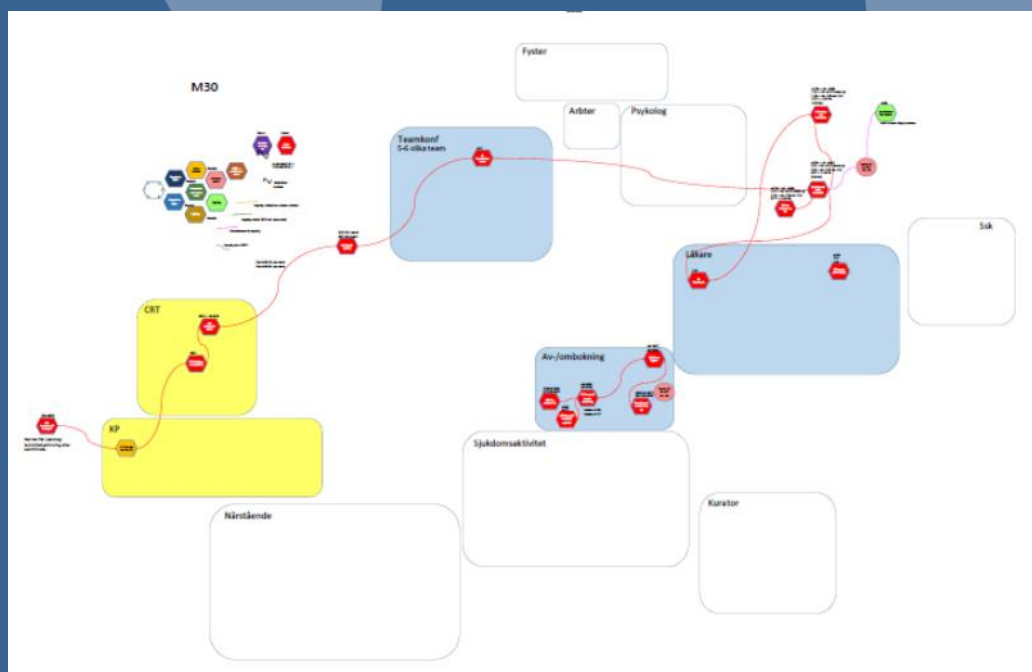


Hur handläggs patienter med ökad risk för suicid i den psykiatriska öppenvården?

Sammanställning och analys av händelseanalyser av patientfall med funktionell resonansanalysmetod (FRAM)



Hur handläggs patienter med ökad risk för suicid i den psykiatriska öppenvården?

Sammanställning och analys av händelseanalyser av patientfall vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning med funktionell resonansanalysmetod (FRAM)

Rapporten är författad av Thomas Brezicka, regionläkare vid avdelningen patientsäkerhet vid Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen

Medlemmar i analysgruppen har varit:

Sara Widin Dahlström, kvalitetssamordnare/sjuksköterska

Malin Rex, verksamhetsutvecklare/sjuksköterska

Marzia Dellepiane, psykiatriker

Evalena von Hauswolff, verksamhetsutvecklare/psykolog

Tomas Larson, verksamhetsutvecklare/psykolog

Denna rapport har sammanställts 2018-01-16 av Thomas Brezicka, regionläkare patientsäkerhet, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen. e-post: thomas.brezicka@vgregion.se

Sammanfattning

Dagens sjukvård präglas av en hög grad av komplexitet. Variationer i sjukdomsaktiviteten över tid, som är vanligt vid psykisk ohälsa, bidrar till att öka komplexiteten. Komplexiteten gör det till en utmaning att ta fram underlag för att följa upp och utveckla verksamheten, så att den till exempel minskar risken för att patienten genomför suicidala handlingar som kan leda till att patienten avlider (suiciderar).

Att förebygga suicidala handlingar utgör en av de främsta utmaningarna inom psykiatrin. Strategierna inbegriper bland annat att vid förhöjd sjukdomsaktivitet öka vårdsinsatserna, vilket omfattar många olika moment där flera yrkesgrupper samverkar. Detta kräver stor lyhördhet för förändringar i patientens hälsotillstånd så att rätt insatser kan göras i tid. Att göra modeller med funktionell resonansanalysmetoden ([FRAM](#)) kan ge en bild av vilka komponenter (funktioner) i systemet som är av betydelse och hur de samspelar för ett framgångsrikt arbete tillsammans med patienten och andra aktörer. Genom att med modellen jämföra hur systemet har utnyttjats för olika patienter, sådana som suiciderat och sådana som inte gjort det, ges möjligheter att identifiera kritiska delar i systemet. Sådan information är mycket värdefull vid utveckling av verksamheten i syfte att stabilisera systemet så att ogynnsamma variationer dämpas och gynnsamma faktorer stärks och därmed minska förekomsten av suicidala handlingar, med det övergripande målet att minska förekomsten av suicid.

För att se om FRAM kan vara en användbar metod för att bättre förstå hur patienter med ökad suicidrisk handläggs har vi tidigare studerat arbetet vid en stor psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Detta har resulterat i en modell av hur arbetet görs som är redovisad i en [rapport](#) publicerad på Västra Götalandsregionens [vårdgivarwebb](#). I denna studie har vi använt modellen för att söka klarlägga hur systemet har använts för ett urval av patienter som suiciderat (4) under de senaste 18 månaderna när patienterna var i livet och var inskrivna vid mottagningen. Vi har också studerat handläggningen av patienter som inte suiciderat (4) under lika lång tidsperiod. Uppgifter om handläggningen hämtades ur patientjournalen och det patientadministrativa systemet. Varje patientfall genomfördes med två analysledare samt ytterligare minst två deltagare, där det i teamet skulle finnas representation för åtminstone psykiater, psykolog och sjuksköterska. Ett tentativt fall studerades också med modellen för att se vilka funktioner som var av särskild betydelse i ett system som präglades av hög följsamhet, tillgänglighet och kontinuitet i de olika funktionerna.

En patient remitterades till mottagningen efter ett suicidförsök. Patienten suiciderade kring dag 200 efter första kontakt. FRAM-analysen visade att patienten hade kontakt endast med läkare via huvudsakligen telefon, inga suicidriskbedömningar gjordes och ingen vård- och behandlingsplan upprättades. Patientens närstående involverades inte. Inga multiprofessionella möten (s k teamkonferens) hölls för att få en gemensam bild av patienten och patientens behov.

En annan patient som var ensamstående utan sociala kontakter med återkommande depressioner och suicidförsök remitterades till mottagningen för läkemedelsbehandling. Patienten hade frekventa kontakter med läkar- och psykologbesök, samt även återkommande teamkonferenser. Patienten gjorde inga ytterligare suicidförsök.

Ett tentativt fall av en patient med återkommande depressioner och suicidförsök remitterades till mottagningen. Av särskild betydelse när patienten isolerade sig och uteblev från besök var närstående som meddelade mottagningen vid försämring, snabb ombokning och hembesök med initiering av slutenvård som förhindrade suicidala handlingar.

Sammantaget gav analyserna upphov till följande reflektioner:

- De funktioner som behövs används ofta inte i tillräcklig utsträckning

- Sjuksköterska, kurator, fysioterapeut och arbetsterapeut som finns vid mottagningen och som kan identifiera särskilda behov som kan vara viktiga för patienten och utgöra stöd för såväl patient som närstående används i ringa omfattning
- Närstående involveras och ges stöd i mycket låg grad
- Patientens behov och sociala situation samt behov av samordning med t ex socialtjänsten bedöms alltför sällan
- Vårdplan, suicidriskbedömningar och bedömning av sjukdomsaktivitet används inte systematiskt
- Läkare informeras sällan om de andra yrkesgruppernas iakttagelser
- Teamkonferenser görs inte alltid när de behövs, är inte alltid multiprofessionella och strukturerade så att de skapar en gemensam bild av patienten och om den beredskap som behövs

Fallen visar i flera fall att detta system som präglas av en mycket hög komplexitet saknar starka kopplingar mellan funktionerna och där funktionerna utförs med en hög grad av oönskad variabilitet. Vissa funktioner (teamkonferens, vård- och behandlingsplan, bedömning av sjukdomsaktivitet och närstående) har betydelse för hur många av de andra funktionerna i systemet utförs och deras resultat, och kan genom att de inte utförs på ett acceptabelt sätt ge resultat som inte är användbara (låg precision). Detta medför att systemet blir instabilt och inte medför den trygghet för patienten, närstående och personal som det skulle kunna ge. Variabiliteten och instabiliteten medför att felaktiga bedömningar och åtgärder som vidtas försent kan leda till att patienten kan genomföra suicidala handlingar som hade varit möjliga att undvika om samspelet i systemet var mer välfungerande.

Det är sannolikt av betydelse att komplexa system i sjukvården är väl kartlagda och att det finns en förståelse för vad som skapar stabilitet i systemet så att det generar vård av hög kvalitet och patientsäkerhet, med det yttersta målet att bidra till en så god hälsa hos patienten som möjligt. Denna studie visar att FRAM kan bidra till att skapa förståelse för hur patienter med ökad suicidrisk inom en psykiatrisk öppenvårdsmottagning bör handläggas och vilka funktioner som kan vara av särskild betydelse beroende på förutsättningarna hos de enskilda patienterna. Systemet är avhängigt av en hög professionalitet hos de ingående yrkesgrupperna, där varje insats och hur den genomförs har betydelse för patienten. De reflektioner som listas ovan utgör områden som särskilt bör beaktas och arbetas med inom den studerade mottagningen, och torde kunna tjäna som ögonöppnare för liknande öppenvårdsmottagningar.

Innehåll

Hur handläggs patienter med ökad risk för suicid i den psykiatriska öppenvården?	2
Sammanfattning	3
Bakgrund och syfte	6
FRAM	6
Uppdrag	7
Systemet som studeras	8
Funktioner	8
Modell	12
Domäner	14
Fallgenomgångar	17
Fall M30 (S)	18
Fall K30 S	20
Fall 170323 (S)	22
Fall 170609 (S)	24
Fall 170116 (ej S)	26
Fall 170216 (ej S)	28
Fall 170424 (ej S)	30
Fall 170512 (ej S)	32
Tentativt fall 170809	34
Sammanfattning av fallen	41
Betydelsen av några särskilda funktioner i systemet	43
Reflektioner	49
Vad menas med systemet?	49
Vilket är syftet och målet med systemet?	49
Används teamkonferensen i tillräcklig utsträckning?	49
Är vägen till teamkonferens och läkare trygg?	50
Läkaren har mycket på agendan – hinns det som behövs med?	50
Att bedöma försämring/kris	50
Kan systemet säkerställa att patienten inte suiciderar?	51
Gör man rätt saker och görs sakerna rätt?	51
Slutsatser	52
Vad kan göras?	52
Vad sker härnäst?	53
Frågor till läsaren	54
Bilder som är förstöringsbara	55

Bakgrund och syfte

Dagens sjukvård präglas av en hög komplexitet vilket gör det omöjligt att helt förstå systemet i alla dess detaljer och att förutsäga vad resultatet kommer att bli för den enskilda patienten. Särskilt komplext blir det när de aktiviteter som ska genomföras styrs av variationer i sjukdomsaktiviteten, som vid psykisk sjukdom. Vid handläggning och behandling av patienter med allvarlig psykisk sjukdom finns ofta inga linjära processer, som t ex för patienter som genomgår höftledsoperationer. Psykiatrisk verksamhet låter sig därför svårigen beskrivas och analyseras med hjälp av processkartor. Det är därför svårt att ta fram underlag som är tillräckligt omfattande och som kan användas för uppföljning och utveckling av verksamheten.

Genomförandet av en handling i syfte att ta livet av sig (suicid) under inverkan av en underliggande psykisk sjukdom är den allvarligaste av händelser som kan drabba en patient med psykisk ohälsa. Att förebygga suicidhandlingar utgör en av de mest framträdande utmaningarna för psykiatrin. Olika strategier används för detta, som bland annat går ut på att dämpa sjukdomsaktiviteten på längre sikt och i akuta situationer öka vårdinsatserna hos patienter med hög sjukdomsaktivitet där risken för suicidhandling bedöms som stor. Dessa strategier inbegriper många olika moment och yrkesgrupper. Vid en öppenvårdsmottagning ska dessa yrkesgrupper samverka och bidra med sin specifika kompetens och uppgift samtidigt som de ska vara lyhörda för och handlägga alla slags förändringar i patientens hälsotillstånd. Mottagningen ska dessutom kunna samverka med externa aktörer såsom närstående och socialtjänst för patientens bästa. Detta ställer stora krav på hur verksamheten är organiserad, vilka resurser som finns och att kompetensen hela tiden är hög.

Hur handläggningen av patienter där risken för suicidala handlingar tidvis är hög ska ske på bästa sätt och individuellt anpassas är hela tiden under diskussion. För att få ett underlag för diskussioner om hur verksamheten är organiserad och hur dess olika delar samverkar internt och gentemot patienten, närstående och andra aktörer, kan en modell av verksamheten vara användbar. Det finns olika verktyg för att framställa sådana modeller, där FRAM (Funktionell ResonansAnalysMetod) är ett sannolikt mycket användbart sådant. En modell av den psykiatriska öppenvårdsmottagningen har tidigare tagits fram och en [beskrivning](#) finns tillgänglig på Västra Götalandsregionens hemsida. En förenklad modell har utarbetats för att göra studier av enskilda fall med hjälp av modellen. Varje fallstudie ger en fallanpassad modell över vilka delar av systemet som har använts. När två fallstudier av patienter som begått suicid gjordes uppkom frågeställningen om sådana fallmodeller skulle kunna ge viktig information om hur systemet fungerar som kan utgöra underlag för diskussioner om möjliga brister i systemet och hur dessa brister skulle kunna åtgärdas. Fallstudierna med hjälp av FRAM ger en modell i sitt större systemsammanhang till skillnad från en traditionell utredning av ett händelseförlopp som inte ger detta perspektiv. FRAM beskrivs mer utförligt nedan.

