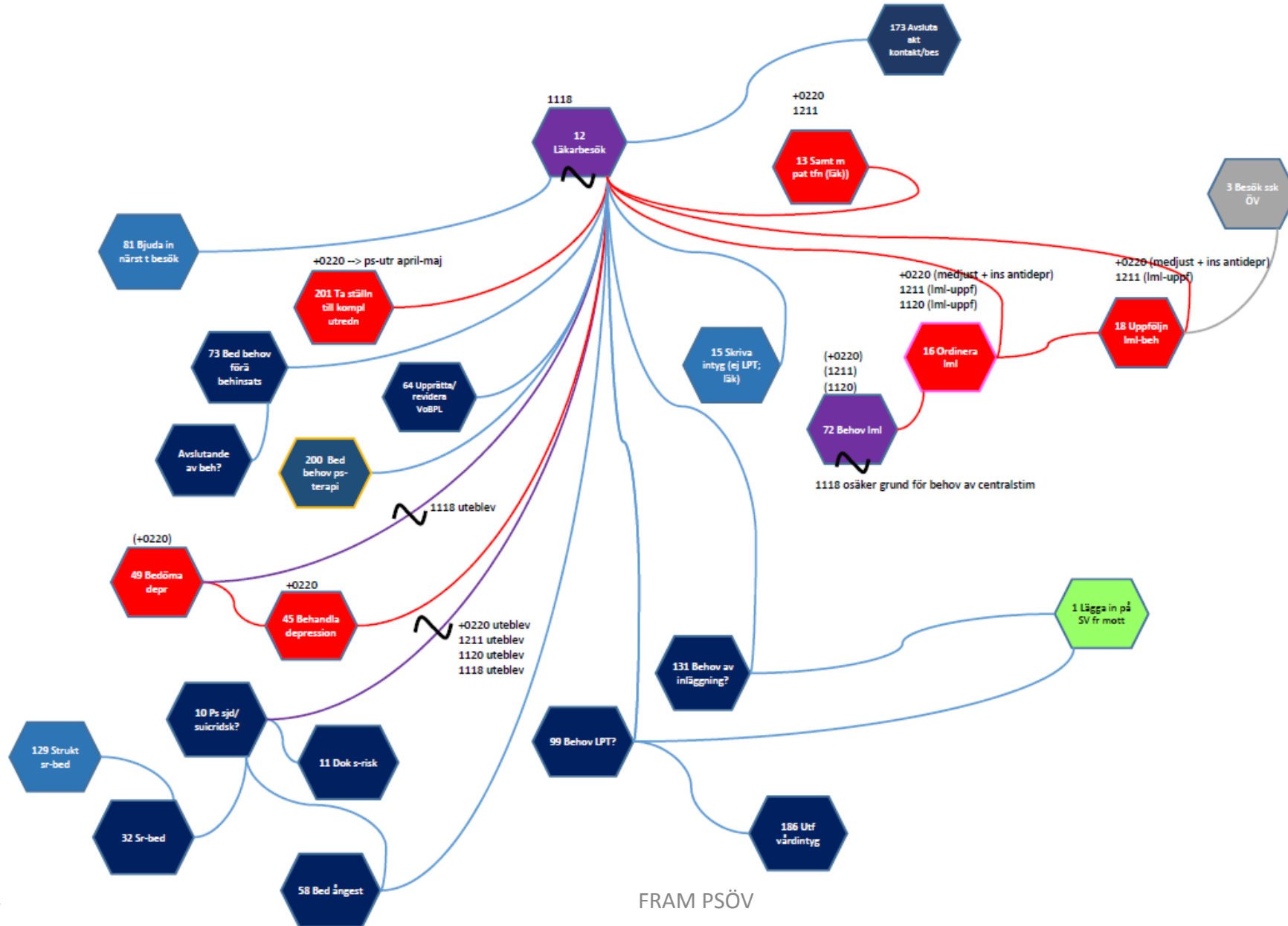


Man 30 - variabilitet

- Inga **suicidriskbedömningar** gjordes
- Första nybesöket dokumenterades inte
- Ingen upprepad **teamkonferens** efter den första (dag 55). Inga bedömningar av behov av förnyad teamkonferens.
- Ingen **VoBPlan** gjordes
- Behov av **samtalsstöd** bedömdes inte
- Inga initiativ till att göra **närstående** delaktiga
- Inga åtgärder vidtogs vid **utebliven telefonkontakt**
- Endast läkarkontakt – inga andra yrkesgrupper/-funktioner eller socialtjänst involverades

Läkarbesök (12)

Man 30





Man 30 - slutsatser

- Patienten suiciderade inom 1 år efter remiss till öppenvårdsmottagningen
- Flera viktiga funktioner genomfördes inte
- Inget "nät" fanns kring patienten
- Optimering av de funktioner som brister kan möjligen minska risken för liknande utfall

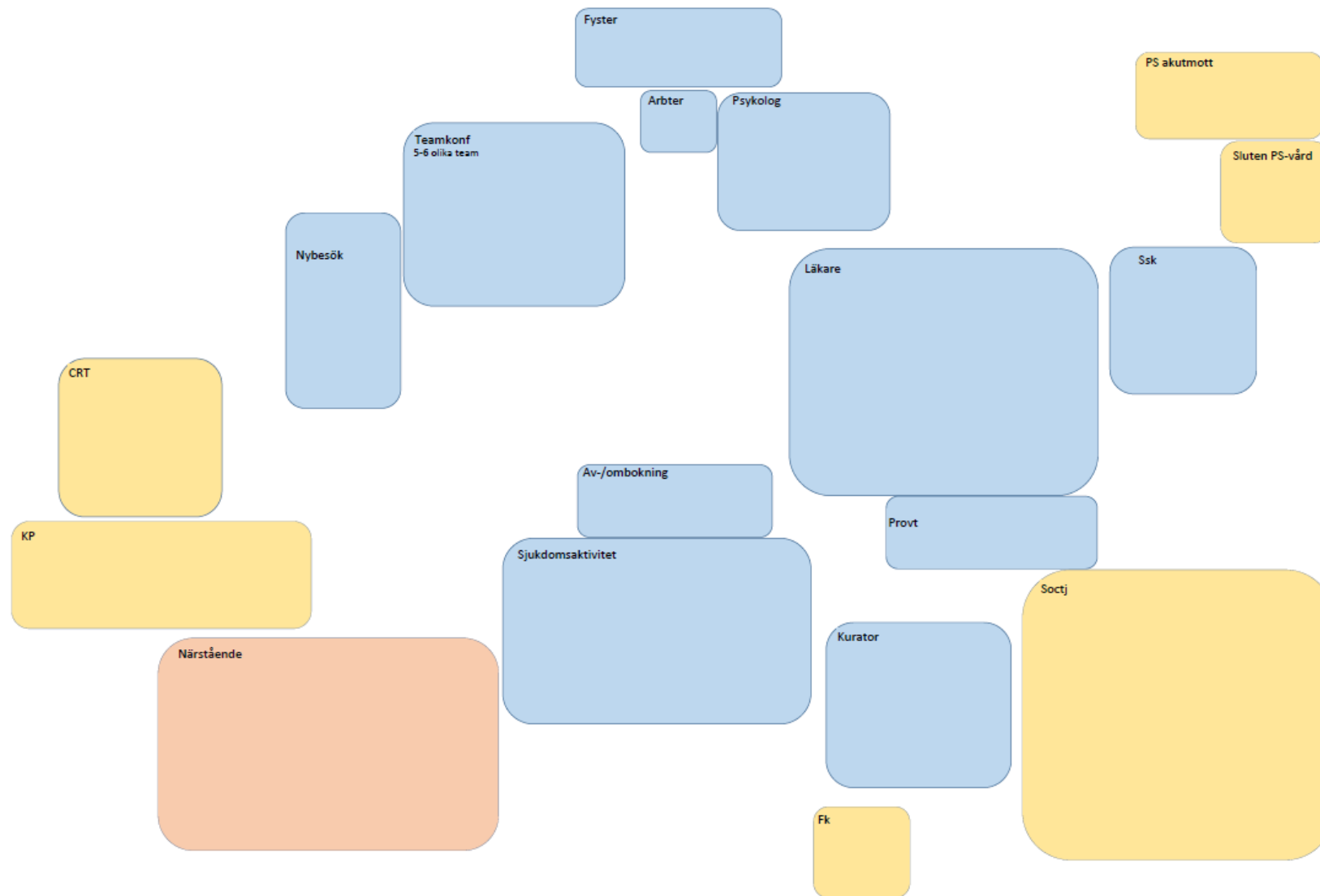


Instantiering: Kvinna 30 år som suiciderat - bakgrund

- Relation och närstående finns
- Tidigare kontakt med psykiatri
- Depressionsbesvär under flera år
- Självdestruktiva inslag

Instantiering: Kvinna 30 år som suiciderat - händelseförlopp i sammanfattning

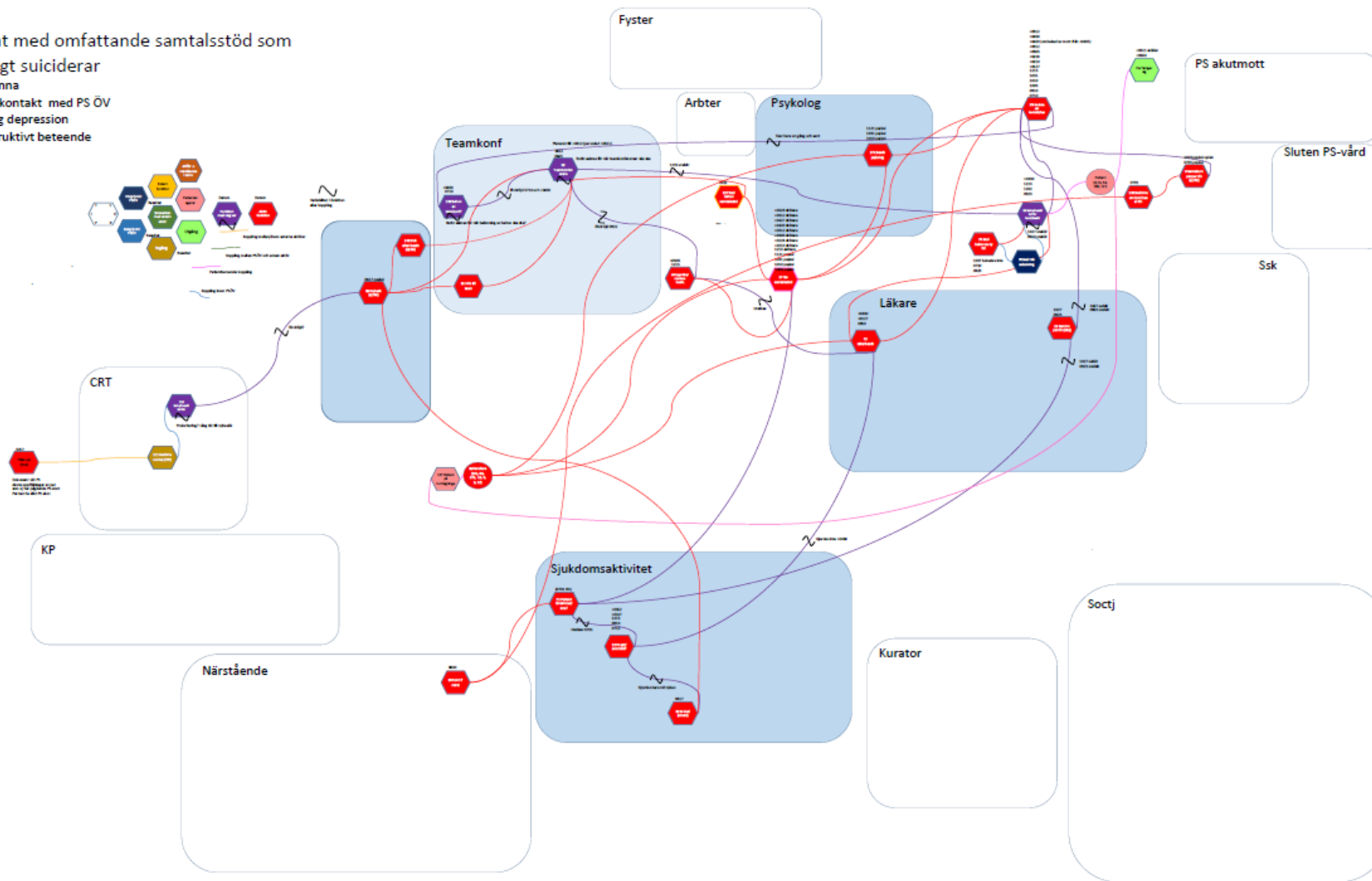
- Dag 0: Remiss från "Dok"-teamet
- Dag 120: Nybesök hos psykolog
- Dag 125: Teamkonferens
- Dag 145+205: Läkarbesök
- Dag 215: Teamkonferens
- Dag 230+235+255+275: Stödsamtal psykolog
- Dag 300: Stödsamtal skötare
- Dag 345: Läkarbesök
- Dag 360+375+380+390+425: Stödsamtal skötare
- Dag 435: Läkarbesök
- Dag 450+465: Stödsamtal skötare
- Dag 480: Teamkonferens – patient suiciderat