Syftet med denna studie är att göra FRAM-modeller av patientfall vid den psykiatriska öppenvårdsmottagningen och jämföra modellerna mellan patienter som suiciderat och inte suiciderat och med totalmodellen av hela systemet. Målet med dessa jämförelser är att få ökad kunskap om hur patienterna handläggs utifrån ett systemperspektiv och som kan vara värdefull för utvecklingen av verksamheten och handläggningen av patienter med suicidrisk.

FRAM

Som nämnts tidigare präglas sjukvården av komplexa system. Kännetecknande för sådana system är att de egentligen inte går att helt förstå och att det inte med säkerhet går att förutsäga resultatet av systemet i individuella fall, även om resultatet på gruppnivå kan, och bör, vara känt. Orsaken till denna oförutsägbarhet är att precisionen i resultatet av varje enskild aktivitet (något som görs), eller funktion som är en annan term för samma sak, i systemet varierar, vilket i sin tur till stor del bland

annat beror på att de allra flesta aktiviteter involverar människor, som presterar olika såväl inom som mellan individer. Genomförandet av en aktivitet påverkas dessutom av resultatet från en eller flera andra aktiviteter. Kombinationen av många aktiviteter, deras beroende av varandra och variationen i precision och timing påverkar tillsammans det slutliga resultatet av hela systemet och det mål som systemet är ämnat att uppnå. Den påverkan som variationerna har på andra aktiviteter i systemet skapar sk resonans, ungefär som när ljudvågor kan förstärka eller släcka ut varandra. Sådan resonans kan få såväl gynnsamma som ogynnsamma effekter. Systemen inom hälso- och sjukvården har i de flesta fall utvecklats stegvis, baserat på vetenskapliga studier eller genom tester (PDSA-strategin är ett exempel på det senare), och är därigenom designade för att i de allra flesta fall ge resultat av acceptabel precision så att de uppsatta målen uppfylls för de flesta patienterna. Om det inte vore så skulle systemet inte se ut som det gör. Inte alla system har kommit till genom att man har haft kontinuerlig kontroll på dess resultat eller utfall. Systemet har designats på ett sätt som man tror gör nytta, men man vet inte säkert. I många fall har man dessutom inte haft en bild av systemet innan en förändring (genom tillägg, avlägsnande eller modifiering av en eller flera funktioner) genomförs vilket gör att det är svårt att göra bra riskanalyser. Förändringar i systemet kan därför få oanade konsekvenser, även vid förändringar som kan te sig triviala. Om man dessutom inte mäter resultaten före respektive efter förändringarna kommer man inte heller kunna utvärdera effekterna. För hälso- och sjukvårdssystem är de effekter som mäts mestadels av processkaraktär, d v s man mäter det man gör, och inte resultatet av systemet. Ytterst är ju målet att patientens hälsotillstånd ska vara så gott som möjligt och att patienten inte ska skadas till följd av systemet.

FRAM är ett verktyg för att göra följande:

- Identifiera de funktioner (F) som systemet består av och hur och varför de varierar i precisionen och timingen av det mervärde (resultat) de ska skapa
- Skapa en modell av systemet där funktionerna och deras förhållande och beroende av varandra åskådliggörs
- Genom modellen analysera (A) hur resonans (R) kan uppkomma och vilka effekter det kan få på det slutliga resultatet av systemet

FRAM är således en förkortning av Funktionell ResonansAnalysMetod.

I FRAM används hexagoner som symboliserar funktioner. Varje hörn i hexagonen har en specifik betydelse (t ex trigger, resultat, barriär, resurser) och kan kopplas till andra hexagoner. Kopplingarna symboliseras av linjer. Modellerna kan snabbt bli mycket komplicerade. Vid användning av metoden underlättar det om systemet är avgränsat. Det är de iakttagelser som görs under tiden som man bygger modellen som är de mest intressanta, varför man bör föra noggranna anteckningar under arbetets gång. Förändringsbehov och risker kan identifieras. När modellen väl är klar är också allt arbete för det mesta klart. Modellen kan vara användbar för att i efterhand göra riskanalyser och händelseanalyser.

Senare i denna rapport beskrivs metoden närmare. På en [hemsida](#) om FRAM finns mer information om metoden och dess bakgrund.

Uppdrag

Med FRAM studera handläggningen vid den psykiatriska öppenvårdsmottagningen av patienter som suiciderat respektive inte suiciderat. Genom dessa studier få underlag för diskussioner om handläggningens omfattning och hur verksamheten skulle kunna utvecklas så att frekvensen suicid hos patienterna vid mottagningen minskar.

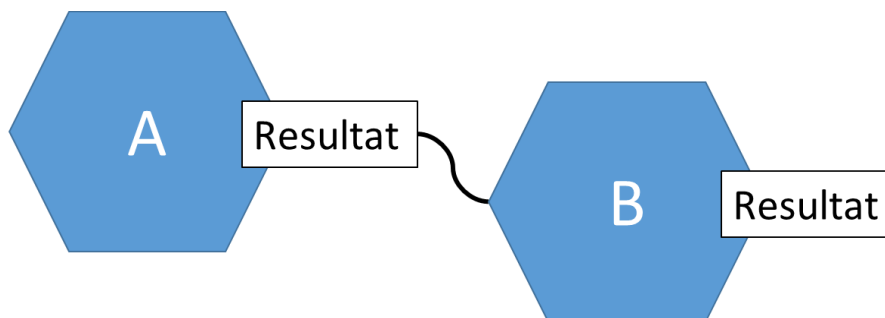
Systemet som studeras

Det system som studeras utgörs av en psykiatrisk öppenvårdsmottagning för patienter med affektiv sjukdom. Systemet omfattar alla händelser¹ som äger rum inom öppenvården från bedömd remiss där patienten erbjuds nybesök tills patienten inte längre bedöms behöva öppenvården. Händelser som ägt rum de senaste cirka 18 månaderna av vård vid mottagningen. Eftersom fokus för studien är omständigheterna kring suicid studeras händelser hos patienter som suiciderat respektive inte suiciderat.

Funktioner

Med funktioner avses här (och i FRAM) något som görs och som ska resultera i ett mervärde. En funktion kan sägas motsvara en aktivitet i en processkarta. Funktionerna kan vara alltifrån övergripande och därmed också bestå av flera delfunktioner, t ex att genomföra ett möte mellan patient och läkare. De kan också vara mycket fokuserade på en specifik aktivitet, t ex att förskriva ett visst läkemedel. En funktion benämns i att-form, som utgör en beskrivning av vad som görs. Förutom att en funktion har en benämning ger den också ett resultat (mervärde) som också ska beskrivas². I princip kan varje funktion delas upp i allt mer detaljerade delfunktioner. Detaljnivån avgörs av vilket behov som framkommer under arbetet med att identifiera och koppla ihop funktionerna. En funktion avbildas som en hexagon i FRAM (till skillnad från en rektangel i en processkarta).

En funktion triggas av signaler från åtminstone en annan funktion (som inte behöver vara identifierad men som måste finnas i verkligheten). När funktionen är genomförd kan dess resultat i sin tur att fungera som trigger. Detta visas genom kopplingar mellan funktioner. Kopplingarna har alltid givna riktningar och går alltid från resultathörnet klockan 3 på en funktion till ett av de andra hörnen (kl 9, 11, 1, 5 eller 7) på en annan funktion (eller till flera funktioner). Det behövs därför inga pilar som anger riktningen. Ett resultat från en funktion (kl 3; A nedan) kommer att fungera som trigger för en annan funktion (B nedan) om den är kopplad till hörnet kl 9. Hörnet kl 9 benämns i FRAM med Input och kl 3 med Output, vilka i sig är beskrivande termer för vad hörnena handlar om.

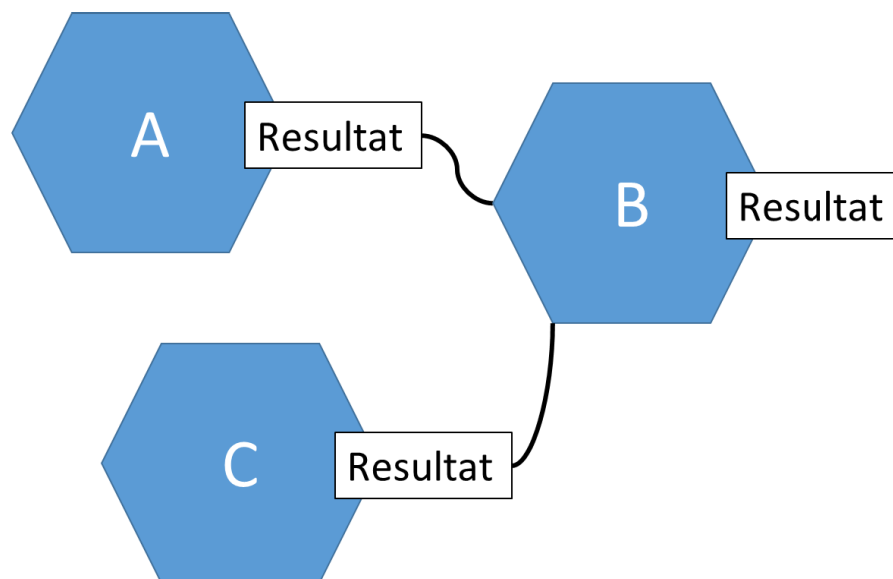


¹ Med händelse menas här något som görs, en aktivitet, som direkt eller indirekt involverar patienten och var syfte är att skapa ett mervärde för patienten. En händelse/aktivitet åstadkoms av vad som inom FRAM kallas för en funktion.

² Med resultat avses inte här vad resultatet visar, utan det rör sig om en mer övergripande beskrivning. T ex kan resultatet av funktionen "att skriva intyg" ge resultatet att ett intyg finns. Ett befintligt intyg utgör alltså ett mervärde av funktionen eftersom intyget inte fanns innan funktionen genomfördes. Precisionen i resultatet utgörs i detta exempel av om intyget är bra och användbart. För att ett intyg ska vara bra ska det innehålla den information som efterfrågas, informationen ska vara korrekt och intyget ska vara läsbart och förståeligt. I de flesta fall blir intygen bra, eftersom den som skriver intyg har fått lära sig att skriva intyg och gjort professionella bedömningar. Precisionen är i dessa fall acceptabel. Ibland är intygen excellenta och ibland tyvärr dåliga och oanvändbara för sitt syfte. I det senare fallet är precisionen oacceptabel. För funktioner där precisionen alltför ofta är dålig bör man fundera över vad det kan bero på och vad som kan göras för att förbättra den. Dålig precision är ett gift som sprider sig i systemet!

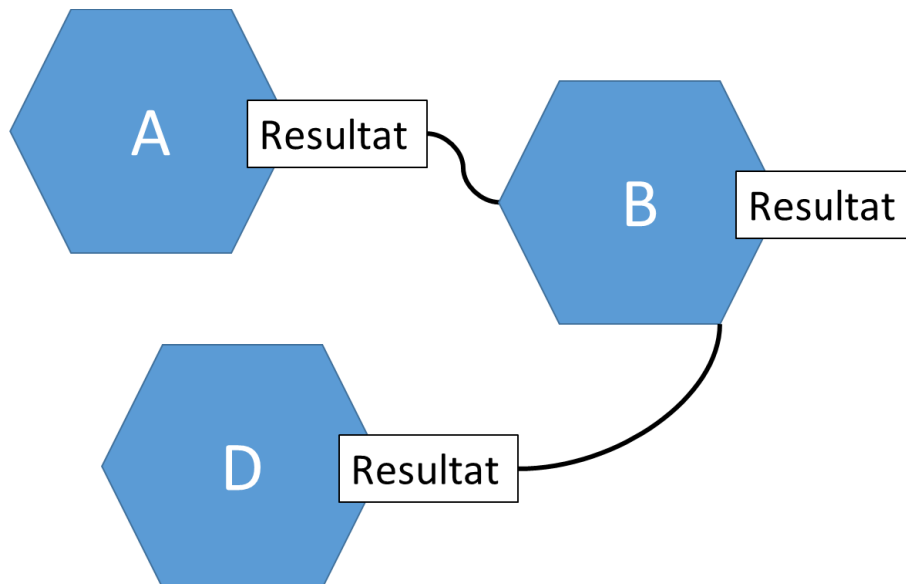
Genomförandet av en funktion är beroende av olika förutsättningar. Om förutsättningarna är väl definierade och uppfyllda är chansen störst att funktionen ska leverera ett resultat med hög precision och göra det vid rätt tidpunkt. Eftersom förutsättningarna alltid kommer att variera i någon omfattning, särskilt om det rör sig om många olika faktorer, och det alltid finns okända faktorer kommer precisionen i resultatet också variera, precis som tidpunkten för när resultatet levereras (det sker inte alltid i rätt tid). Detta är särskilt påtagligt för funktioner som utförs av människor, vilket är kännetecknande för nästan alla funktioner inom hälso- och sjukvården. Genom att minimera variationerna i förutsättningarna så långt det är möjligt och rimligt kommer funktionen att i de flesta fall leverera ett resultat med acceptabel precision vid rätt tidpunkt. Förutsättningarna kan beskrivas i termer av huvudsakligen följande faktorer:

- Resultat från andra funktioner som måste finnas innan funktionen får starta - "något annat ska vara gjort". Detta benämns i FRAM som Precondition och är kopplade till hörn kl 7 (funktion C nedan måste vara klar innan B får starta efter att ha triggats från A)



- De resurser som används av funktionen när den genomförs måste vara tillgängliga. Det kan röra sig om personella eller materiella/tekniska resurser, och också om funktionella resurser (i de fall en funktion består i att en eller flera andra delfunktioner genomförs för att åstadkomma ett slutresultat). Dessa resurser kommer från andra funktioner som har till uppgift att se till att resurserna finns - "något görs/används". Detta benämns i FRAM som Resource och är kopplat till hörn kl 5 (funktion B behöver resurser som tillhandahålls från funktion D i figuren nedan)³. I denna rapport används detta hörn för att i modellen visualisera delfunktioner ("något görs") och inte de personella eller materiella resurserna som annars är det brukliga.

³ I en "traditionell" FRAM brukar resurshörnet kopplas till resurser som används under funktionens genomförande, t ex materiella eller personella resurser. En funktion som genomförs som en delaktivitet av en mer övergripande funktion kan också betraktas som en resurs, särskilt som det ofta är så att alla delaktiviteter inte alltid genomförs. Hur många delaktiviteter som genomförs kan vara av betydelse för funktionens slutresultat, precis på samma sätt som kvaliteten på de resurser i övrigt som används.