Kvinna 30

Patient med omfattande samtalsstöd som
plötsligt suiciderar
30 år kvinna
Tidigare kontakt med PS ÖV
Mångårig depression
Sjävdestruktivt beteende



Kvinna 30 -variabilitet

- **Teamkonferensen** används sällan och lång fördröjning inför sista konferensen (patienten hade hunnit suicidera) – varför?
- Vilket stöd har skötaren som ger **samtalsstöd** – inga teamkonferenser, 2 läkarbesök (gjordes avstämningar)?
- **Läkemedelseffekter** utvärderades inte systematiskt
- **Social och boendesituation** penetrerades inte
- Ingen **strukturerad suicidriskbedömning** efter nybesöket
- **Närstående** involverades inte

Kvinna 30 - slutsatser

- Patienten suiciderade inom 1,5 år efter remiss till öppenvården
- Flera viktiga funktioner genomfördes inte alls eller genomfördes inte strukturerat/systematiskt
- Inget "nät" fanns kring patienten
- Större användning av viktiga funktioner kan möjligen minska risken för liknande utfall

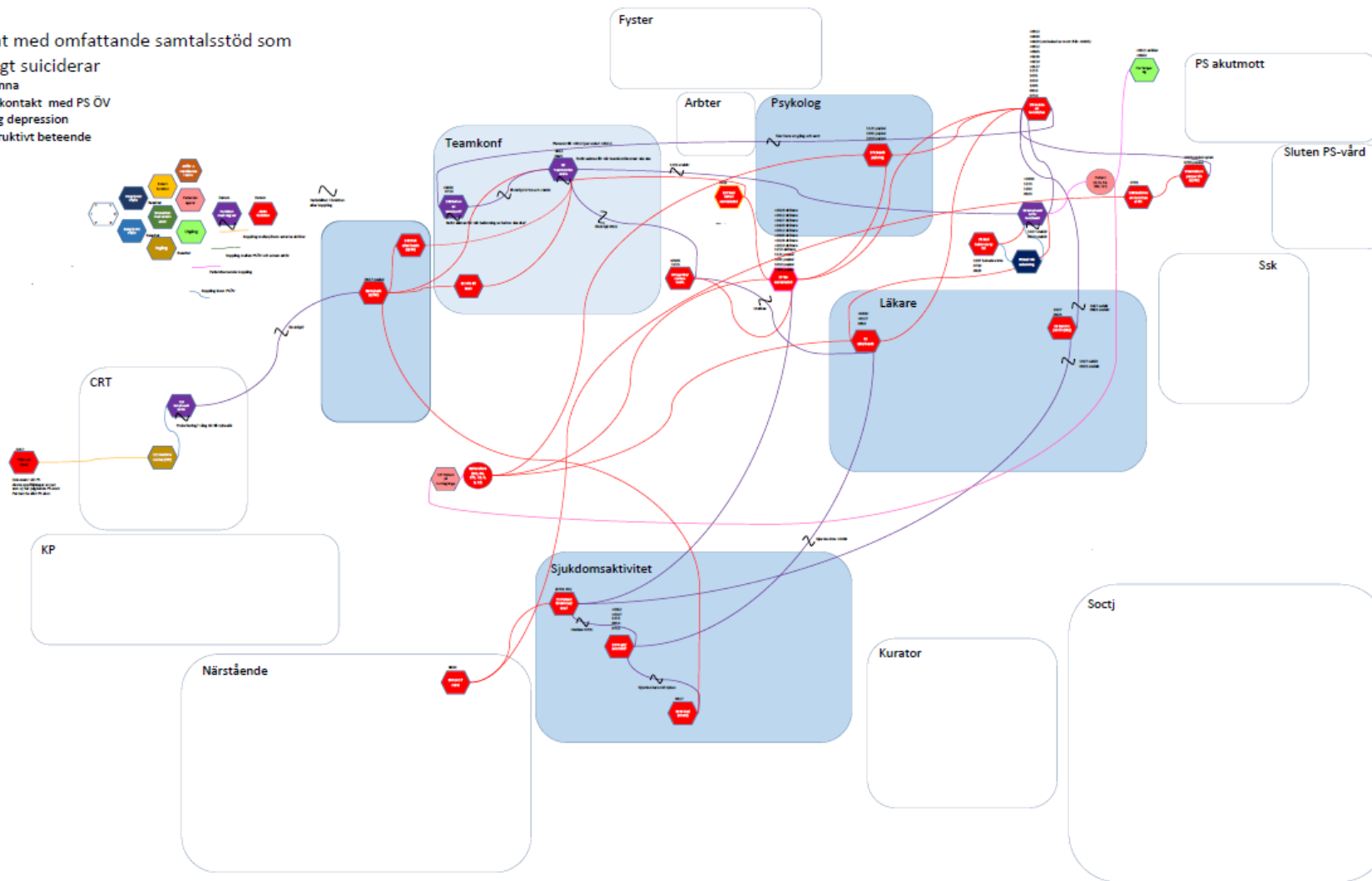


Jämförelser av instantieringarna



Kvinna 30

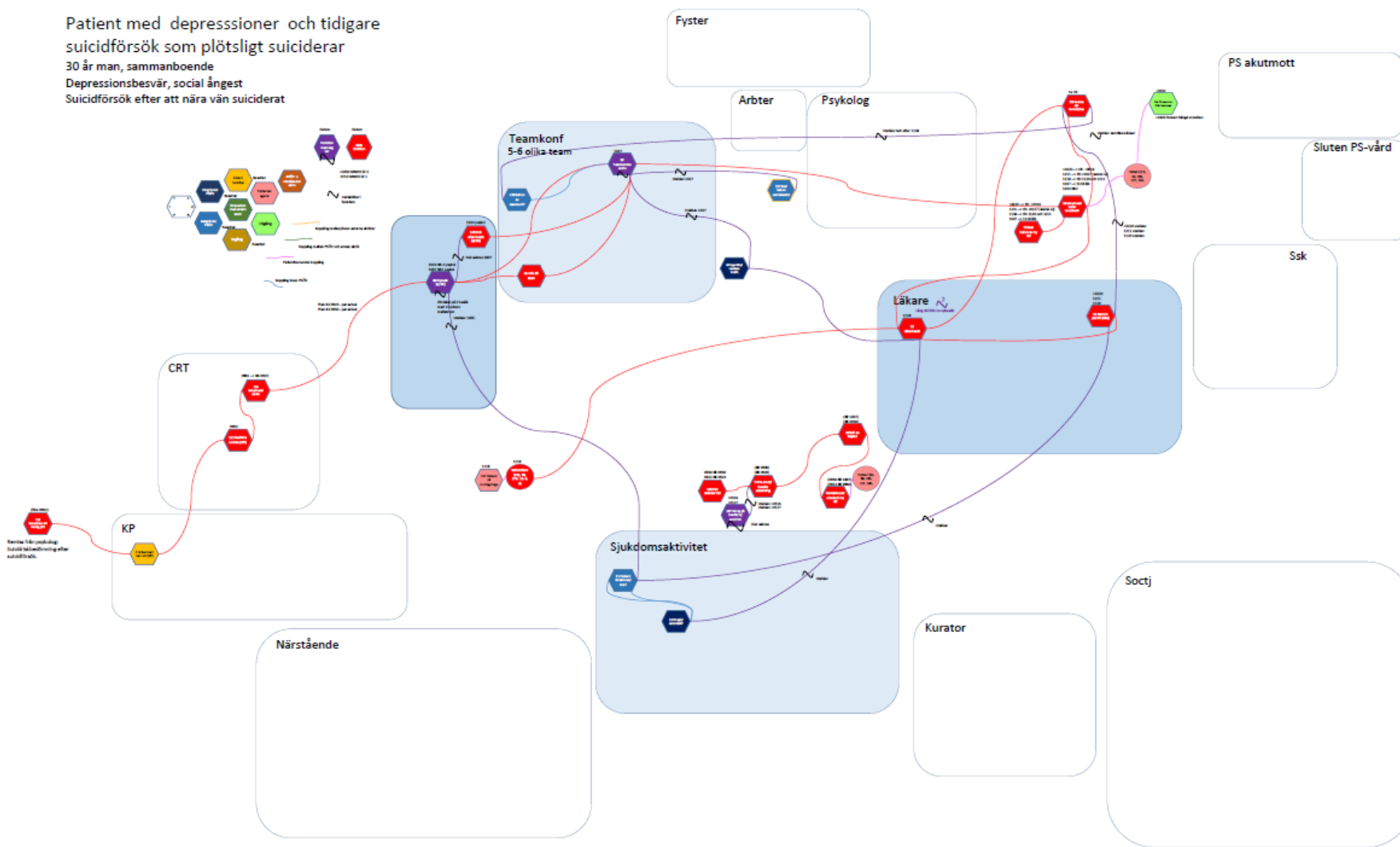
Patient med omfattande samtalsstöd som
plötsligt suiciderar
30 år kvinna
Tidigare kontakt med PS ÖV
Mångårig depression
Sjävdestruktivt beteende





Man 30

Patient med depressioner och tidigare
suicidförsök som plötsligt suiciderar
30 år man, sammanboende
Depressionsbesvär, social ångest
Suicidförsök efter att nära vän suiciderat



Funktioner som ofta påvisas med brister i interna utredningar (bl a Händelseanalyser/RCA)

- Suicidriskbedömning
 - Strukturerad suicidriskbedömning
 - Bedöma suicidriskfaktorer
 - Upprätta vårdplan
 - Upprätta samordnad vårdplan
 - Göra närstående delaktiga
-
- Är belysningen av funktioner i händelseanalyser systematisk? Vilka funktioner borde belysas?

Funktioner av särskild betydelse

- Bedöma remiss
- Boka nybesök
- Nybesöksutredning
- Teamkonferens
- Bedöma behov av teamkonferens
- Fast vårdkontakt
- **Vårdplan**
- **Samordnad vårdplan**
- Samtalsstöd
- Uppföljning av läkemedelsbehandling
- **Suicidriskbedömning**
- **Strukturerad suicidriskbedömning**
- Bedöma försämring/kris
- Bedöma social situation
- Samverka med socialtjänst
- Ta emot kontakt från patient, socialtjänst, närstående, kontaktpunkten
- **Informera (involvera) närstående**
- Avsluta aktuell kontakt/besök
- Ta emot/bevaka avbokning/utebliven kontakt

FRAM och de interna utredningarna kompletterar varandra

- Med utgångspunkt från en FRAM-modell kan de delar som ska ingå i en analys av suicid mer konsekvent belysas (funktioner glöms inte)
- RCA innefattar en orsaksanalys i det enskilda fallet om varför en viss funktion brustit
- Fördjupad aspektanalys av en funktion där brister ofta framkommer i utredningar eller som uppfattas som suboptimerad kan baseras på en kombination av fakta från RCA och "brain-storming" och fungerar då i praktiken som en riskanalys av funktionen
- Liknande analys av flera funktioner i ett system, d v s med en modell, innebär i praktiken en riskanalys av en viss process

Orsaksområden i RCA och motsvarighet i FRAM

- Rutiner/riktlinjer – Control
- Personal - Resources
- Utbildning/Kompetens – Control, Resources
- Omgivning – Time, Resources
- Organisation – Control, Precondition
- Utrustning - Resources
- Tillgänglighet och kontinuitet – Resources, Kopplingar mellan funktioner
- Samverkan och kommunikation – Kopplingar mellan funktioner



Många funktioner behöver sannolikt optimeras

- Funktionerna som sådana behöver optimeras så att deras variabilitet minskar och precisionen ökar – de levererar rätt saker i rätt tid
- Kopplingarna mellan funktionerna behöver stärkas – tydlig kommunikation av rätt saker och i tid
- Är tiderna för när funktionerna startar efter att signal kommit acceptabla?
- Kvalitetsmarkörer
 - Särskilda funktioner
 - Kvaliteten i utfallet
 - Tidsförlopp mellan funktioner och inom funktionen



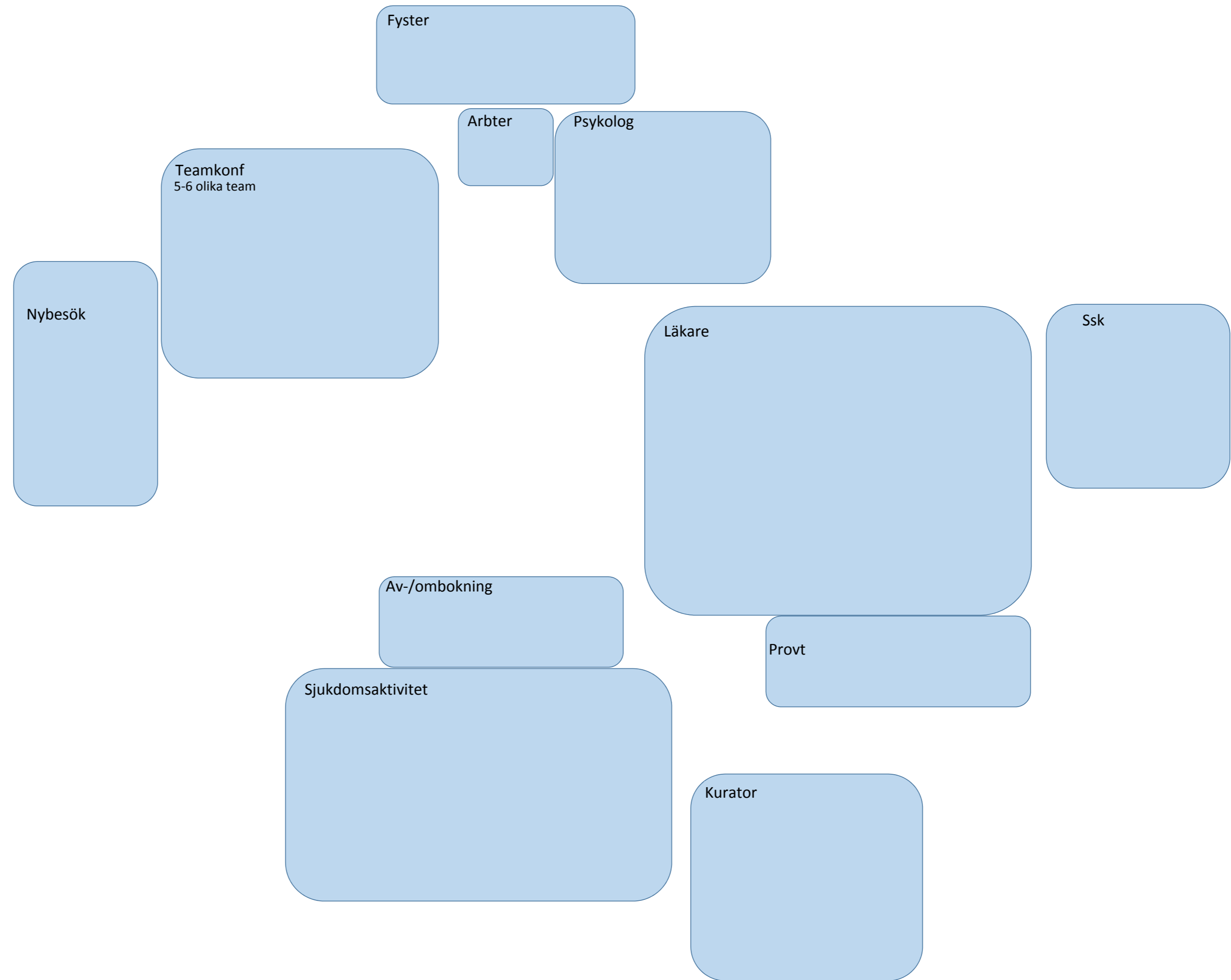
Jobba på flera fronter samtidigt

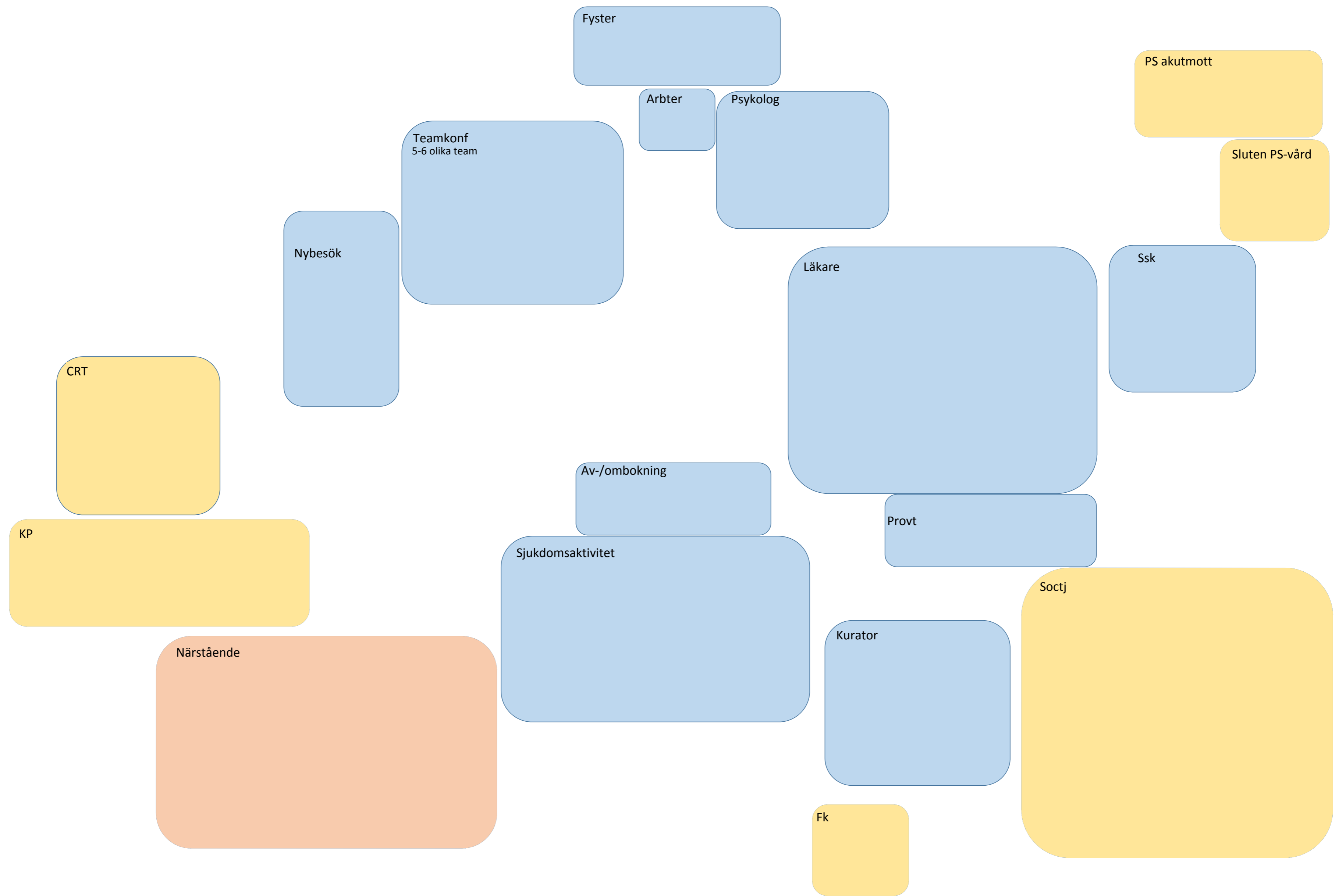
- Nyckelfunktioner kan optimeras parallellt
- Olika grupper kan arbeta med var sin funktion
- ”Mikro-FRAM”
- PDSA är tillämpligt
 - På enskild funktionsnivå där utfallet av funktionen utgör indikator – kan göras kortsiktigt
 - På systemnivå där utfallet av hela systemet utgör indikator - långsiktigt

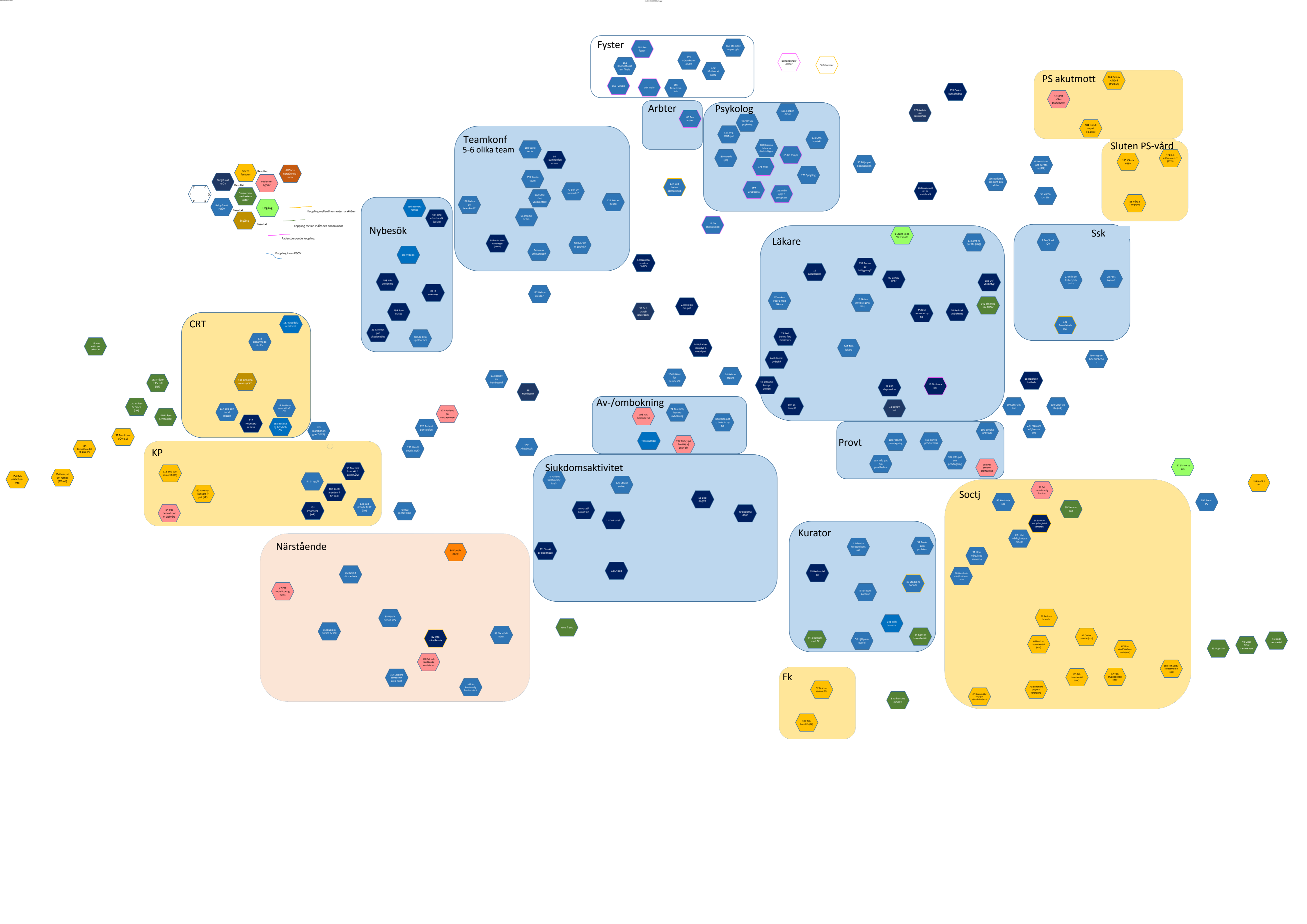


Vad göra?