Ovanstående är de förutsättningar som studeras i denna studie. Det kan för fullständigheten skull förtjänas att nämna vad de andra hörnen (kl 11 och 1) betyder.

- Det måste vara känt hur funktionen ska genomföras, vilken kompetens/roller som ska finnas och hur ansvaret ska fördelas – ”hur det ska göras”. Detta beskrivs ofta genom rutiner som i sin tur baseras på riktlinjer och föreskrifter. Ibland finns de i människors huvuden och kan då kallas för praxis, vilket är vanligt (men inte alltid bra om inte kompetensen är mycket hög). I FRAM benämns detta som Control och är kopplat till hörn kl 1.
- En funktion kan behöva göras inom en viss tidsram och/eller med vissa tidsintervall som är definierade och som grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet eller riktlinjer/rutiner som är beslutade – ”när det ska göras”. Detta benämns i FRAM som Time och är kopplat till hörn kl 11

Hörnena kallas i FRAM för aspekter och det finns således i en FRAM-funktion sex olika aspekter som bör beskrivas. För varje funktion måste åtminstone följande beskrivas i så stor detalj som möjligt för att kunna göra en modell:

- Funktionens namn: vad den gör i att-form
- Input (kl 9): vad som triggar funktionen
- Output (kl 3): vad funktionen ska ge för mervärde
- Precondition (kl 7) om sådan finns: vad som ska vara gjort innan funktionen får starta

För att närmare förstå om det finns stora variationer i funktionens precision bör dessutom följande beskrivas, även om de inte behöver läggas in i den grafiska modellen:

- Resources (kl 5): vad som används när funktionen genomförs
- Control (kl 1): vad som beskriver hur funktionen ska genomföras (styr funktionen)

Följande brister är vanliga inom hälso- och sjukvården och bidrar till att funktioner ofta levererar resultat av låg precision:

- Genvägar tas ofta så att viktiga funktioner inte är genomförda innan en viss funktion startar, t ex att vårdintyg utfärdas för en patient utan att de legala förutsättningarna är kontrollerade och uppfyllda
- Personalen har ofta inte tillräcklig kompetens för sin uppgift (medför ofta oacceptabel precision) eller finns inte tillgänglig när den behövs (medför att resultatet levereras försent

eller inte alls), t ex att göra en bedömning av suicidalitet eller att ta emot ett samtal från närstående när de ringer till mottagningen

- Alla moment som behöver göras blir ofta inte gjorda eller görs ofullständigt, t ex en teamkonferens som genomförs utan att upprätta eller revidera en vårdplan
- Rutiner och riktlinjer saknas och praxis har inte justerats och säkrats på länge varför uteblivna besök inte alltid blir bedömda av rätt kompetens och åtgärdade i tid
- Tidsgränserna för omprövning av vårdintyg är inte kända och tillämpas inte, varför patienter kan komma att tvångsvårdas på olaga grund

Några ord om kopplingar mellan funktioner. Kopplingarna finns för att göra en modell möjlig att analysera och anger i första hand olika funktioners inbördes förhållande till varandra. Det är dock frestande att också se kopplingarna som möjliga glapp/gaps mellan funktioner. Ett sådant synsätt kan vara ändamålsenligt i fall där information ska överföras mellan olika funktioner som ska göras av olika personer eller där det flyter en längre tid från det att ett resultat är klart till dess att resultatet ska trigga en annan funktion. Det finns risk för fördröjningar och förvanskningar av information mellan funktioner vilket kopplingen skulle kunna visualisera. När det uppkommer brister i information/kommunikation kan detta förstås som att kopplingen mellan funktioner brustit. Kopplingarnas längd säger inget om avståndet i tid eller om bräcklighet i informationsöverföringen.

Exempel på funktioner som framkommit i det studerade systemet och som utgör fokus i denna rapport:

Bedöma remiss	Bedöma behov av samtalsstöd
Ta emot telefonsamtal från patient	Bedöma psykoterapibehov
Ta emot telefonsamtal från närstående	Bedöma samordningsbehov
Ta emot telefonsamtal från boendestöd	Genomföra SIP
Genomföra nybesök	Bedöma handläggning/behandlingsinsats
Genomföra teamkonferens	Bedömda yrkesgrupp för patientmöte
Genomföra patientbesök hos läkare	Bedöma behov av patientmöte
Genomföra patientbesök hos psykolog	Upprätta/revidera/följa vårdplan
Genomföra patientbesök hos sjuksköterska	Involvera närstående
Genomföra patientbesök hos kurator	Bedöma depression
Genomföra patientbesök hos fysioterapeut	Behandla depression
Genomföra patientbesök hos arbetsterapeut	Bedöma ångest
Genomföra patientbesök hos skötare	Bedöma suicidrisk
Genomföra telefonsamtal	Göra strukturerad suicidriskbedömning
Informera närstående	Fastställa LPT-behov
Ge stöd till närstående	Fastställa SV-behov
Avsluta patientmöte ⁴	Utfärda intyg (ej LPT)
Boka patientmöte och meddela patient	Bedöma läkemedelsbehov
Bevaka bokningar och patientmöten	Ordinera läkemedel
Ta emot om- och avbokningar	Informera om biverkningar
Göra nybesöksutredning	Följa upp läkemedelsbehandling
Utreda	Bedöma behov av åtgärd (besök/telefonkontakt/läkarbedömning)?
Ta anamnes	Genomföra stödsamtal
Kontrollera somatiskt status	Genomföra psykoterapi
Göra kris-/försämringsbedömning	Informera läkare
Bedöma patientens behov	Bedöma social situation
Bedöma behov av kompletterande utredning	Ta kontakt med socialtjänst
Utse/befästa fast vårdkontakt	Bedöma behov av teamkonferens

Modell

En modell utgör en beskrivning av vilka funktioner som finns och hur de är sammankopplade till varandra. En modell görs alltid i grafisk form och kan närmast jämföras med en karta (den kan dessutom göras i tabellform). Precis som en karta över ett geografiskt område aldrig helt kan beskriva den verkliga geografin i alla sina detaljer kan en modell inte heller återge verkligheten i alla dess detaljer. Modellen eller kartan kan dock vara tillräckligt detaljerad för att vara användbar. Detaljnivån, d v s hur fingranulerade funktionerna är i sin beskrivning av vad som görs, avgörs av ändamålet. Till skillnad från en vanlig geografisk karta som är proportionerlig i alla sina detaljer behöver en FRAM-modell inte vara det. Den är ofta detaljerad i vissa delar och mer översiktlig i andra.

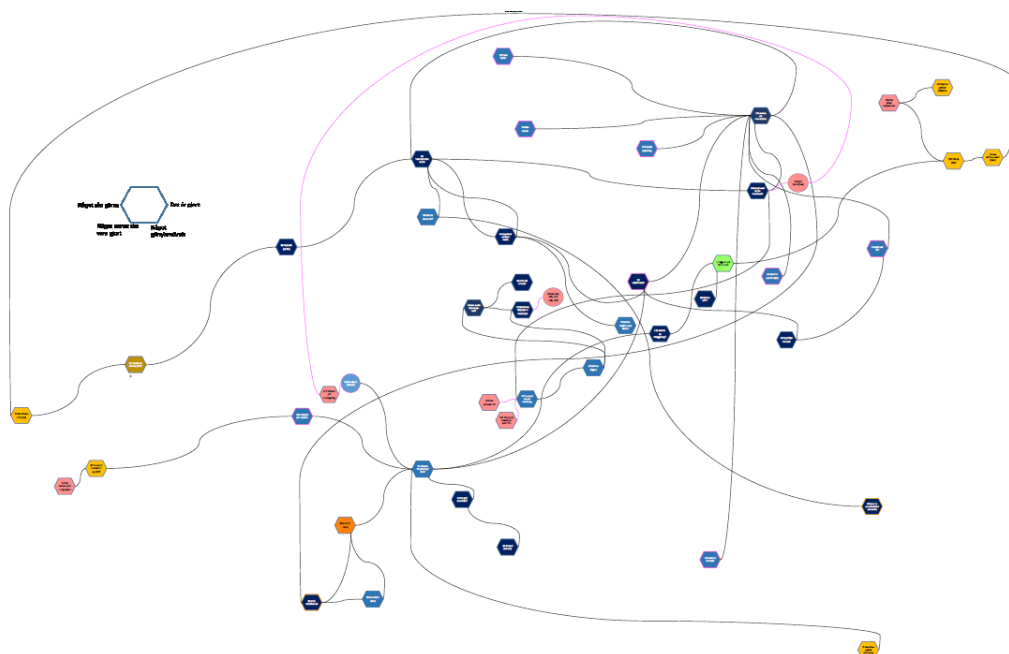
⁴ Med möte avses här besök eller telefonkontakt

I en modell kan olika scenarier testas. Scenarierna kan utgöra verkliga eller fingerade händelseförlopp. Genom att ta bort olika funktioner ur modellen kan systemet testas för att förstå vilka konsekvenser som brister i funktioner kan få för andra delar av systemet, och i slutändan för utfallet av systemet i sin helhet.

En modell kan lätt bli överlastad med detaljer i form av talrika funktioner och omfattande kopplingar mellan funktionerna. Detta kan göra det svårt att analysera systemet med hjälp av modellen. Det kan därför vara bra att rensa modellen och fokusera på nyckelfunktioner, även om man bör ha i minnet att andra funktioner också kan ha större betydelse än vad vi från början tillmäter dem. För att strukturera en modell och därmed öka förståelsen och användbarheten, kan flera funktioner samlas i grupper efter något som de har gemensamt. I denna studie kallar vi sådana grupperingar för domäner, vilka beskrivs närmare nedan.

Det viktigaste med en modell är själva skapandet av modellen. Under denna process görs många insikter om hur systemet fungerar eller inte fungerar och vilken roll och betydelse funktionerna har. Dessa insikter bör fortlöpande noteras eftersom de kan vara svåra att i efterhand komma ihåg. När modellen väl är klar kan den vara svår att använda för att rekonstruera det som ledde till insikterna, även om det går med viss möda. En modell är mest användbar för dem som skapat den medan den för oinvidiga kan te sig förvirrande, även om den kan inge sund respekt för systemets komplexitet. Det senare kan vara betydelsefullt för beslutsfattare när förändringar i systemen/verksamheten ska planeras och genomföras. Förändringar kan få konsekvenser som är oanade om de inte baseras på en riskanalys där man har en modell av systemet som underlag.

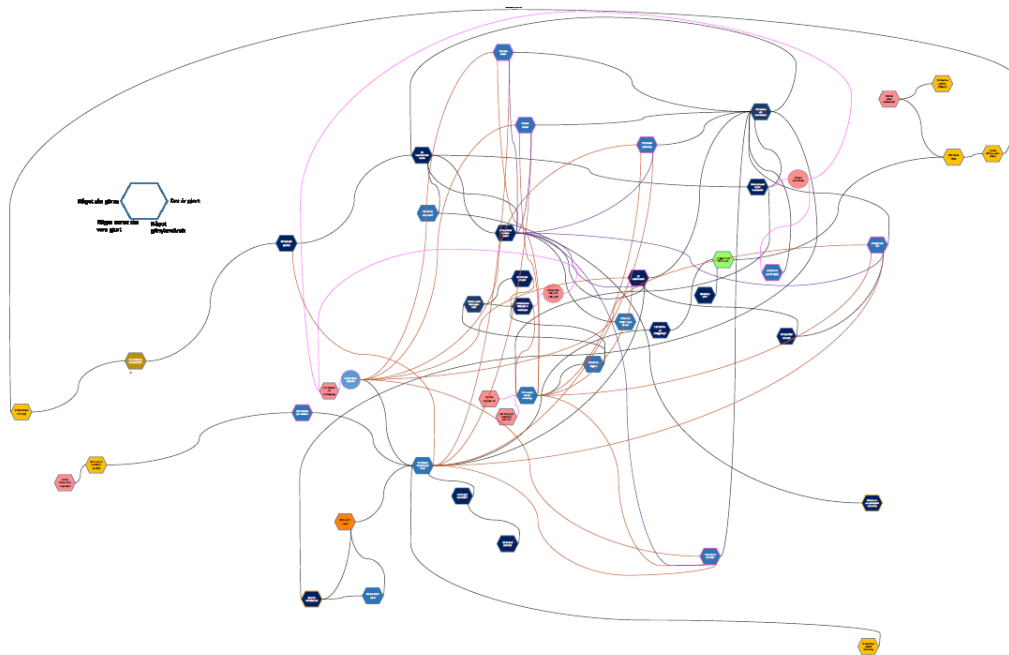
Nedan visas en mycket förenklad modell⁵ av systemet psykiatrisk öppenvårdsmottagning som kartlagts (figuren är i wordversionen länkad till en pdf som kan förstoras; i pdf-versionen finns samtliga bilder förstöringsbara längst bak). Bilden ger ett intryck av ett organiskt system, vilket också kan stämma med hur systemet uppför sig (som en organism).



⁵ Endast nyckelfunktioner är med i modellen. Det finns fler funktioner som görs och som beskrivs i separata delmodeller.

Gula funktioner är i denna modell funktioner som ligger externt, d v s utanför det egentliga systemet som studeras, och rosa är funktioner som helt genomförs och styrs av patienten.

Nedanstående modell visar kopplingar som är underförstådda⁶ i modellen ovan. Modellen blir rörigare och mer obegriplig.



Domäner

Termen domän definieras här som en ansamling av funktioner som har ett gemensamt syfte. I denna modell kan syftet hos en domän vara att åstadkomma professionell bedömning (som görs av legitimerad yrkesgrupp) och beslut/genomförande av efterföljande åtgärd. Exempel: Teamkonferens. Syftet kan också vara att säkerställa att vissa specifika åtgärder av medicinsk eller administrativ art genomförs. Exempel: Bedömning av sjukdomsaktivitet. En domän kan också utgöras av ansamling av funktioner som ligger hos andra aktörer som inte egentligen är en del av modellen men som kan vara av betydelse för det system som modellen beskriver. Exempel: socialtjänst.