- Fördjupade analyser av fler funktioner
- Parallella funktionsoptimeringar
 - Kompetens och ansvar
 - Rutiner/riktlinjer
 - Kommunikation/samverkan mellan funktioner och förkorta tider mellan funktioner
- Fortsatta instantieringar för att urskilja mönster i modellen
 - Följa patienter under det första året efter inskrivning
 - Patienter som suiciderat
 - Patienter som inte suiciderat
 - Utfallsmått förslag: andel patienter som suiciderat under de första 18 månaderna efter inskrivning på årsbas







Fyster

- 141 Ben fyster
- 142 Krossfäst i en fissa
- 143 Skrapa
- 144 Inuti
- 145 Förstärkt vinda
- 146 Metallställda
- 147 Metallställda
- 148 Tillsatt på ryggen
- 149 Plastvåra i hals

Arbter

- 149 Ben aktör

Psykolog

- 171 Förstärkt
- 172 Breda
- 173 Sitt
- 174 Sitt
- 175 Sitt
- 176 Sitt
- 177 Sitt
- 178 Sitt
- 179 Sitt

Teamkonf 5-6 olika team

- 150 Sitt
- 151 Sitt
- 152 Sitt
- 153 Sitt
- 154 Sitt
- 155 Sitt
- 156 Sitt
- 157 Sitt
- 158 Sitt
- 159 Sitt
- 160 Sitt

Nybesök

- 161 Nybesök
- 162 Nybesök
- 163 Nybesök
- 164 Nybesök
- 165 Nybesök
- 166 Nybesök
- 167 Nybesök
- 168 Nybesök
- 169 Nybesök
- 170 Nybesök

CRT

- 171 CRT
- 172 CRT
- 173 CRT
- 174 CRT
- 175 CRT
- 176 CRT
- 177 CRT
- 178 CRT
- 179 CRT
- 180 CRT

KP

- 181 KP
- 182 KP
- 183 KP
- 184 KP
- 185 KP
- 186 KP
- 187 KP
- 188 KP
- 189 KP
- 190 KP

Närstående

- 191 Närstående
- 192 Närstående
- 193 Närstående
- 194 Närstående
- 195 Närstående
- 196 Närstående
- 197 Närstående
- 198 Närstående
- 199 Närstående
- 200 Närstående

Av-/ombokning

- 201 Av-/ombokning
- 202 Av-/ombokning
- 203 Av-/ombokning
- 204 Av-/ombokning
- 205 Av-/ombokning

Sjukdomsaktivitet

- 206 Sjukdomsaktivitet
- 207 Sjukdomsaktivitet
- 208 Sjukdomsaktivitet
- 209 Sjukdomsaktivitet
- 210 Sjukdomsaktivitet

Läkare

- 211 Läkare
- 212 Läkare
- 213 Läkare
- 214 Läkare
- 215 Läkare
- 216 Läkare
- 217 Läkare
- 218 Läkare
- 219 Läkare
- 220 Läkare

Provt

- 221 Provt
- 222 Provt
- 223 Provt
- 224 Provt
- 225 Provt
- 226 Provt
- 227 Provt
- 228 Provt
- 229 Provt
- 230 Provt

Kurator

- 231 Kurator
- 232 Kurator
- 233 Kurator
- 234 Kurator
- 235 Kurator
- 236 Kurator
- 237 Kurator
- 238 Kurator
- 239 Kurator
- 240 Kurator

Fk

- 241 Fk
- 242 Fk

PS akutmott

- 243 PS akutmott
- 244 PS akutmott
- 245 PS akutmott
- 246 PS akutmott

Sluten PS-vård

- 247 Sluten PS-vård
- 248 Sluten PS-vård
- 249 Sluten PS-vård

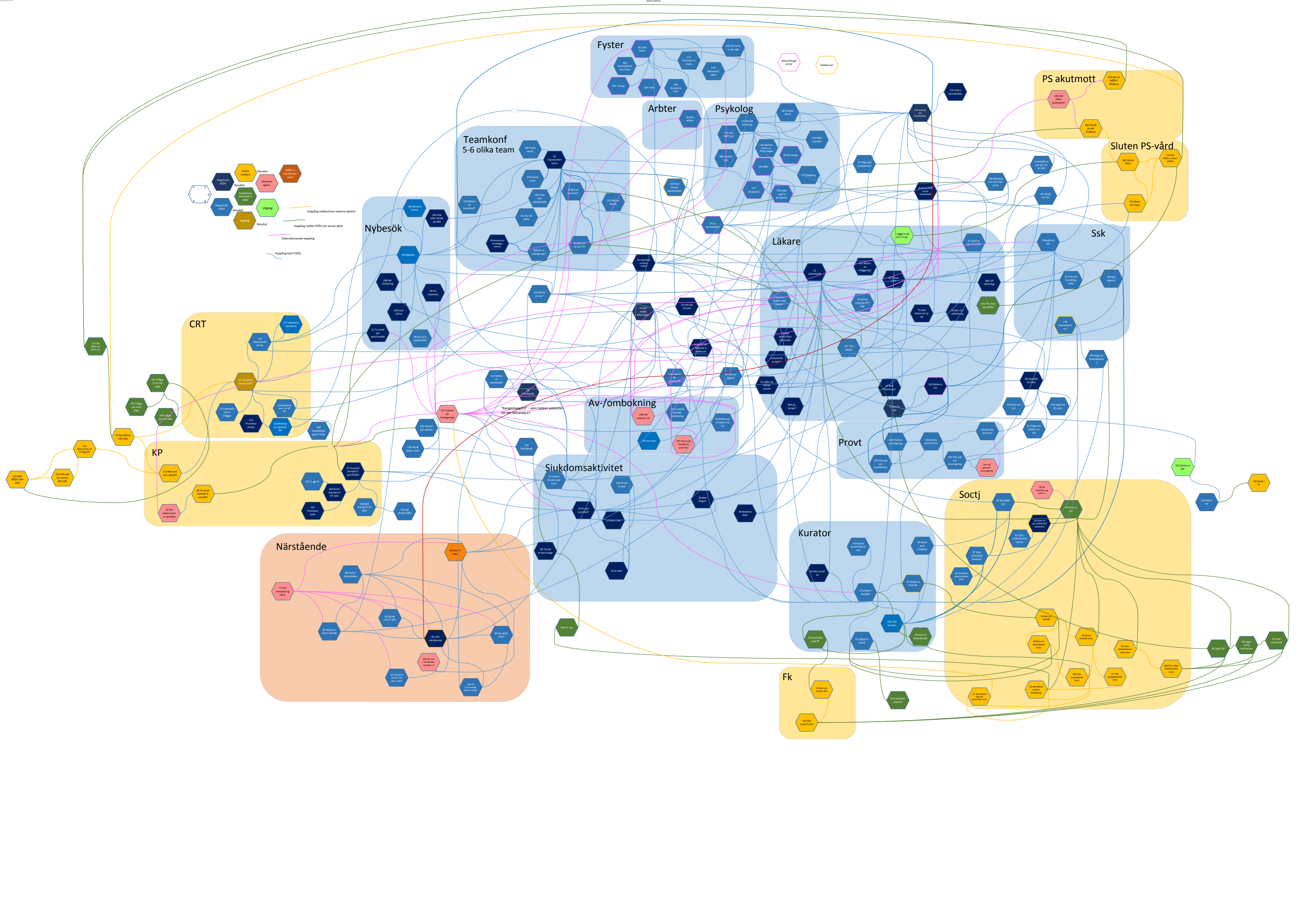
Ssk

- 250 Ssk
- 251 Ssk
- 252 Ssk
- 253 Ssk
- 254 Ssk
- 255 Ssk
- 256 Ssk
- 257 Ssk
- 258 Ssk
- 259 Ssk
- 260 Ssk

Soctj

- 261 Soctj
- 262 Soctj
- 263 Soctj
- 264 Soctj
- 265 Soctj
- 266 Soctj
- 267 Soctj
- 268 Soctj
- 269 Soctj
- 270 Soctj
- 271 Soctj
- 272 Soctj
- 273 Soctj
- 274 Soctj
- 275 Soctj
- 276 Soctj
- 277 Soctj
- 278 Soctj
- 279 Soctj
- 280 Soctj





Fyter

- 141 Ben fyter
- 142 Kompletterat av Fyter
- 143 Skript
- 144 Inläs
- 145 Förhandsvård
- 146 Medicin/ läsa
- 147 Medicin/ läsa
- 148 Förhandsvård
- 149 Medicin/ läsa
- 150 Medicin/ läsa

Arbter

- 161 Arbter
- 162 Arbter
- 163 Arbter
- 164 Arbter
- 165 Arbter
- 166 Arbter
- 167 Arbter
- 168 Arbter
- 169 Arbter
- 170 Arbter

Psykolog

- 171 Psykolog
- 172 Psykolog
- 173 Psykolog
- 174 Psykolog
- 175 Psykolog
- 176 Psykolog
- 177 Psykolog
- 178 Psykolog
- 179 Psykolog
- 180 Psykolog

Teamkonf 5-6 olika team

- 181 Teamkonf
- 182 Teamkonf
- 183 Teamkonf
- 184 Teamkonf
- 185 Teamkonf
- 186 Teamkonf
- 187 Teamkonf
- 188 Teamkonf
- 189 Teamkonf
- 190 Teamkonf

Nybesök

- 191 Nybesök
- 192 Nybesök
- 193 Nybesök
- 194 Nybesök
- 195 Nybesök
- 196 Nybesök
- 197 Nybesök
- 198 Nybesök
- 199 Nybesök
- 200 Nybesök

Läkare

- 201 Läkare
- 202 Läkare
- 203 Läkare
- 204 Läkare
- 205 Läkare
- 206 Läkare
- 207 Läkare
- 208 Läkare
- 209 Läkare
- 210 Läkare

Ssk

- 211 Ssk
- 212 Ssk
- 213 Ssk
- 214 Ssk
- 215 Ssk
- 216 Ssk
- 217 Ssk
- 218 Ssk
- 219 Ssk
- 220 Ssk

Av/ombokning

- 221 Av/ombokning
- 222 Av/ombokning
- 223 Av/ombokning
- 224 Av/ombokning
- 225 Av/ombokning
- 226 Av/ombokning
- 227 Av/ombokning
- 228 Av/ombokning
- 229 Av/ombokning
- 230 Av/ombokning