Vilka domäner som finns varierar mellan olika modeller. Indelning av en modell i domäner underlättar förståelsen av modellens innehåll. I denna modell har fyra typer av domäner identifierats: professionella, funktionella domäner, externa aktörer och närstående.

Professionella domäner utgörs av funktioner som genomförs av en eller flera legitimerade professioner.

Funktionella domäner genomför åtgärder av medicinsk eller administrativ art och kan genomföras av alla yrkeskategorier, oavsett om de är legitimerade (professionella) eller inte (t ex administrativ personal).

Externa domäner utgörs av aktörer som ligger utanför det system som analyseras men som kan vara av direkt betydelse för systemets genomförande och utfall.

Närstående utgör en egen domän på grund av dessa funktioners särskilda förmodade direkta betydelse för patienten och som involverar personresurser (närstående till patienten) som inte direkt kan styras genom ett ledningssystem.

⁶ Här är kopplingar som har med besök och användningen av vård- och behandlingsplan inritade.

Professionella domäner

- Teamkonferens
- Läkare (LÄK)
- Psykolog (PS)
- Sjuksköterska (SSK)
- Kurator (KUR)
- Fysioterapeut (FT)
- Arbetsterapeut (AT)

Funktionella domäner

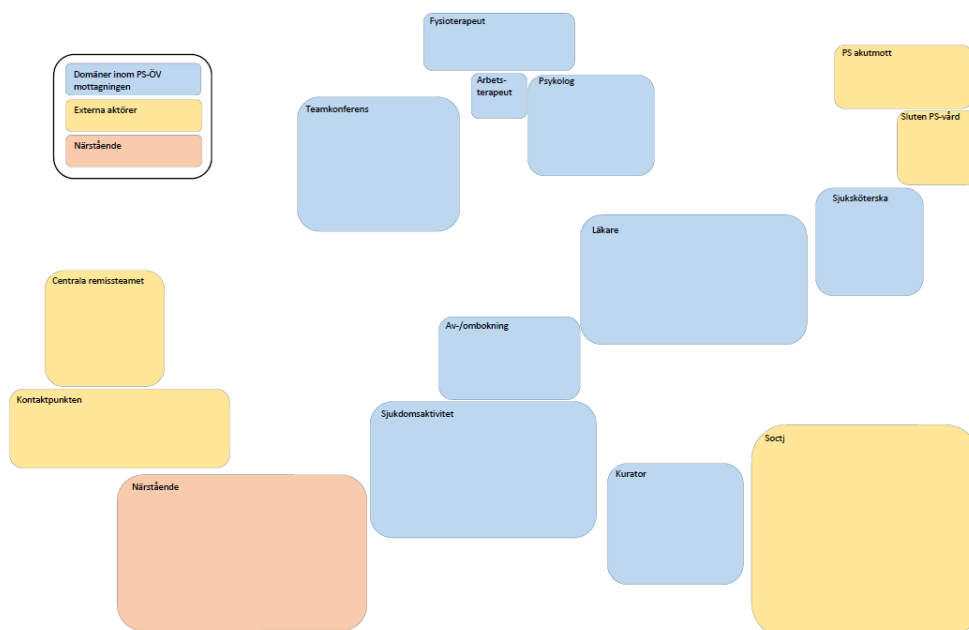
- Av-/ombokning: bevakar att planerad kontakt genomförs och att åtgärd vidtas om patient lämnar återbud eller uteblir
- Sjukdomsaktivitet: krisbedömning, nivå av ångest och depressiva symtom samt suicidriskbedömning
- Provtagning (visas inte i modellen)

Externa domäner

- Centrala remissteamet
- Kontaktpunkten
- Psykiatrisk akutmottagning (som inte är en del av öppenvården)
- Psykiatrisk slutenvård
- Socialtjänsten
- Försäkringskassan (visas inte i modellen)

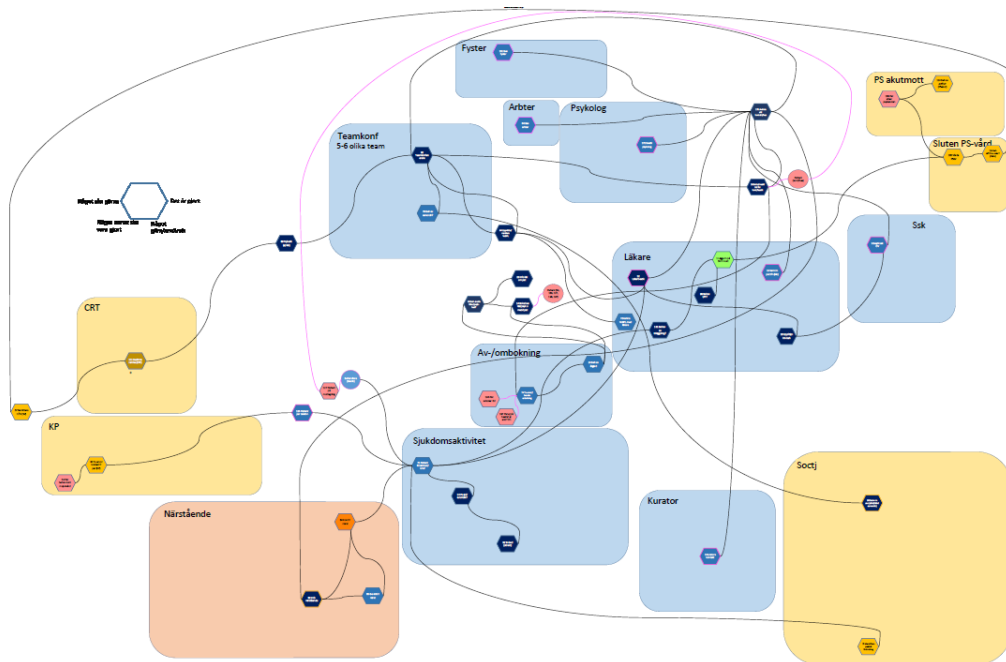
Närståendedomänen: alla funktioner som inbegriper närstående (som aktör eller deltagare vid informationsutbyte)

Domänerna i modellen visas nedan:



Storleken på domänerna är i viss mån proportionerliga till hur många funktioner som identifierats inom respektive domän (alla identifierade funktioner visas inte i denna rapport). Domänernas placering i förhållande till varandra antyder i viss mån att de ofta är kopplade till varandra.

Nedanstående bild visar modellen med domänerna angivna. Modellen blir nu mer överskådlig.



Fallgenomgångar

Modellen för öppenvårdsmottagningen användes för att kartlägga vården hos 8 patienter under den senaste 18 månadersperioden (om möjligt från remissankomst). Fyra av patienterna hade suiciderat medan de andra 4 var i livet mot observationsperiodens slut. Syftet var att undersöka i vilka delar av systemet som används med målet att om möjligt upprätta hypoteser om vilka funktioner/domäner som kan vara av särskild betydelse för att minska uppkomsten av självmordshandling, samt för att identifiera möjliga förbättringsområden med det yttersta målet att förbättra kvaliteten i verksamheten.

Vården kartlades på basen av tillgängliga uppgifter ur patientens journal vid mottagningen och det patientadministrativa systemet. Journalerna användes för ändamålet att bedriva kvalitetsarbete på uppdrag av verksamhetschefen. Fallgenomgången gjordes av ett team bestående av:

- Analysledare: expert på FRAM
- Teamledare: utvecklingsledare inom kvalitet
- Representanter för de olika professionerna vid öppenvårdsmottagningen
 - Psykiater
 - Psykolog
 - Sjuksköterska
 - Kurator

Vid fallgenomgången samlades följande uppgifter in:

- Bakgrundsinformation om patienten
 - Psykisk ohälsa
 - Social situation
- Funktioner som användes och tidpunkten för dessa: anges dels i tabellform dels i modellen
- Resultatet av varje funktion var inte i fokus men i de fall det var av betydelse för att förstå varför en viss funktion aktiverades antecknades detta i tabellen
- Om en funktion som inte genomfördes borde genomförts noterades detta som en oönskad variabilitet och utgjorde underlag för gruppdiskussionen – oönskad variabilitet analyserades inte inom ramen för denna studie utan endast i vilken omfattning som funktionerna genomfördes

Varje fallgenomgång i grupp genomfördes under 3 timmar. Varje fallgenomgång avslutades med reflektioner över vad som framkommit. Analysledaren sammanställde därefter varje fall med framställning av modeller, vilket i snitt krävde 3 timmar per fall. Sammanställningen presenterades därefter för analysgruppen med tillhörande diskussion.

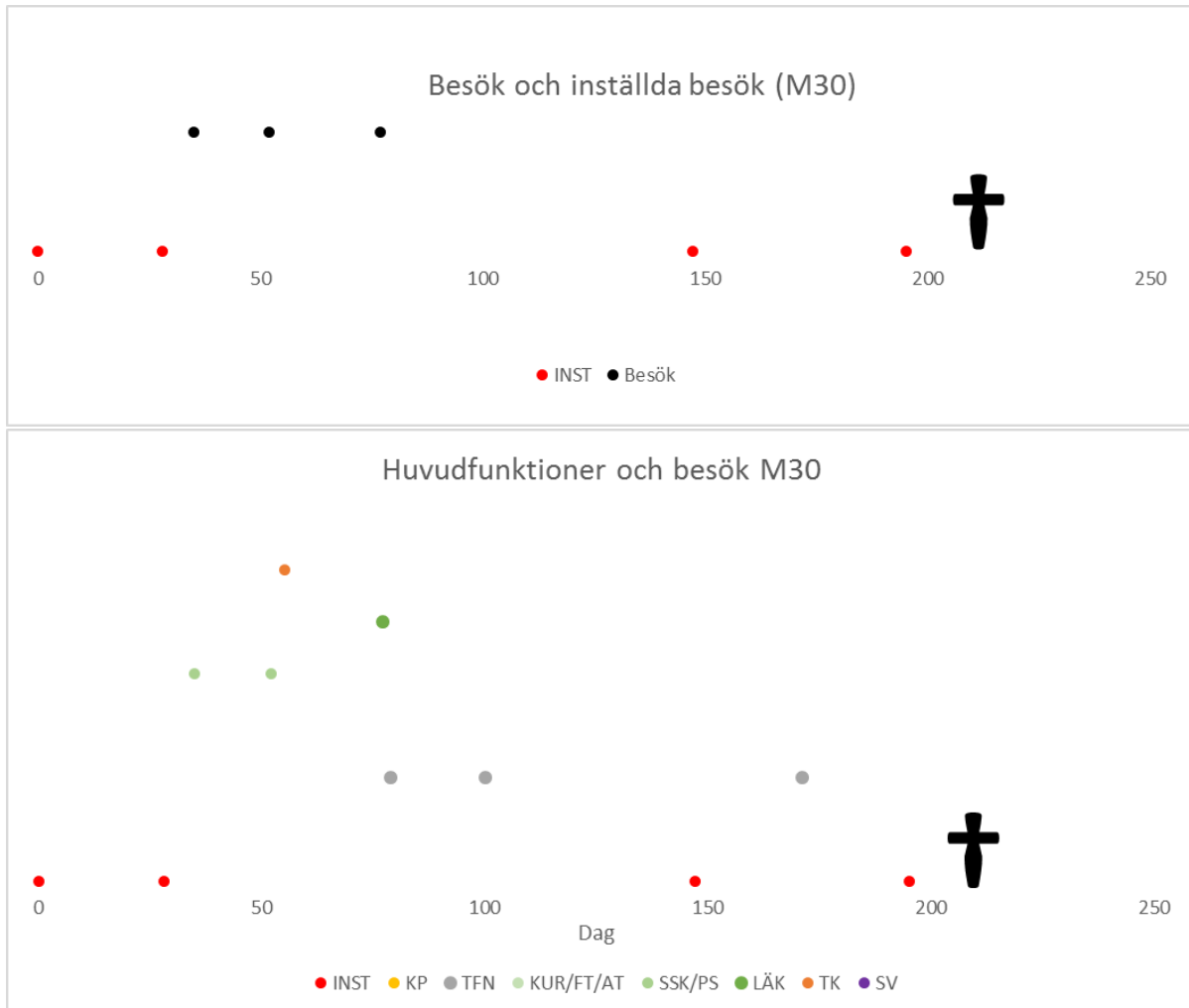
Fall M30 (S)

Depressionsbesvär, social ångest, suicidförsök efter att nära vän suiciderat
Sammanboende

Remitteras av privat psykolog till psykiatriska öppenvården efter suicidförsök.

Dag 214 efter remissbedömningen hittas patienten avliden efter att ha suiciderat.

Resurser som användes⁷:



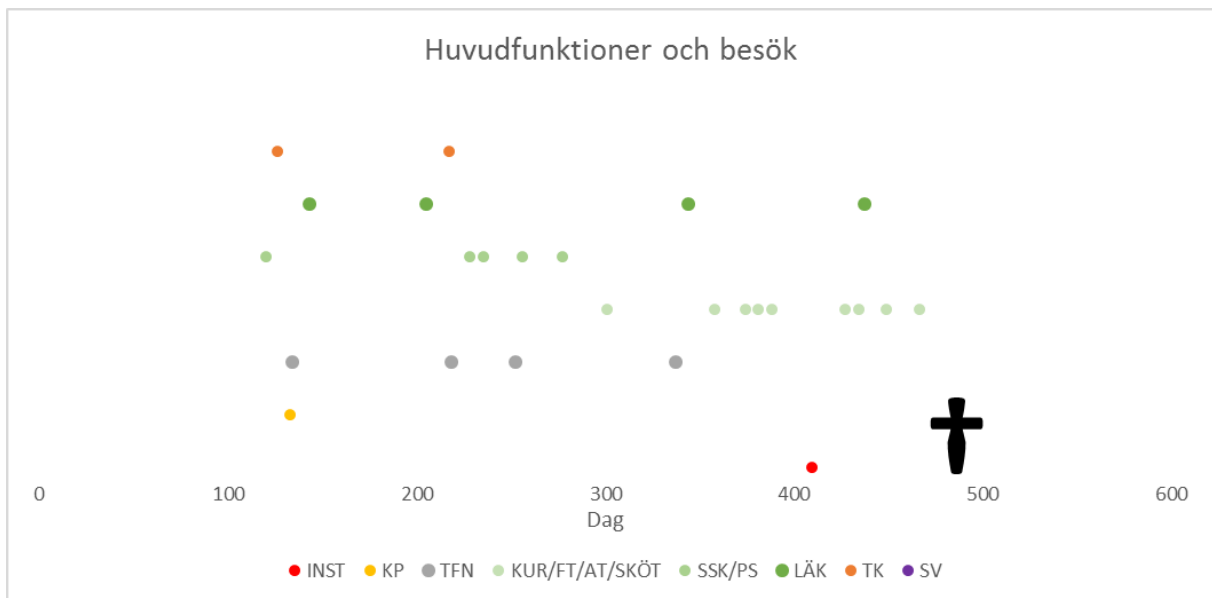
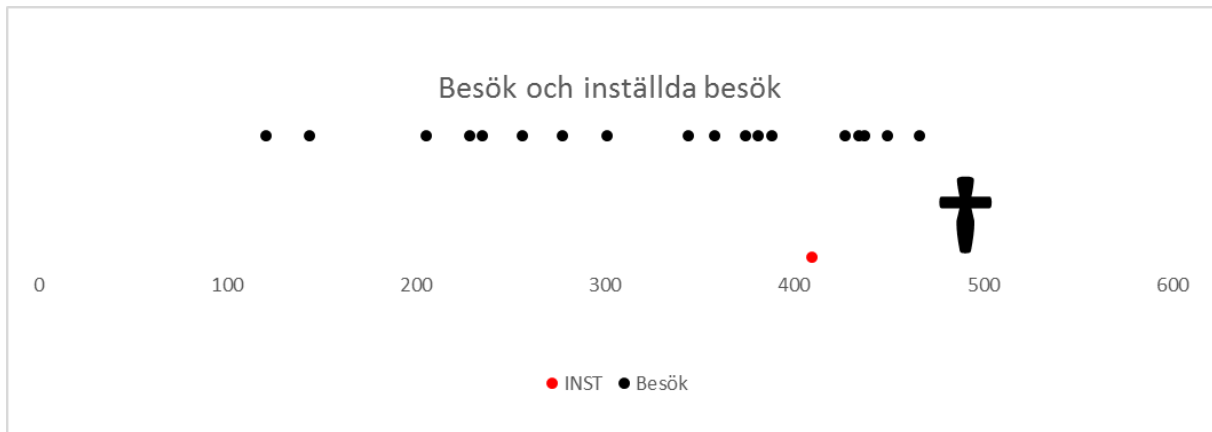
⁷ Fötkortningar i graferna: INST=inställt möte; KP=Kontaktpunkten; TFN=Telefonkontakt; KUR/FT/AT=Besök hos kurator, fysioterapeut eller arbetsterapeut; LÄK=Läkarbesök; TK=Teamkonferens; SV=Slutenvård (i par där första pricken är inläggning och den efterföljande är utskrivning).

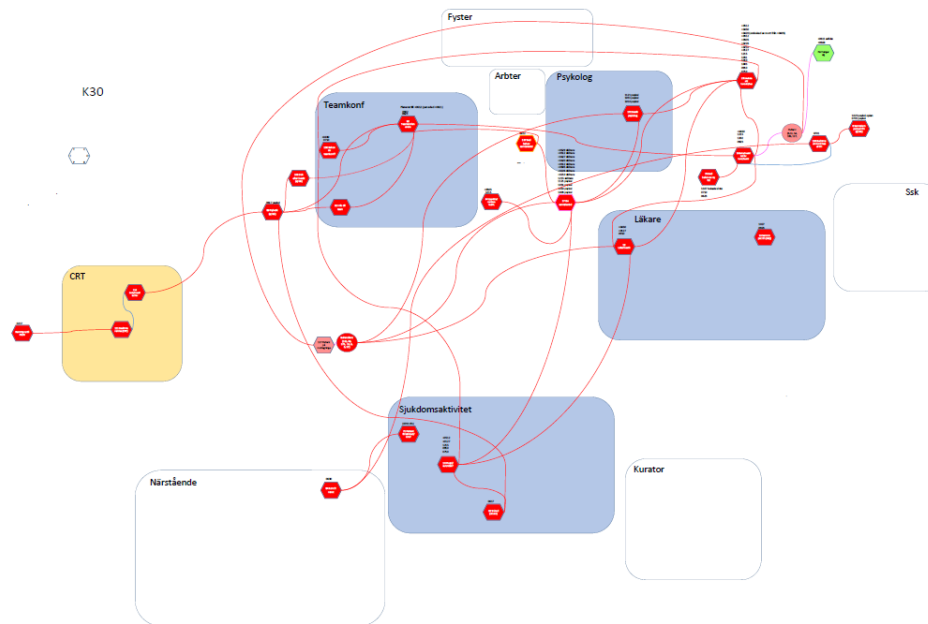
Fall K30 S

Tidigare kontakt med psykiatrisk öppenvård. Mångåriga depressionsbesvär och självdestruktivt beteende. Viss kontakt med förälder.

Remiss från psykiatrisk akutmottagning för uppföljning.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Många besök med samtalsstöd initialt med psykolog, under sista halvåret med skötare
- Inga teamkonferenser under tiden som patient hade samtalskontakt med skötare
- Sista halvåret endast besök hos läkare och samtalsstöd med skötare, ingen samverkan mellan skötare och läkare under denna tid – var skötaren ensam i sin kontakt med patienten och de iakttagelser som skötaren gjorde?
- Var vägen in till teamkonferens och läkarbedömning i systemet trygg i detta fall?
- Patientens sociala situation och behov penetrerades inte och ingen samverkan skedde med närstående (utom vid ett tillfälle när närstående tog kontakt med vården)
- Läkemedelseffekter utvärderades inte systematiskt
- Suicidrisk bedömdes inte systematiskt och sällan strukturerat

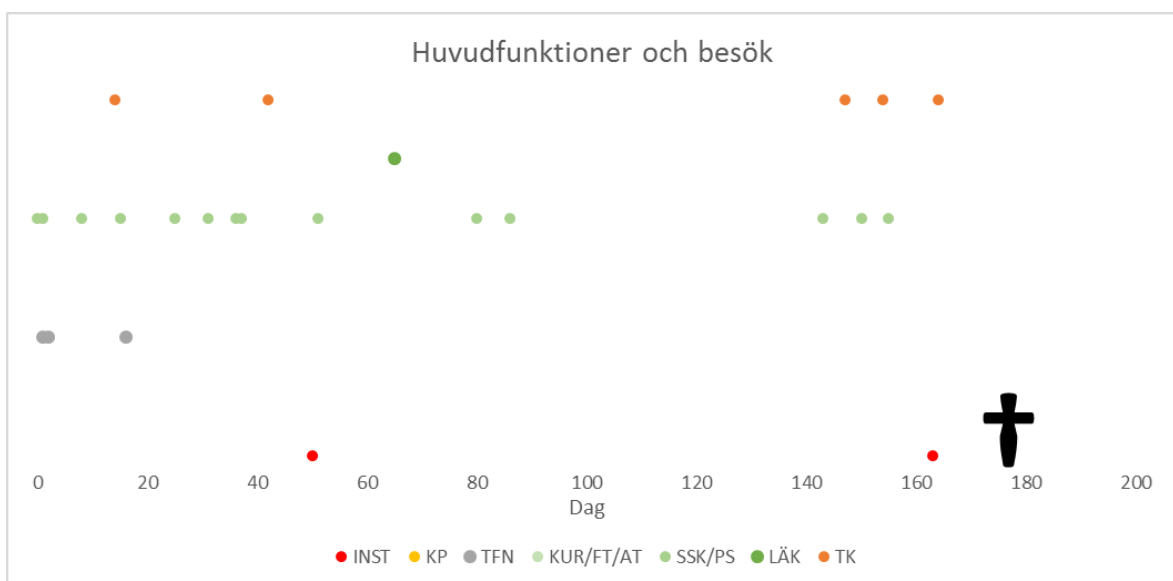
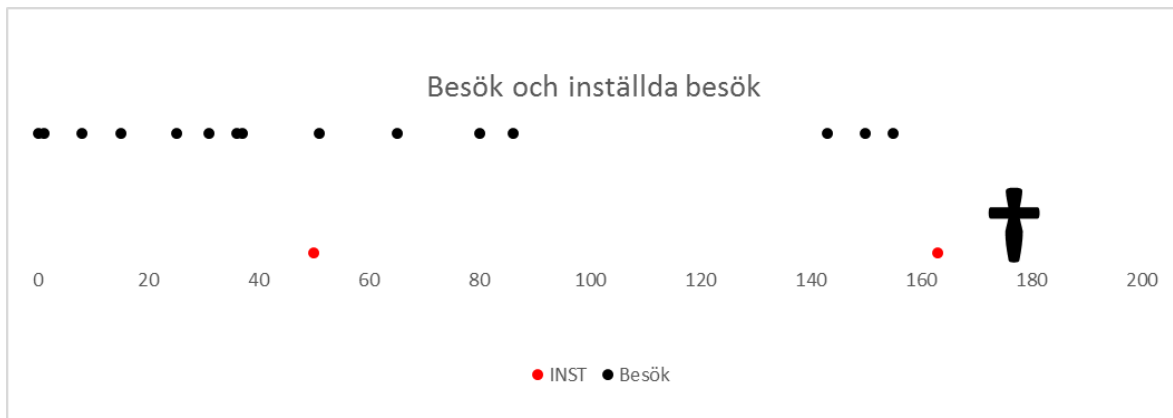
Fall 170323 (S)

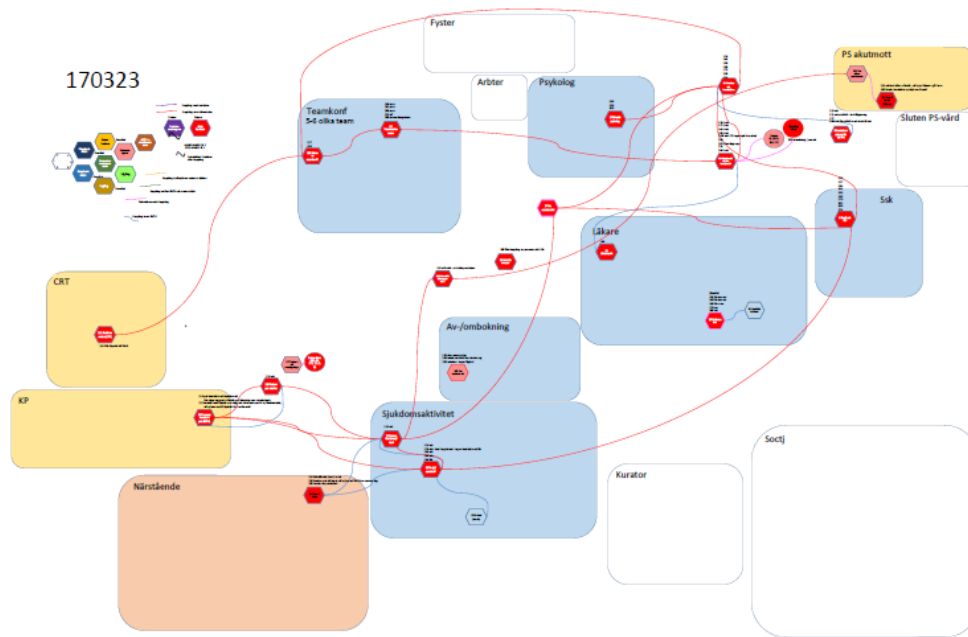
Mångåriga psykiatriska problem, bipolär typ 1, litiumbehandling. Upprepade tablettintoxikationer, impulsivt beteende.

Gift och minderåriga barn, syskon och förälder.

Remitterades från annan PS-öppenvårdsmottagning för fortsatt öppenvård.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Teamkonferenserna avhandlar vilket team patienten ska tillhöra, tre olika team har konferens
- Endast ett läkarbesök, ingen avstämning i teamkonferens
- Psykologbesök (ej färdigutbildad) handlar om utredning men ingen behandling eller penetration av behov
- Sjuksköterskebesök utan avstämning med team eller läkare (trygg väg i systemet saknas)
- Mot slutet skilsmässa strax före suicid
- Inget stöd till partner/familj