Sjukdomsaktivitet

- 231 Sjukdomsaktivitet
- 232 Sjukdomsaktivitet
- 233 Sjukdomsaktivitet
- 234 Sjukdomsaktivitet
- 235 Sjukdomsaktivitet
- 236 Sjukdomsaktivitet
- 237 Sjukdomsaktivitet
- 238 Sjukdomsaktivitet
- 239 Sjukdomsaktivitet
- 240 Sjukdomsaktivitet

Provt

- 241 Provt
- 242 Provt
- 243 Provt
- 244 Provt
- 245 Provt
- 246 Provt
- 247 Provt
- 248 Provt
- 249 Provt
- 250 Provt

Kurator

- 251 Kurator
- 252 Kurator
- 253 Kurator
- 254 Kurator
- 255 Kurator
- 256 Kurator
- 257 Kurator
- 258 Kurator
- 259 Kurator
- 260 Kurator

Soctj

- 261 Soctj
- 262 Soctj
- 263 Soctj
- 264 Soctj
- 265 Soctj
- 266 Soctj
- 267 Soctj
- 268 Soctj
- 269 Soctj
- 270 Soctj

PS akutmott

- 271 PS akutmott
- 272 PS akutmott
- 273 PS akutmott
- 274 PS akutmott
- 275 PS akutmott
- 276 PS akutmott
- 277 PS akutmott
- 278 PS akutmott
- 279 PS akutmott
- 280 PS akutmott

Slutn PS-vård

- 281 Slutn PS-vård
- 282 Slutn PS-vård
- 283 Slutn PS-vård
- 284 Slutn PS-vård
- 285 Slutn PS-vård
- 286 Slutn PS-vård
- 287 Slutn PS-vård
- 288 Slutn PS-vård
- 289 Slutn PS-vård
- 290 Slutn PS-vård

CRT

- 291 CRT
- 292 CRT
- 293 CRT
- 294 CRT
- 295 CRT
- 296 CRT
- 297 CRT
- 298 CRT
- 299 CRT
- 300 CRT

KP

- 301 KP
- 302 KP
- 303 KP
- 304 KP
- 305 KP
- 306 KP
- 307 KP
- 308 KP
- 309 KP
- 310 KP

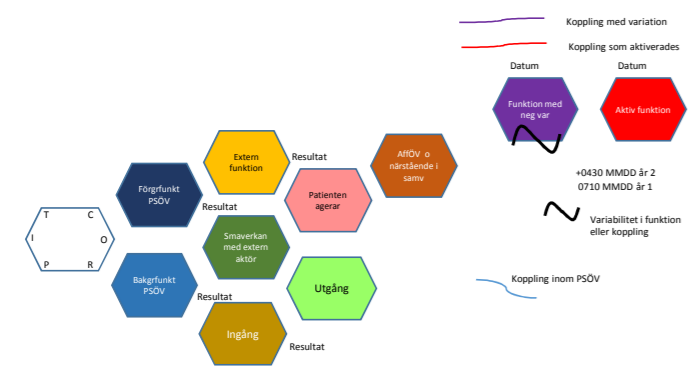
Närstående

- 311 Närstående
- 312 Närstående
- 313 Närstående
- 314 Närstående
- 315 Närstående
- 316 Närstående
- 317 Närstående
- 318 Närstående
- 319 Närstående
- 320 Närstående

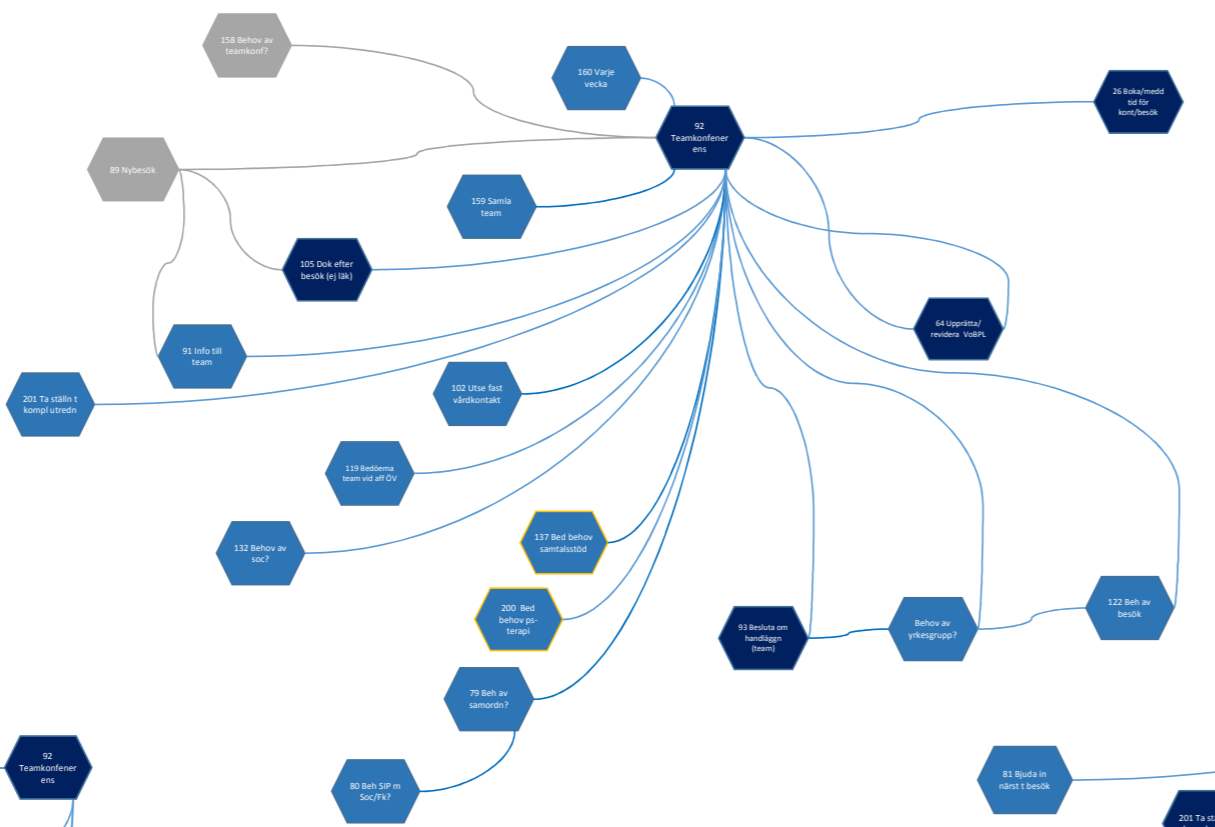
Fk

- 321 Fk
- 322 Fk
- 323 Fk
- 324 Fk
- 325 Fk
- 326 Fk
- 327 Fk
- 328 Fk
- 329 Fk
- 330 Fk

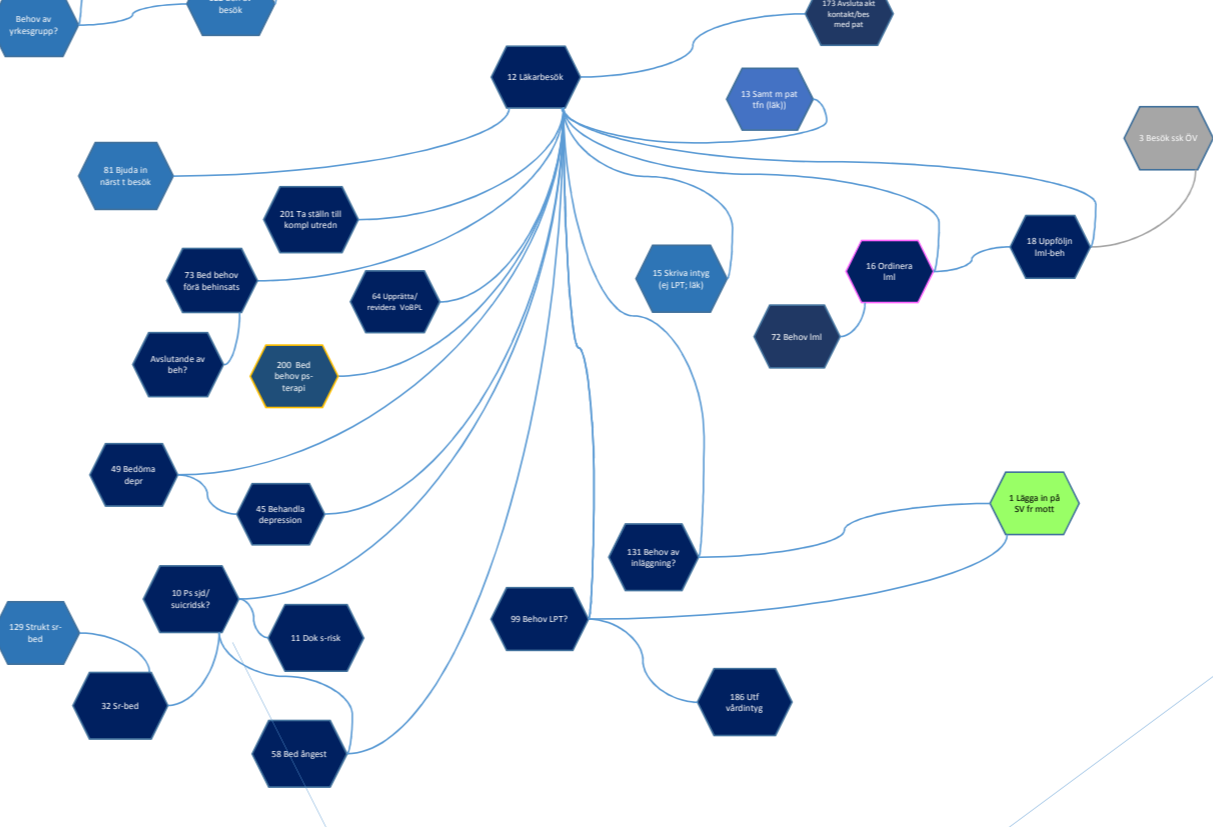




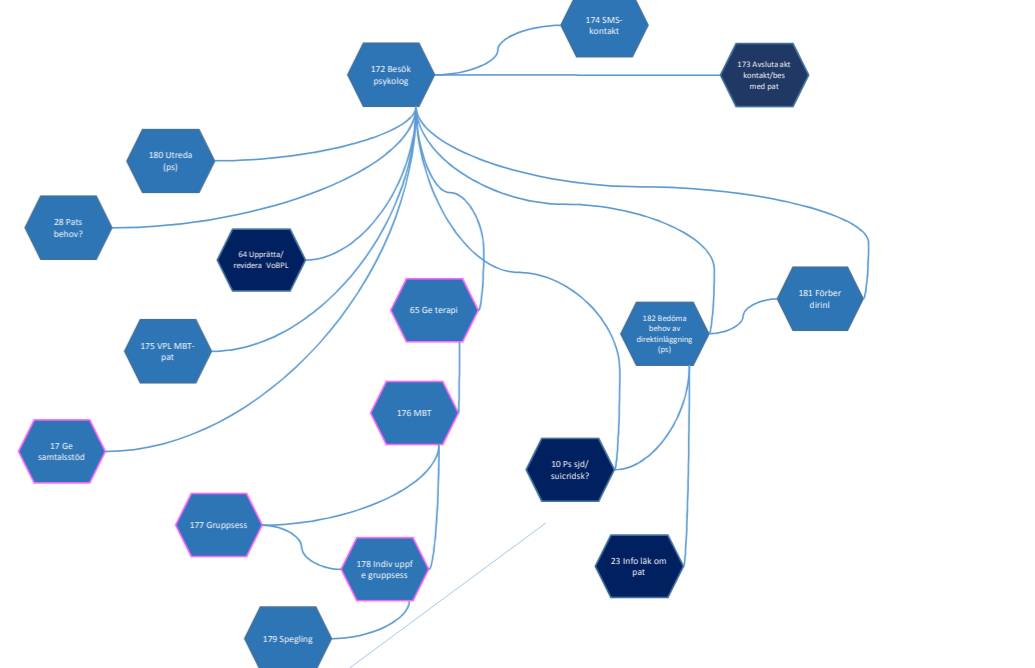
Teamkonf (92)



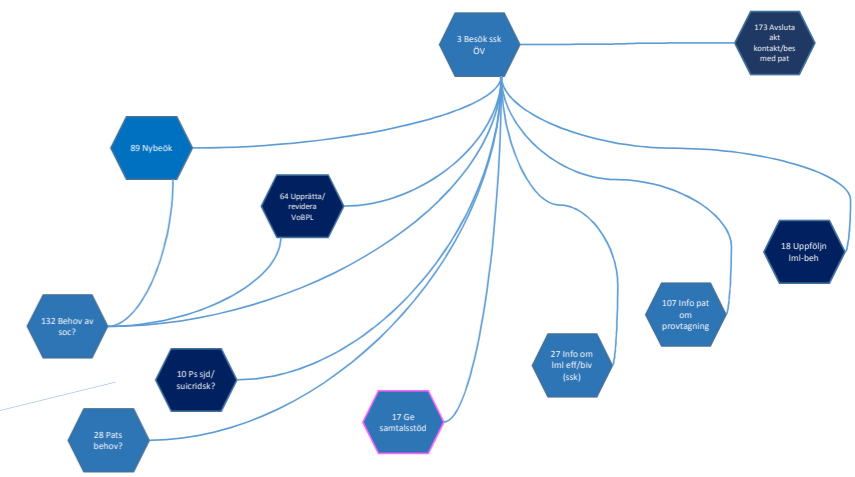
Läkarbesök (12)



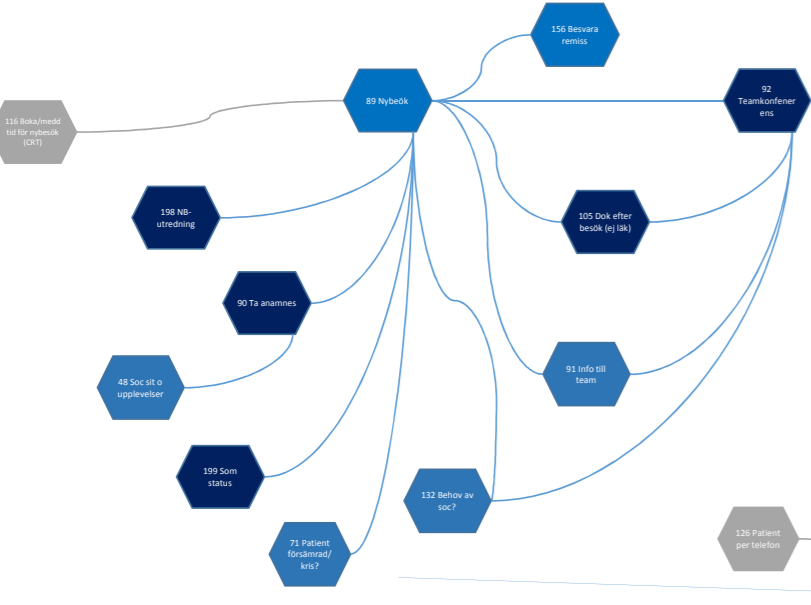
Psykologbesök (172)



Ssk-besök (3)



Nybesök (89)



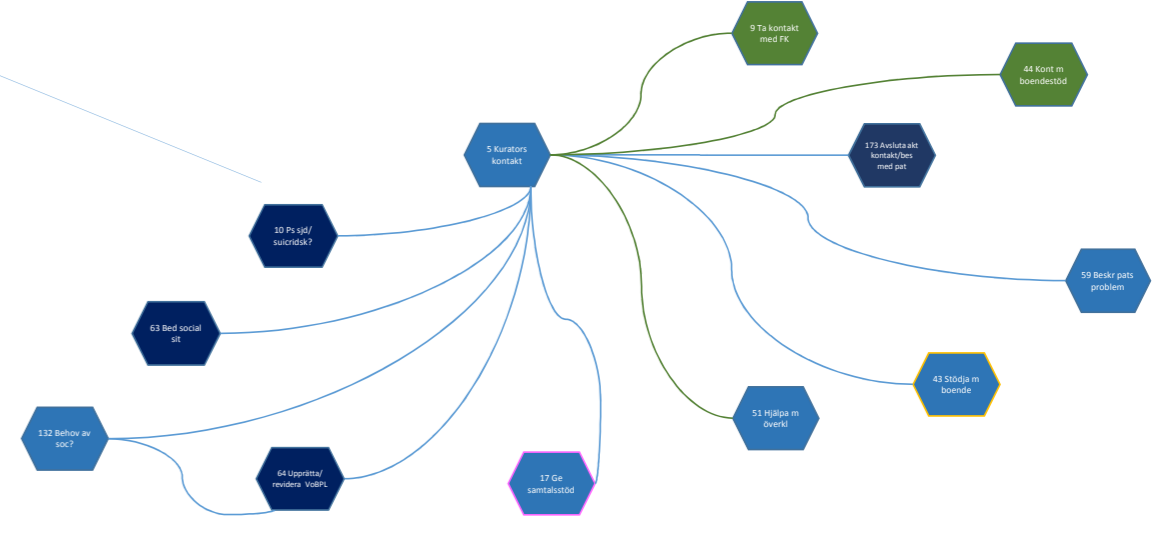
Krisbedömning (71)



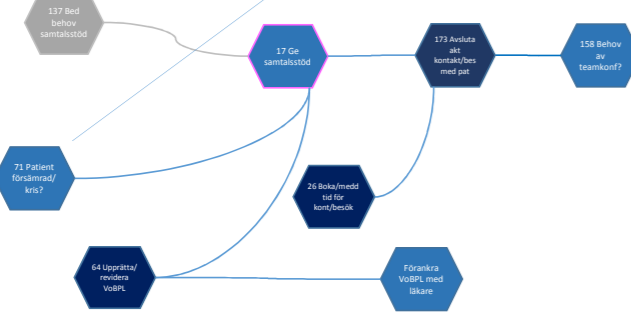
Bedömning suicidrisk (10)



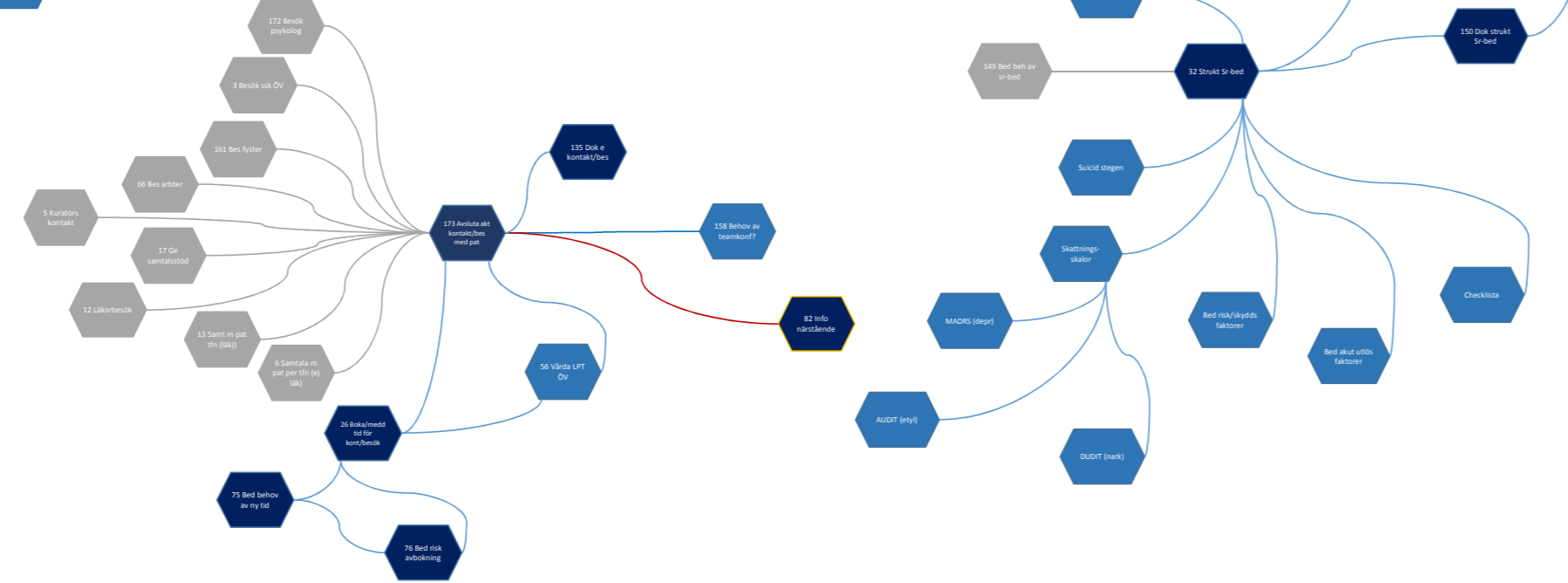
Kuratorskontakt (5)