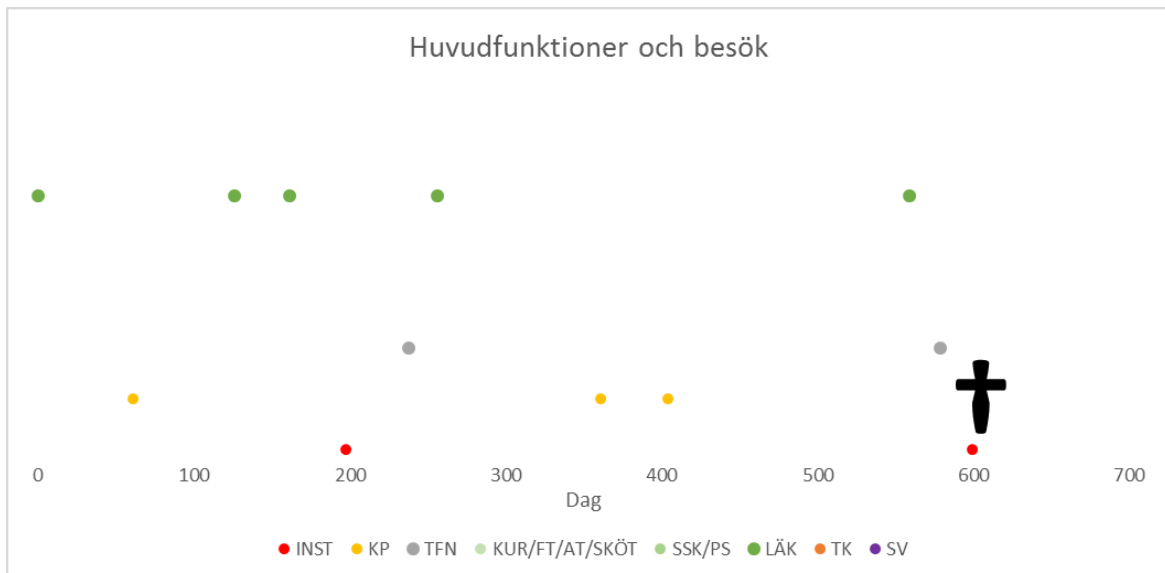
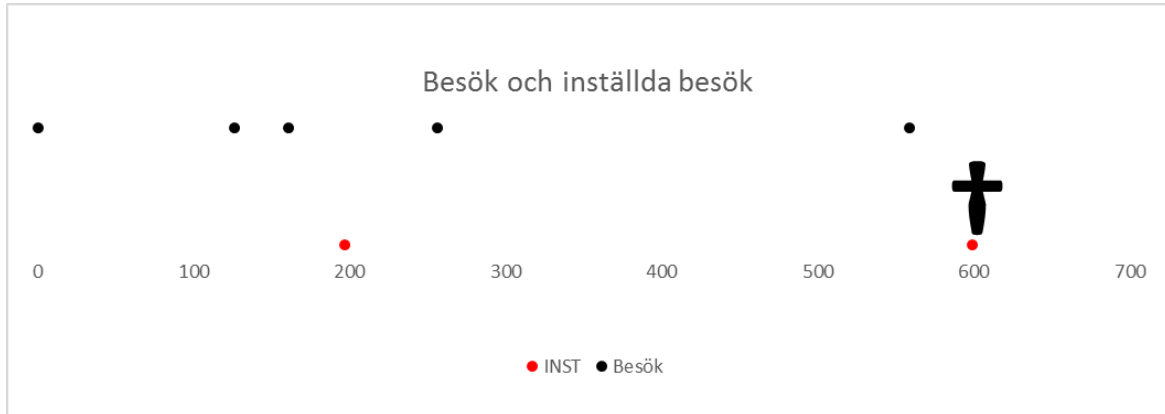
Fall 170609 (S)

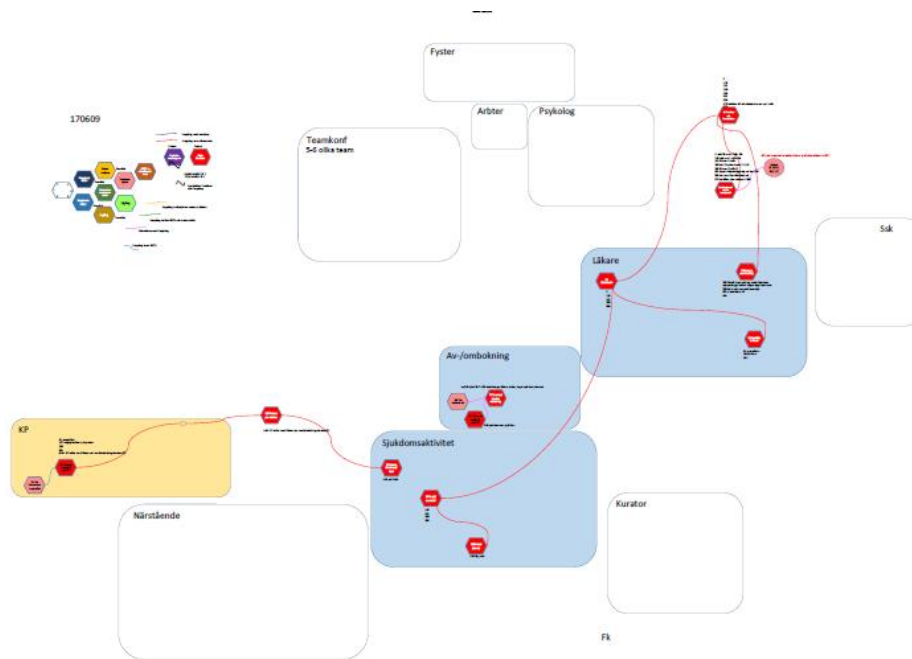
PTSD (mist flera vänner vid en olycka), misstänkt ADHD, alkoholmissbruk, tidigare suicidförsök.

Arbetar heltid. Har föräldrar och partner.

Överfördes från en annan PS-öppenvårdsmottagning pga omorganisation.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Inga teamkonferenser under tiden på mottagningen (>600 dagar)
- Patienten hade kontakt med privat psykiater som skrev ut läkemedel; patienten beställde läkemedel över nätet
- Närstående ej involverade; separation från partner mot slutet
- Ingen läkemedelsuppföljning hos sjuksköterska

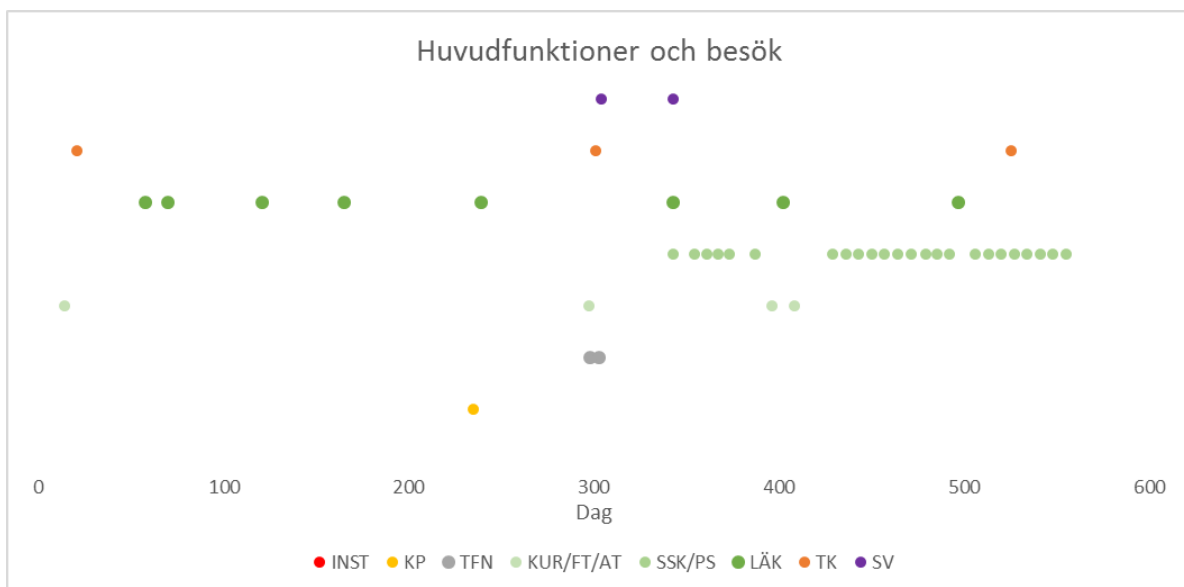
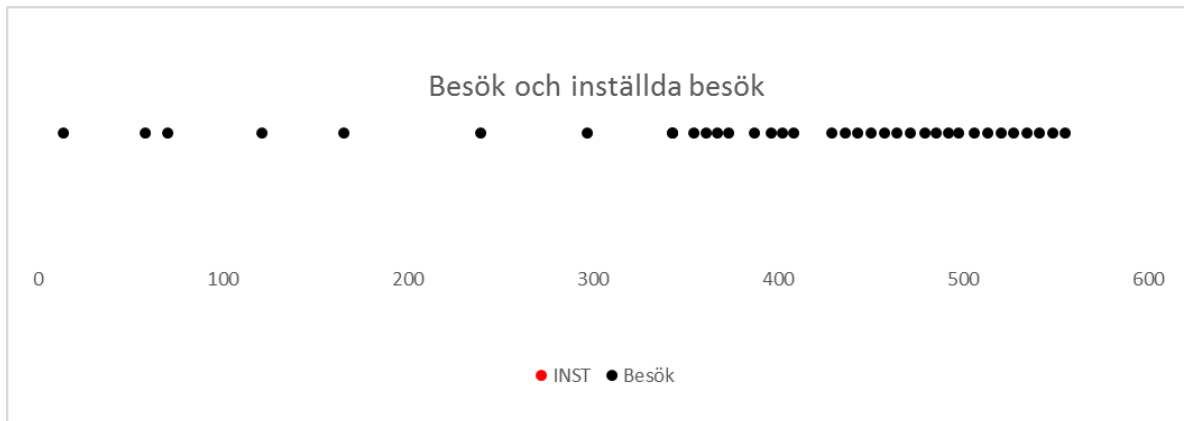
Fall 170116 (ej S)

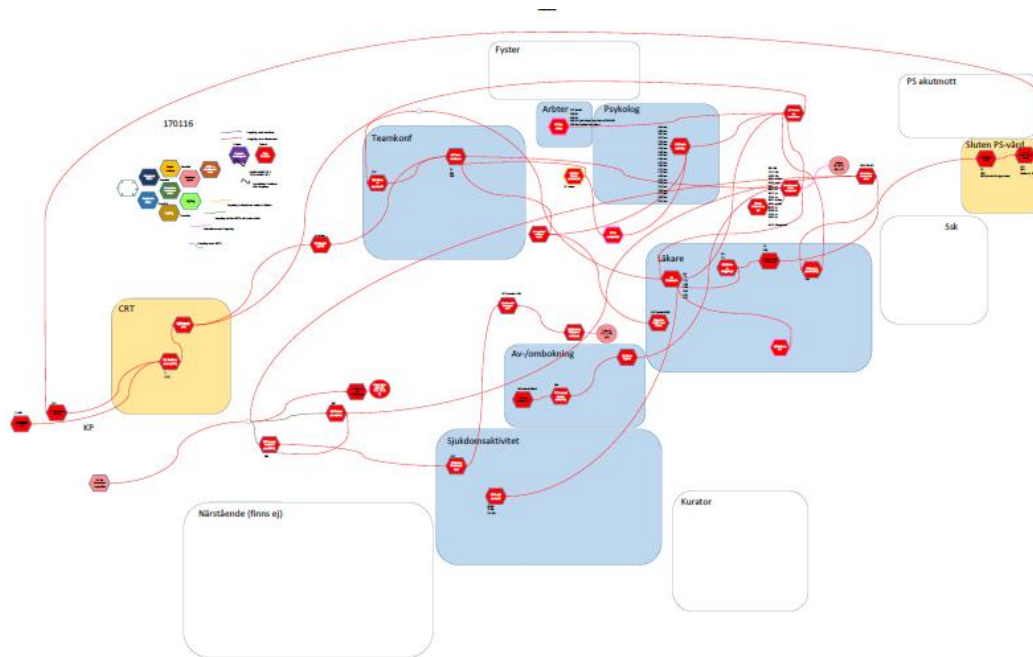
Återkommande depressioner, många olika läkemedel, ECT. Suicidförsök.

Ensamboende, ej partner, ej föräldrar, har vänner.

Remitterades från primärvården för övertag och läkemedelsbehandling.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Frekventa kontakter/besök hos behandlare med hög psykiatrisk professionell kompetens (trygg väg in i systemet)

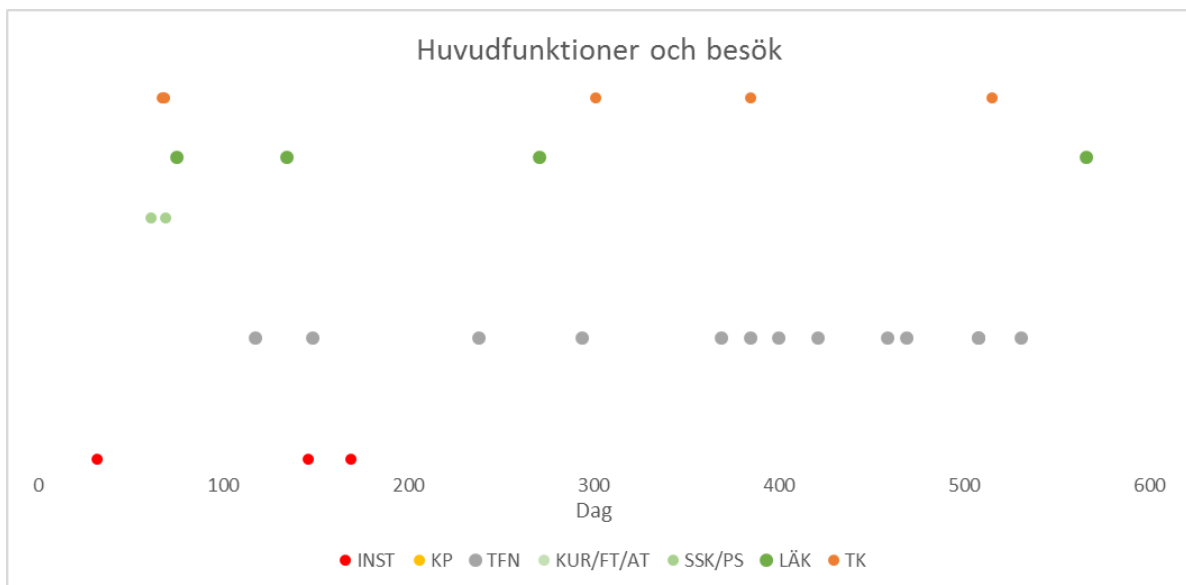
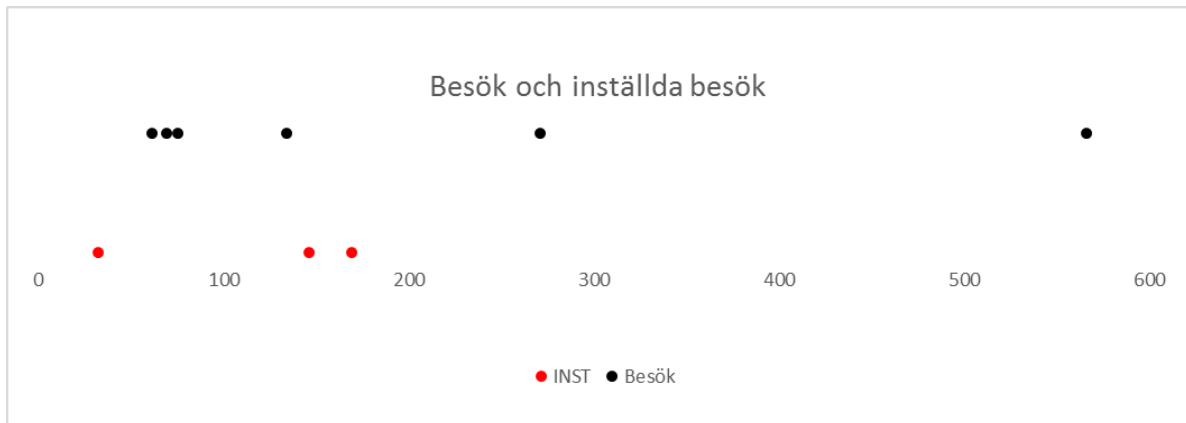
Fall 170216 (ej S)