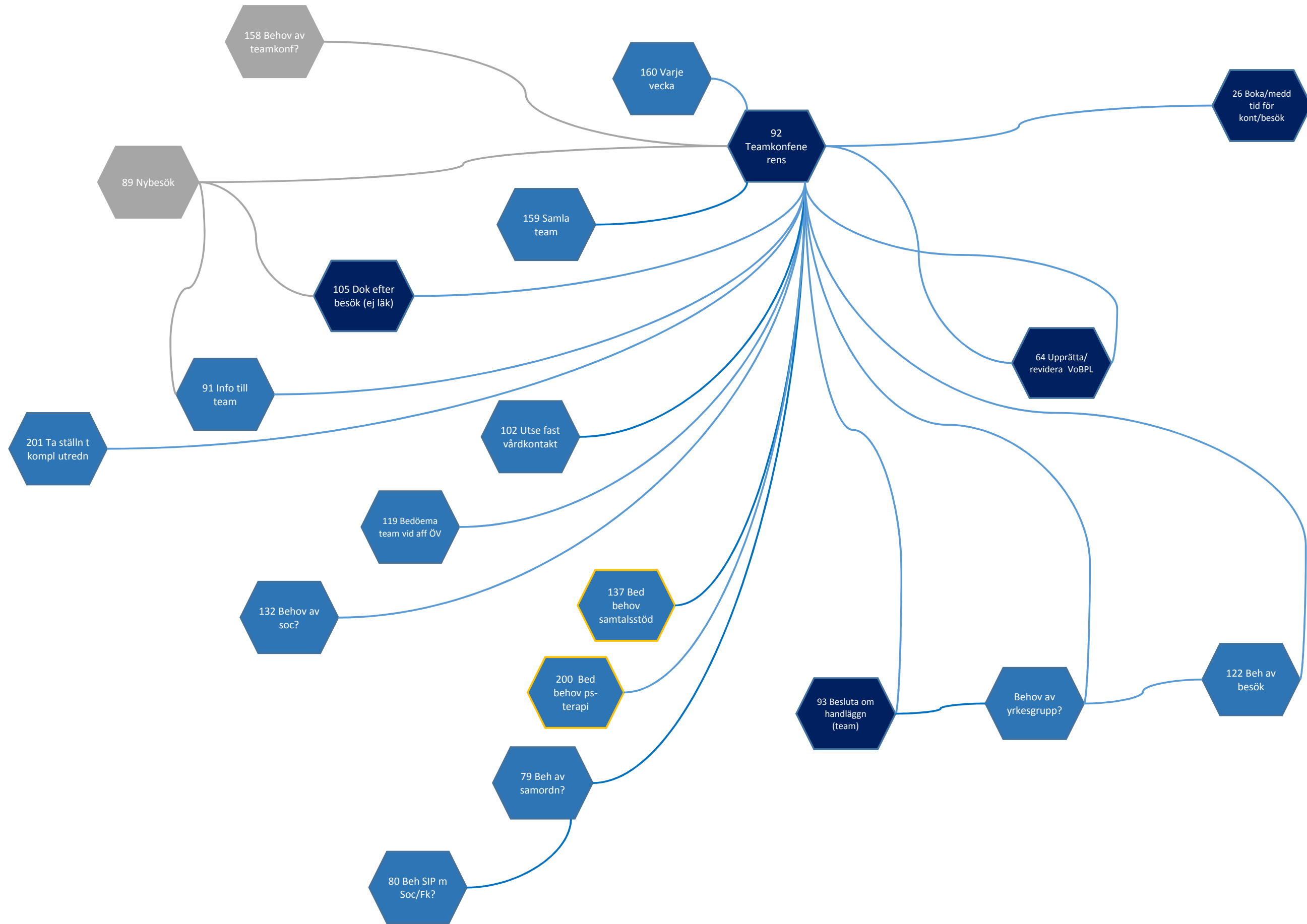


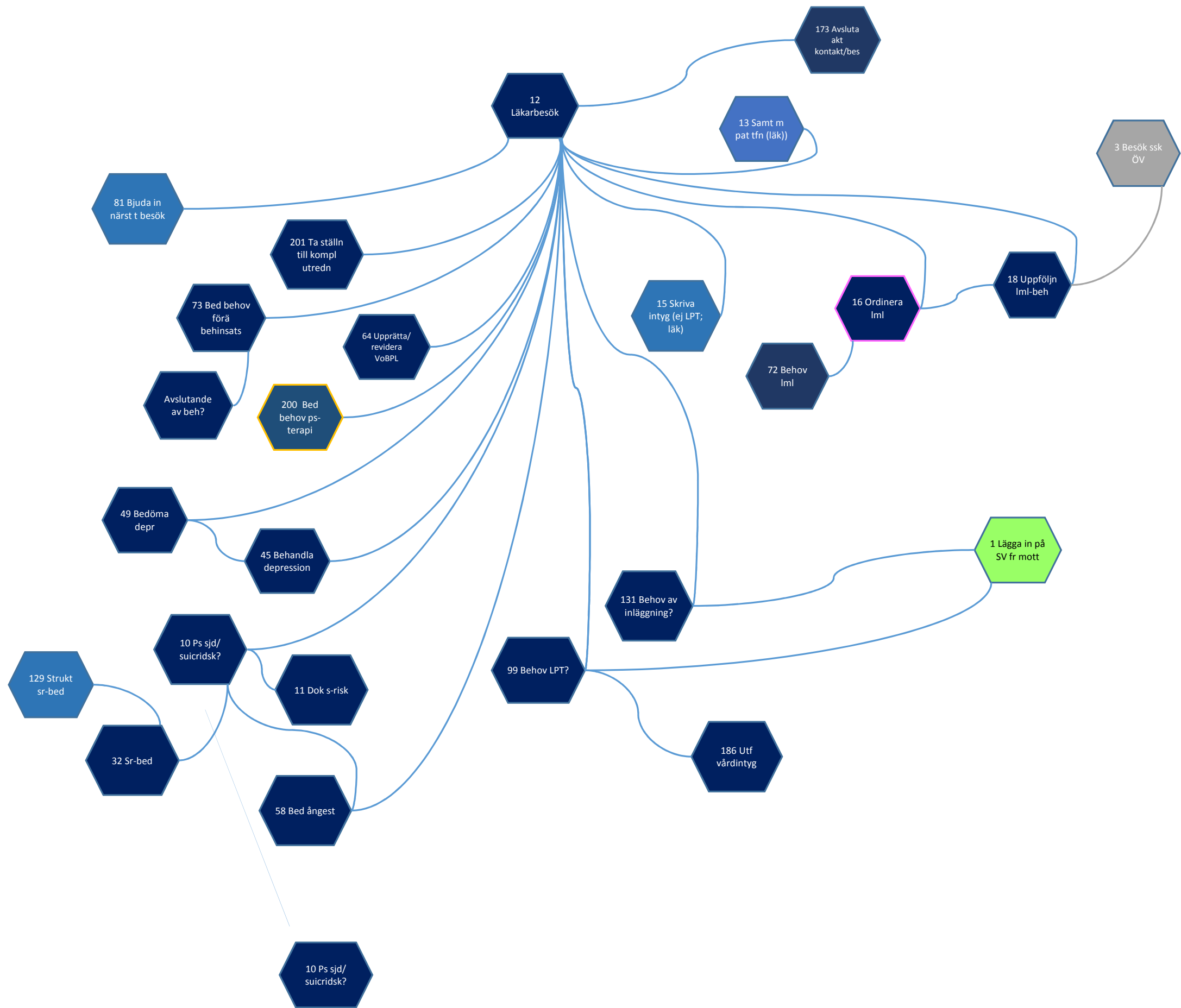
Samtalsstöd (17)

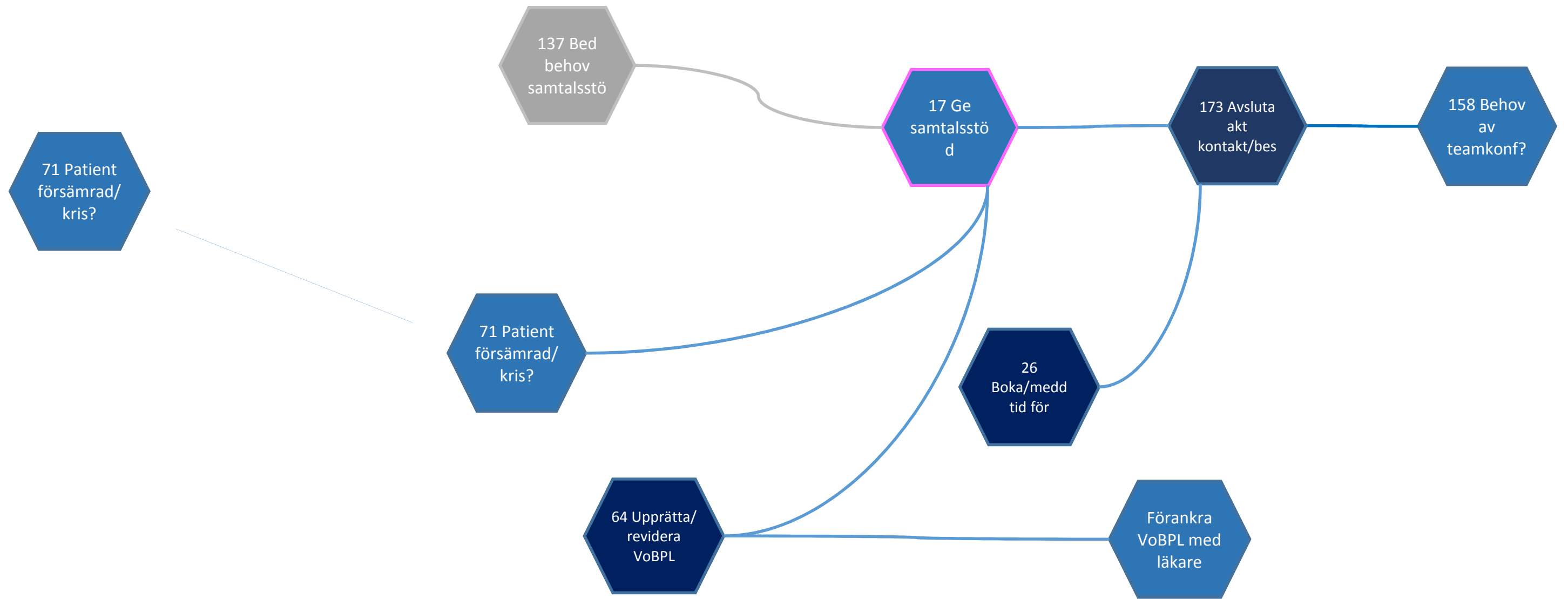


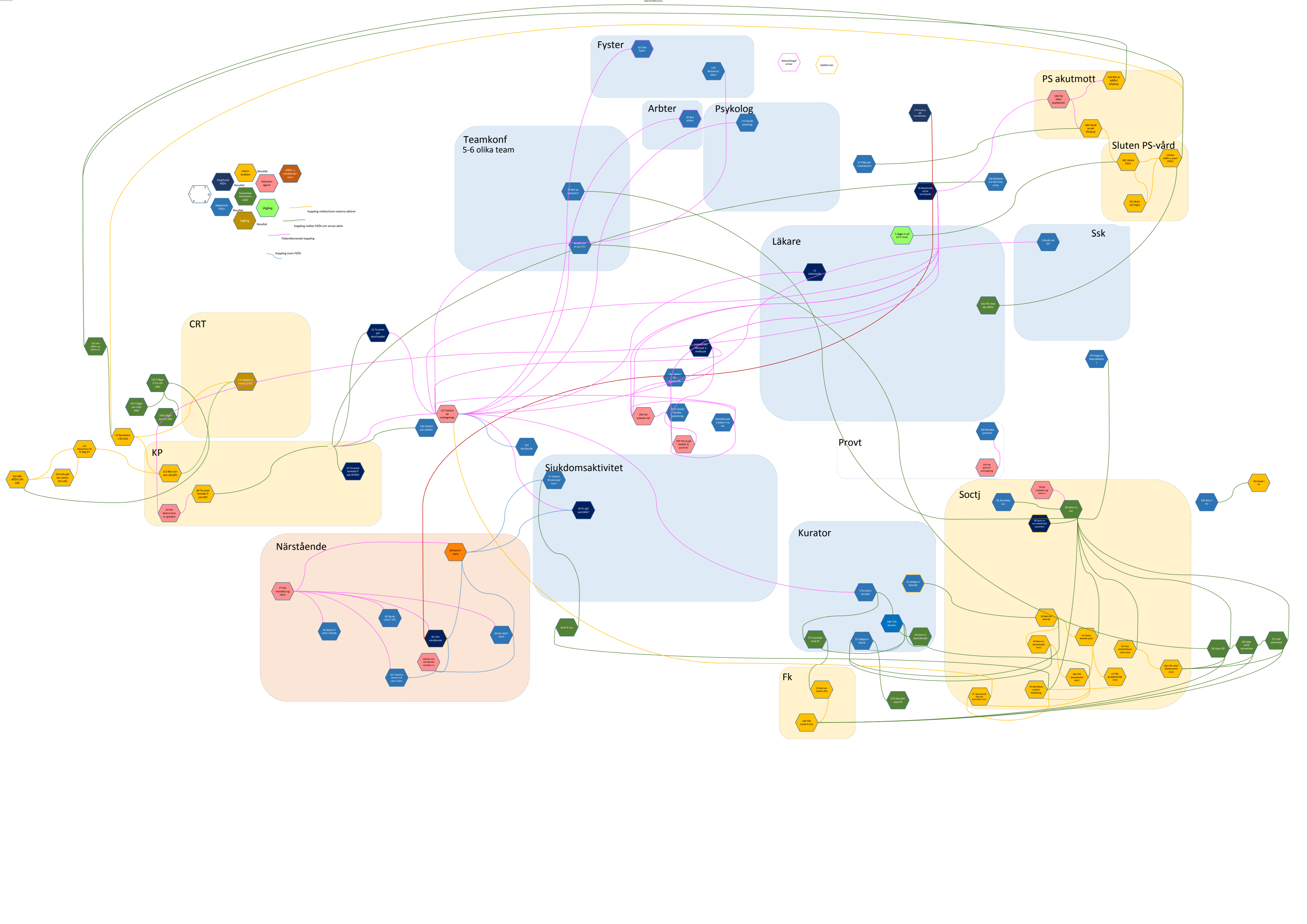
Avsluta aktuell kontakt/besök med patient (173)





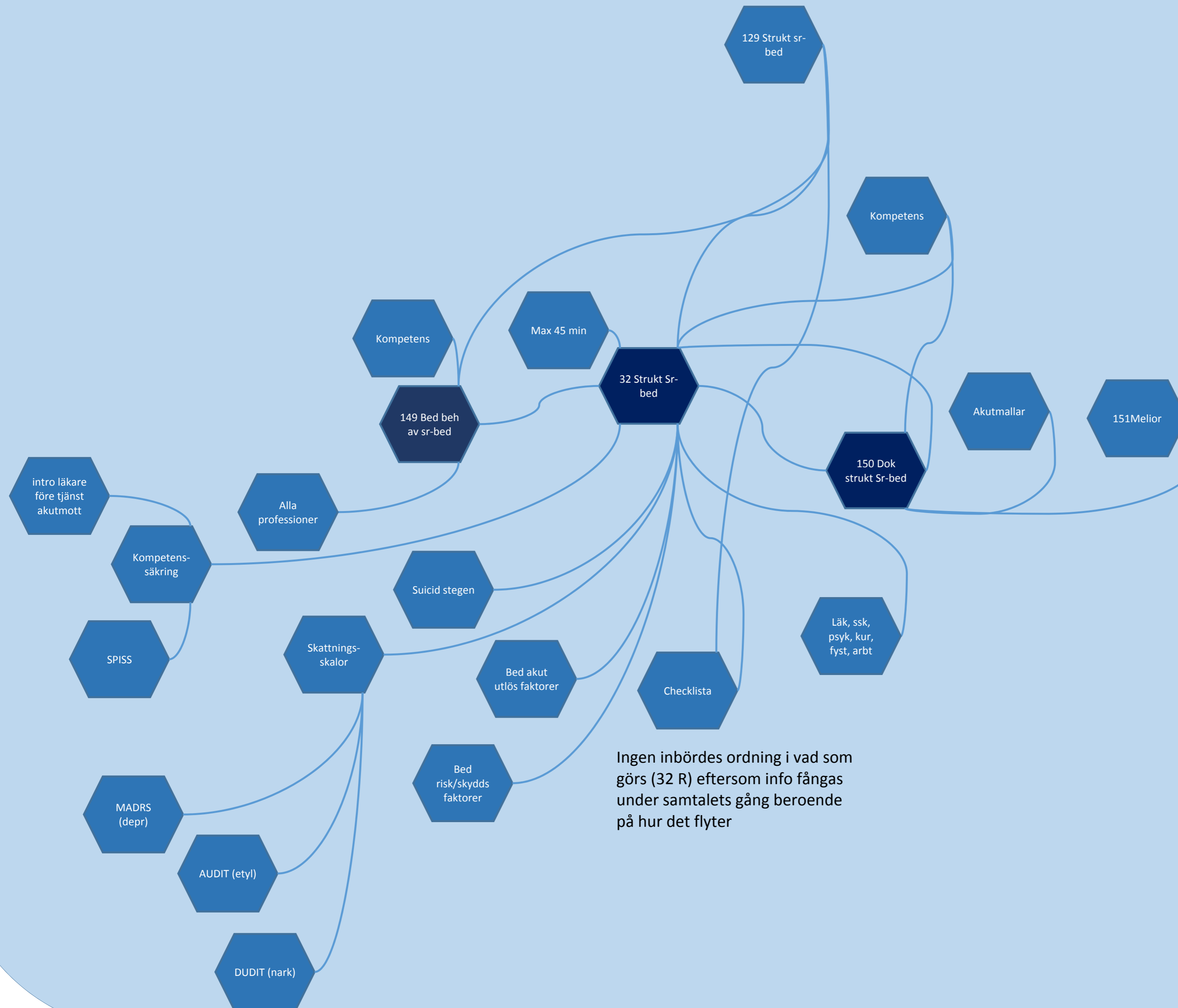


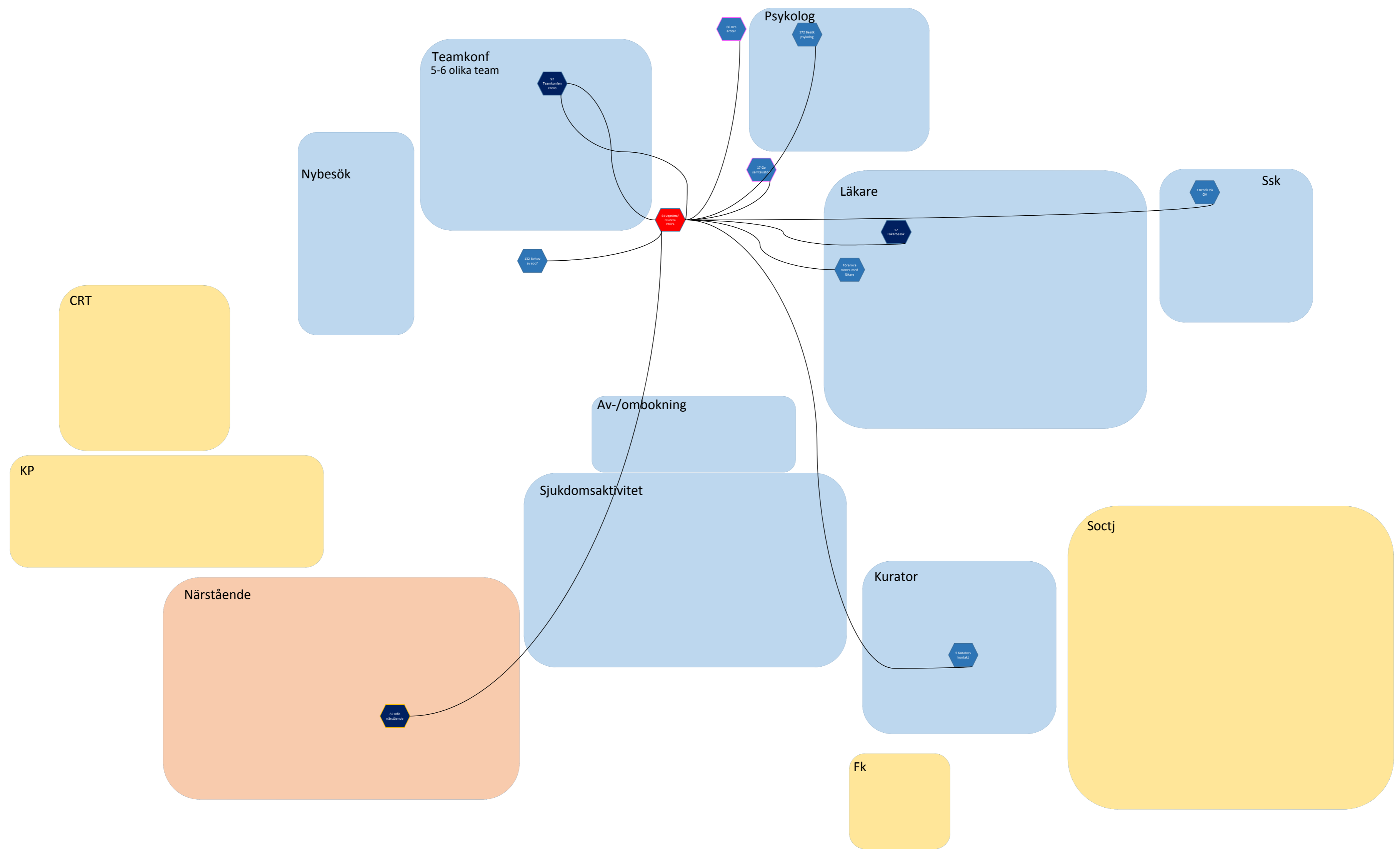


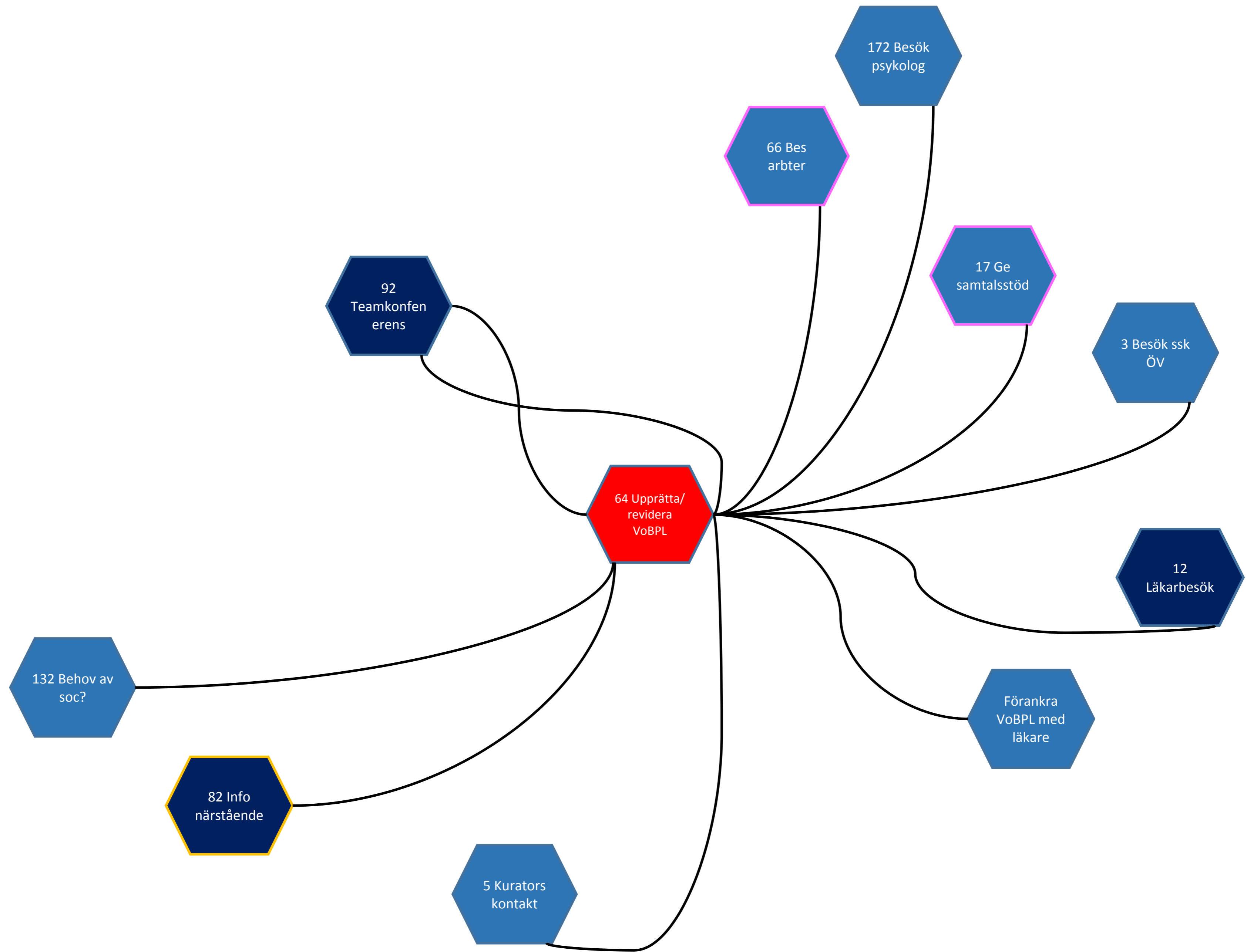


Sjukdomsaktivitet

Rutin för bedömning av







Patient med depressioner och tidigare
 suicidförsök som plötsligt suiciderar
 30 år man, sammanboende
 Depressionsbesvär, social ångest
 Suicidförsök efter att nära vän suiciderat