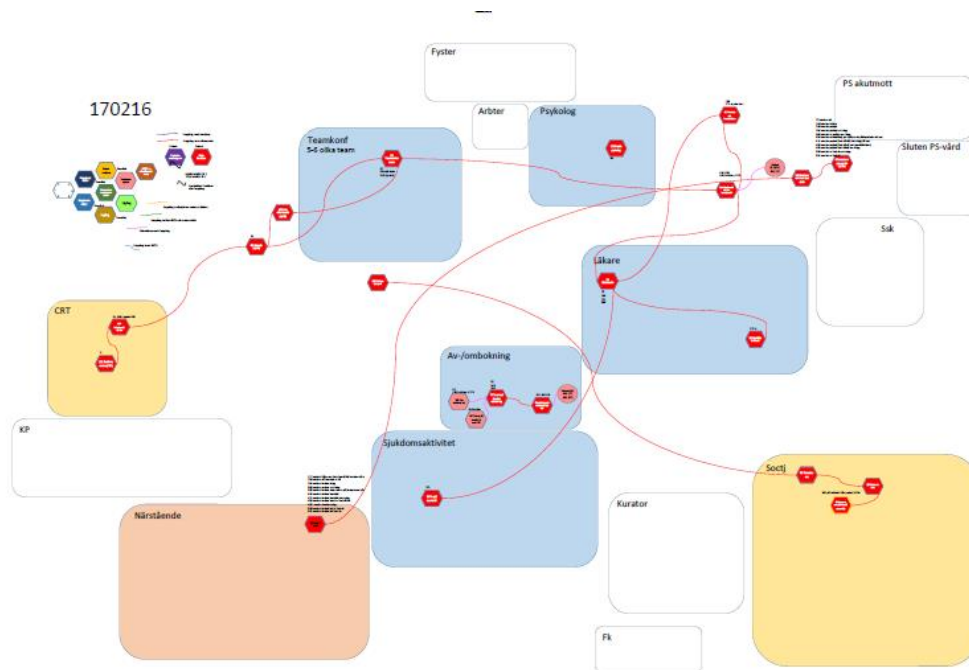
BUP-kontakt i tidiga tonår, OCD, social fobi, bipolär typ 2, lågbegåvad (ej särskolenivå).

Bor med partner.

Remitterad från annat sjukhus pga flytt.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Närstående (partner) stod för kontakten mellan patienten och mottagningen (samtliga kontakter togs på partners initiativ); partnern månade starkt om patienten och företrädde patientens intressen (t ex önskade kontakt med Socialtjänst för att sörja för socialt stöd för patienten om partnern inte längre skulle finnas till)
- Ingen suicidrisk eller suicidbenägenhet framkom anamnestiskt

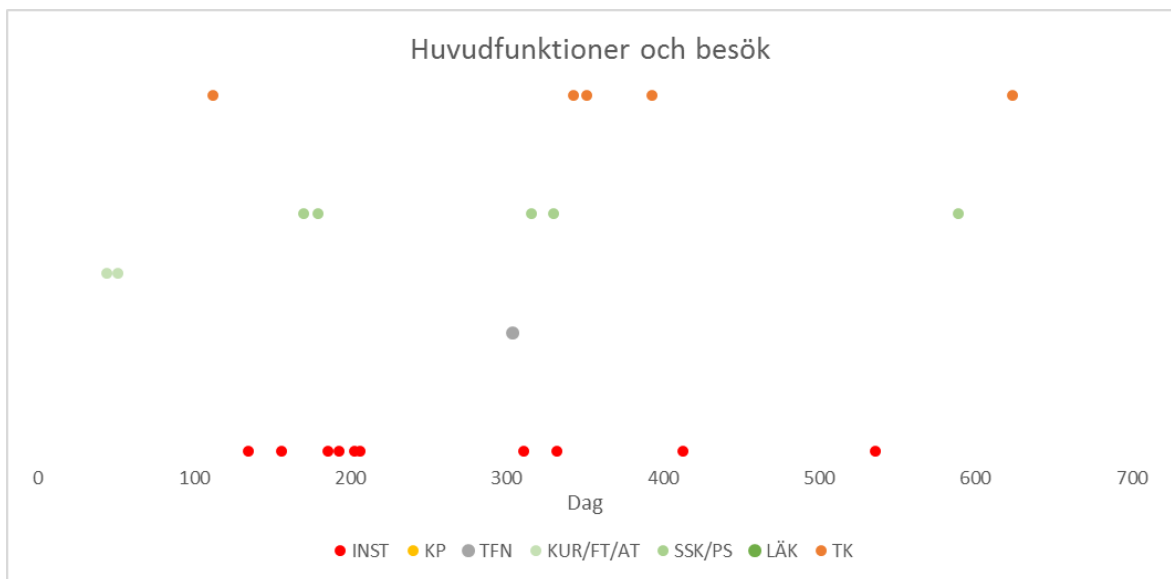
Fall 170424 (ej S)

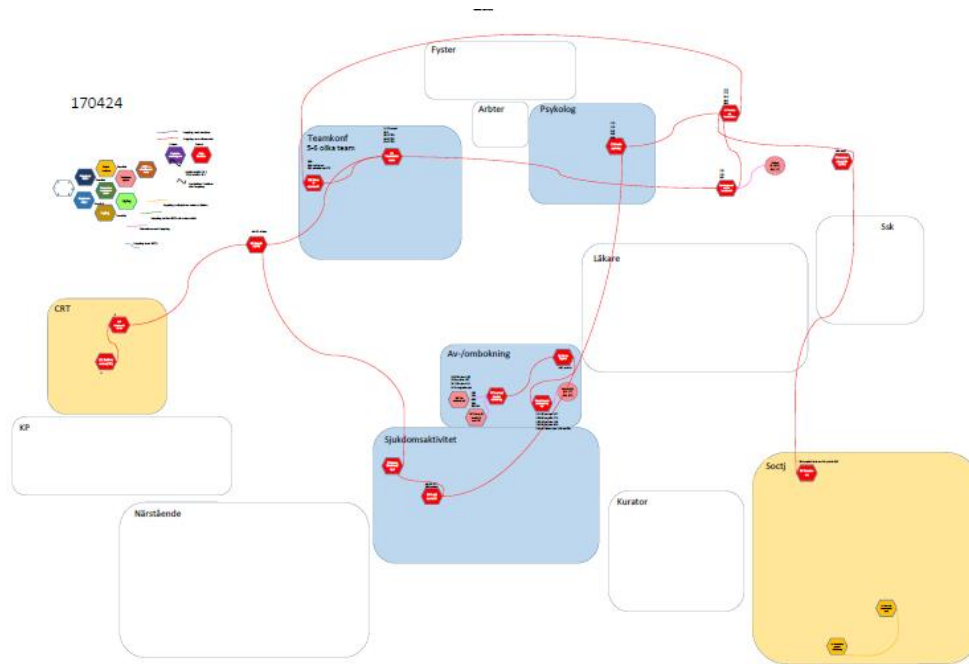
Traumatisk uppväxt med misshandel från förälder och suicidtankar. Perioder av cannabismissbruk. Social fobi, panikångest.

Partner (ej sammanboende). Referensboende med regelbunden kontakt.

Remitterad från somatiskt sjukhus för utredning och bedömning.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Patienten har regelbunden kontakt med stödperson på referensboendet
- Patienten ställt in samtliga planerade läkarbesök
- Återkommande besök hos psykolog (trygg väg in i systemet)

Fall 170512 (ej S)

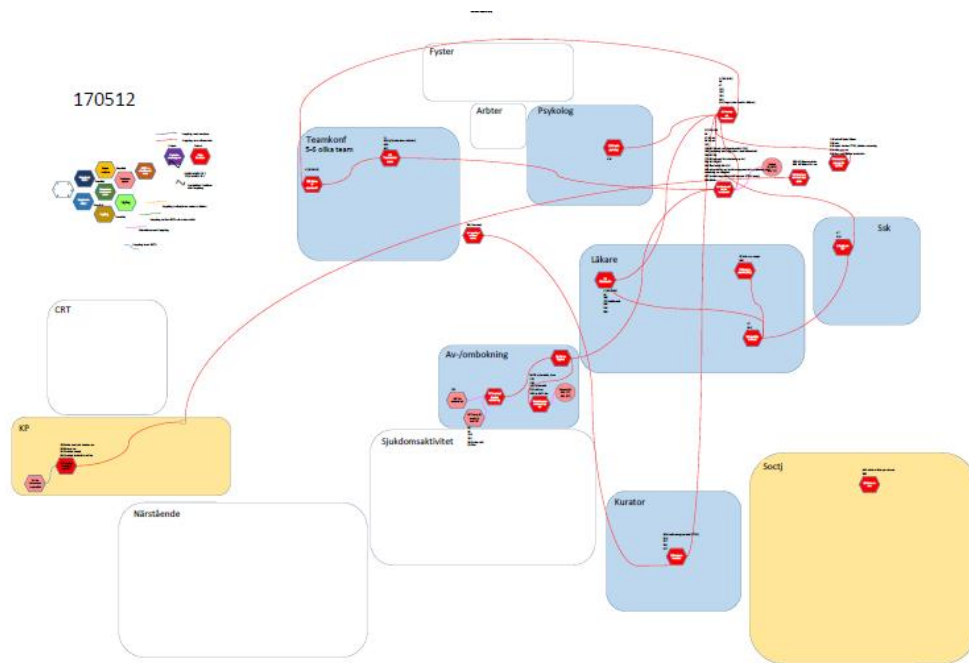
Missbruk hos förälder, misshandlad av förälders partners och av egen partner. ADHD, läkemedelsbehandlad. PTSD? Uppsökt psykiatrisk akut flera gånger.

Ensamstående, har minderårigt barn.

Remitterad till psykiatrisk öppenvård från psykiatriakuten, även egenremiss. I modellen beskrivs det senaste 1,5 året.

Resurser som användes:





Kommentarer:

- Patientens kontakt med mottagningen var skör (patienten avbokade ofta)

Tentativt fall 170809

Detta fall kan ses som en typ av stresstest på systemet: fungerar systemet och vilka funktioner är särskilt betydelsefulla?

Fallbeskrivning:

Depressionsbesvär, flera år sedan upprepade suicidförsök, senaste åren mått väl och skötts via VC. Senaste halvåret tilltagande depression.

Ensamboende, ej partner, bror och mor. Arbetsökande (uppsagd för 1 år sedan pga arbetsbrist)

Remiss från VC för bedömning och handläggning pga ökande depression och suicidtankar.

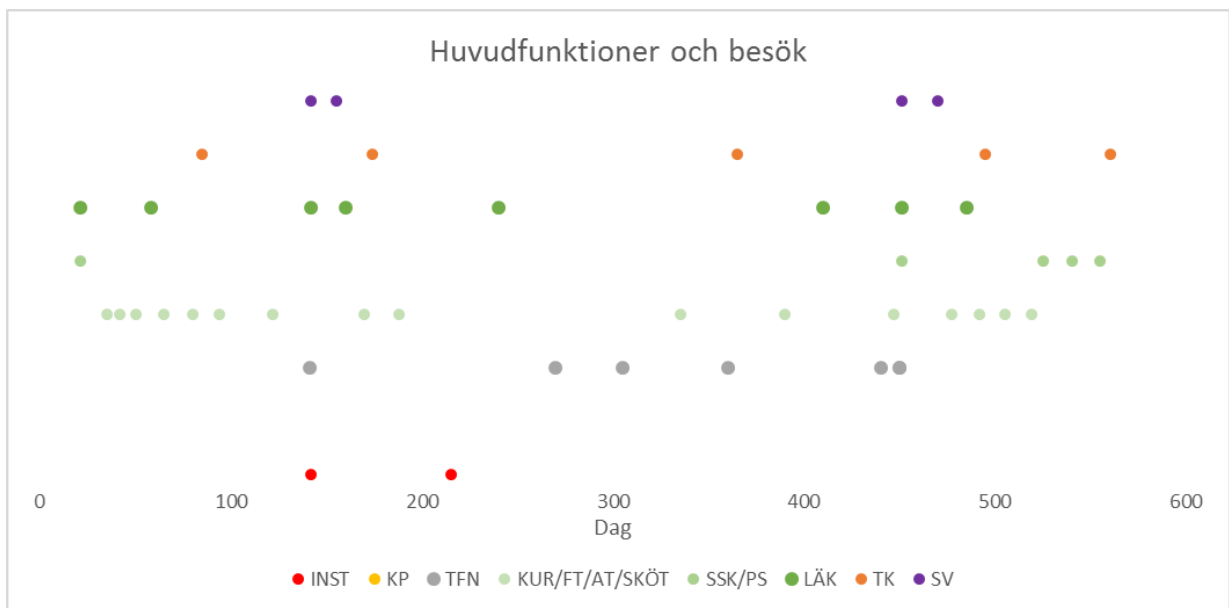
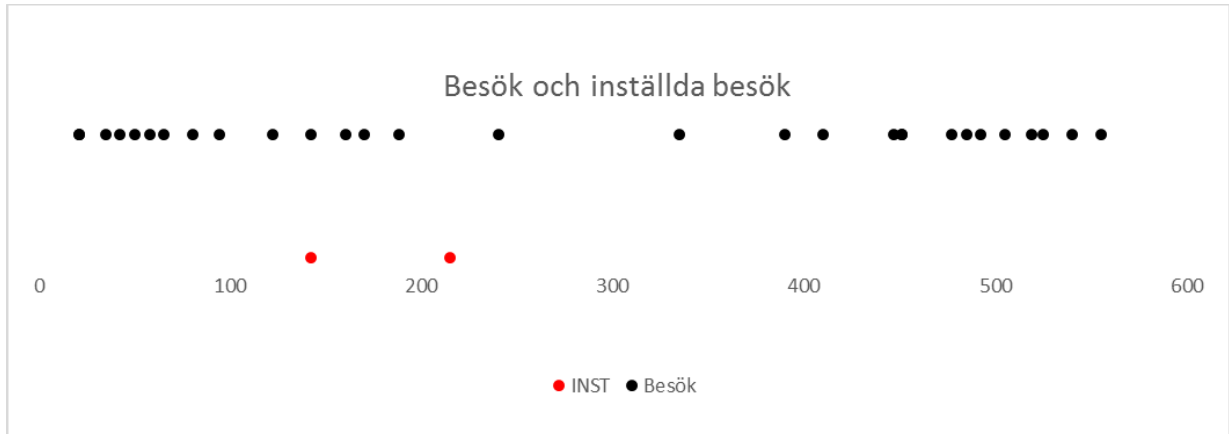
FRAM-analys av patientfall med ökad suicidrisk

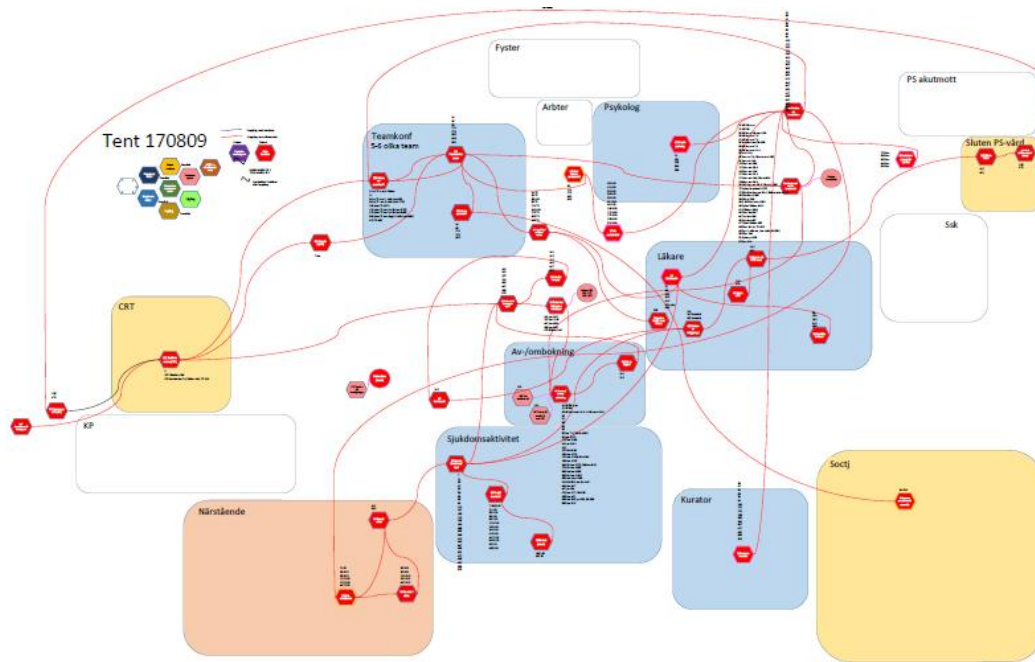
Nedan visas en tabell över händelseförloppet:

Dag	Händelse	Domän	Besök	Profession vid åtgärd	Tid	Ångest/ depressiv/ ökad suicidalitet?	Social händelse?	Kommentar
0	Remissbedömning	CRT						NB t kur inom 14 d
7	NB kurator	NB						NB-utredning, anm till TK
14	Teamkonferens	TK						plan bes till psykol f kompl utr och läk
21	Läkarsök	LÄK	1	LÄK				
21	Psykologbesök	PS	1	PS	0			Genomf kompl utredn, info närst
30	Teamkonferens	TK						Revid vpl
35	Kurator	KUR	1	KUR	14			Samtalsstöd och soc behov, info närst
42	Kurator	KUR	1	KUR	7			Samtalsstöd
50	Kurator	KUR	1	kur	8			Samtalsstöd
58	Läkarsök	LÄK	1	LÄK	8			
65	Kurator	KUR	1	KUR	7			Samtalsstöd
80	Kurator	kur			15		Förlorat bostad	Samtalsstöd, vräkt fr bostad
85	Teamkonferens	TK		TK				
94	Kurator	KUR	1	kur	14			samtalsstöd
122	Kurator	KUR	1	kur	28	Ökad nedst		samtalsstöd
141	Närst: pat stänger in sig	närst		tfn		Soc isol		boka psykolbes till d142
141	Pat, nås ej per tfn, stöd t närst	TFN						stöd till närst
142	Pat uteblir fr besök			INST		Soc isol		läkare gör hembesök
142	Hembesök	LÄK	1	LÄK	20	Suicidal		Vårdintyg
142	Inläggning PS-SV			SV				
155	Utskr PS-SV			SV				Rem t PS-ÖV
157	Remissbedömning	CRT						Bes "NB" hos psykol inom 1v
160	Läkarbesök	LÄK	1	LÄK	18			
170	Kurator	kur	1	kur	10			
174	Teamkonferens	TK		TK				
188	Kurator	kur	1	KUR	18			Fått arbete
210	Pat bokar av tid							Mår bra, önskar behålla plan läktid d240
215	Avbokar besök till kur	INST		INST				
240	Läkarbesök	LÄK	1	LÄK	52			
270	Kurator tfn	KUR		TFN				Mår bra, inget behov av samtal, fått ny bostad
275	Teamkonferens	TK						
305	Kurator tfn	KUR		TFN				
335	kurator besök	kur	1	kur	95			Mår bra
360	Kurator tfn	kur		tfn				Mår bra
365	Teamkonferens	tk		tk				Månatliga kontakter med kur, läkbes
390	kurator besök	kur	1	kur	55			Mår bra
410	läkarbesök	läk	1	läk	20			Mår bra
440	kurator tfn	kur		tfn		hopplöshet		info läk: kurbes om en vecka
447	kurator besök	kur			37	saknar livslust		info läk: ps-besök inom en vecka
450	närst tfn	närst		tfn		isolerar sig		
450	Kurator ringer pat	kur				mkt nedstämd		info läk: tidigarelägga ps-bes imorgon
451	psykologbesök akut	ps	1	ps	4	suicidal		
451	läkarbesök akut	läk	1	läk		Suicidal		inläggning (utan LPT)
451	SV inl			SV				
470	SV utskr			SV				Remiss t PS-ÖV
473	Remissbedömning	CRT						kurat bes 1v, läkbes 2 v, TK 3v
477	kurator besök	kur	1	kur	7			Mår bra, identitetslös
485	läkarbesök	läk	1	läk	8			Mår bra, men viss tomhet
492	kurator besök	kur	1	kur	7			Som tidigare
495	Teamkonferens	tk		tk				utreda behov av psykoterapi (ps), ny vpl: samtal kur v14d, läkbes d550, TK 560
505	kuratorsbesök	kur	1	kur	13			samtalsstöd
519	kuratorsbesök	kur	1	kur	14			samtalsstöd
525	psykologbesök	ps	1	ps	6			utredning psterapibehov
540	Psykologbesök	ps	1	ps	15			psykoterapi, läkbes efter plan TK
555	psykologbesök	ps	1	ps	15			psykoterapi, läkbes efter plan TK
560	teamkonf	tk		tk				

(Tidskolumnen anger tiden i dagar mellan två besökstillfällen.)

Resurser som användes:





Tabellen nedan visar vilka underfunktioner för domäner/funktioner som aktiverades.

Funktion	Funktion/ Nybesök	Teamkonf	Läkare bes	Läkare tfn	Psykolog	Sjuksköt	Kurator	AT/FT/ sköt	Tfn (ej läk)
Dag	7	14, 30, 85, 174, 275, 365, 495, 560	21, 58, 160, 240, 410, 451, 485		21, 451, 525, 540, 555		35, 42, 50, 65, 80, 94, 122, 170, 188, 335, 390, 447,		270, 305, 360, 440, 450
NB-utredning	7				21, 525				
Utredning	7								
Anamnes	7								
Som status	7		21, 160, 451		451, 525, 540, 555		35, 42, 50, 65, 80, 94, 122, 170, 188, 335, 390, 447,		270, 305, 440, 450
Kris-/försämringsbed	7	14, 30, 85, 174, 275, 365, 495					35, 50, 80, 122, 170, 188, 335,		
Patientens behov (inkl soc)	7	14, 30, 85, 174, 275, 365, 495					35, 50, 80, 122, 170, 188, 335,		
Kompetterande utredningsbehov		14	21						
Fast vårdkontakt		14 (kur)							
Bedöma teamtillhörighet		14							
Samtalsstöd?		30, 85, 174, 275,							
Psykoterapibehov?		495							
Samordningsbehov?		14, 85, 174, 275,							
SIP		14, 30, 85, 174,	451, 485						
Handläggning/behandlingsinsats?		14, 30, 85, 174,	451, 485						
Yrkesgrupp?		14, 30, 85, 174,			525, 540, 555		35, 65, 80, 94,		270, 305, 440, 450
Behov besök/kontakt		14, 30, 85, 174, 275, 365, 495					122, 170, 188,		450
Vårdplan		14, 30, 85, 174,	58, 240		525				
Närstående involverade?		14, 30, 85, 174,			21		35, 80, 170, 447,		
Bedöma depression			21, 58, 160, 240,						
Behandla depression			21, 58, 160, 240,						
Bedöma ångest			21, 58, 160, 240,						
Bedöma suicidrisk	7		21, 58, 160, 240,		451, 525		35, 80, 122, 447,		450
Strukturerad suicidriskbed			160, 451		451				
LPT-behov?			160, 451		451				
SV-behov?			160, 451		451				
Utfärda intyg (ej LPT)			21, 58, 160, 240,						
Läkemedelsbehov?			21, 160, 240, 410,						
Ordinera läkemedel			160						
Info om lmi-biverkningar			58, 160, 240, 410,						
Följa upp läkemedelsbehandl			58, 160, 240, 410,						
Behov av åtgärd (bes/tfn/läkarbed)?					451		447		270, 305, 440, 450
Samtalsstöd							35, 42, 50, 80, 94, 122, 170, 188,		
Psykoterapi					540, 555				
Informera läkare					451, 525				440, 450
Bedöma social situation							35, 50, 80, 94, 122, 170, 188,		
Ta kontakt med soc/FK							94		
Behov av TK		14, 30, 174, 275,			160		94, 122, 477		

Patienten hade åtminstone två kriser:

- Dag 141: tilltagande social isolering utan vilja till kontakt med närstående, tilltagande suicidalitet
- Dag 450: kraftig nedstämdhet med tilltagande suicidalitet

Framgångsfaktorer (möjliga)

- Närstående involverade och får stöd
- Teamkonferenser vid ändamålsenliga tidpunkter och regelbundet; behov av teamkonferenser bedöms fortlöpande
- Tät kontakt med fast vårdkontakt som också är samtalsstöd
- Flera professioner involverade
- Alla kontakter avslutas med ställningstagande till nya besök/TK
- God bevakning av inbokade av avbokade besök
- Snabb uppföljning efter slutenvård

Närståendes betydelse i fallet

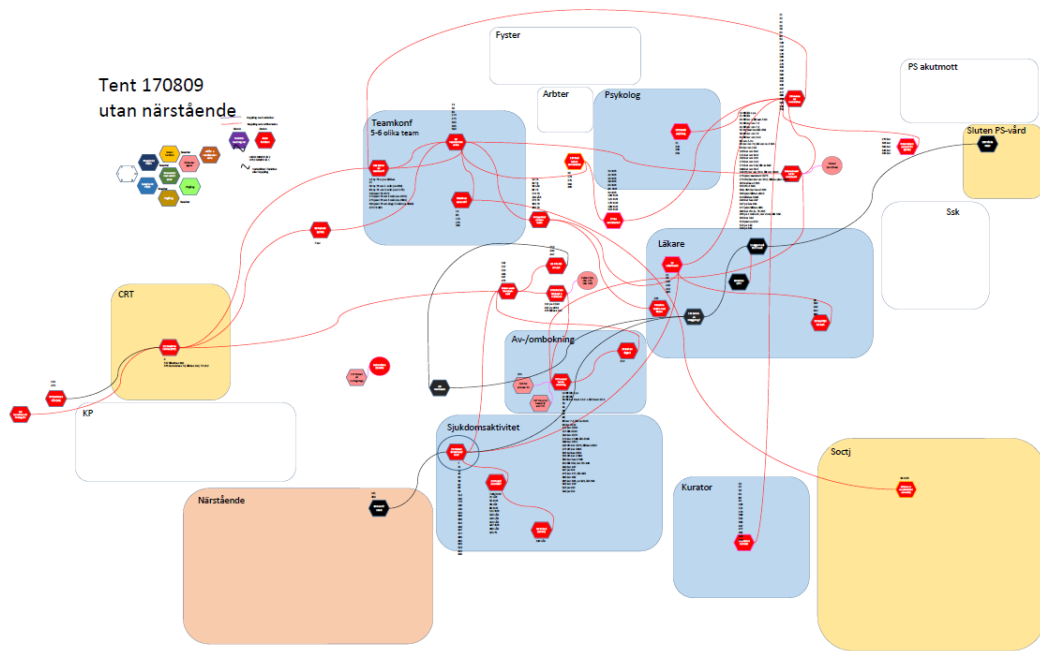
Närstående initierade vid två tillfällen ökad aktivitet på mottagningen:

- Dag 141 ledde kontakten till att ett akutbesök till psykolog dag 142 bokades in som annars inte hade blivit av – patienten var inte under planerad kontakt förrän dag 159 och hade under dag 141-159 kunnat suicidera
- Dag 450 ledde kontakten till akutbesök till psykolog dag 451 – patienten var planerad till besök dag 454 och hade under dag 450-454 tid kunnat suicidera

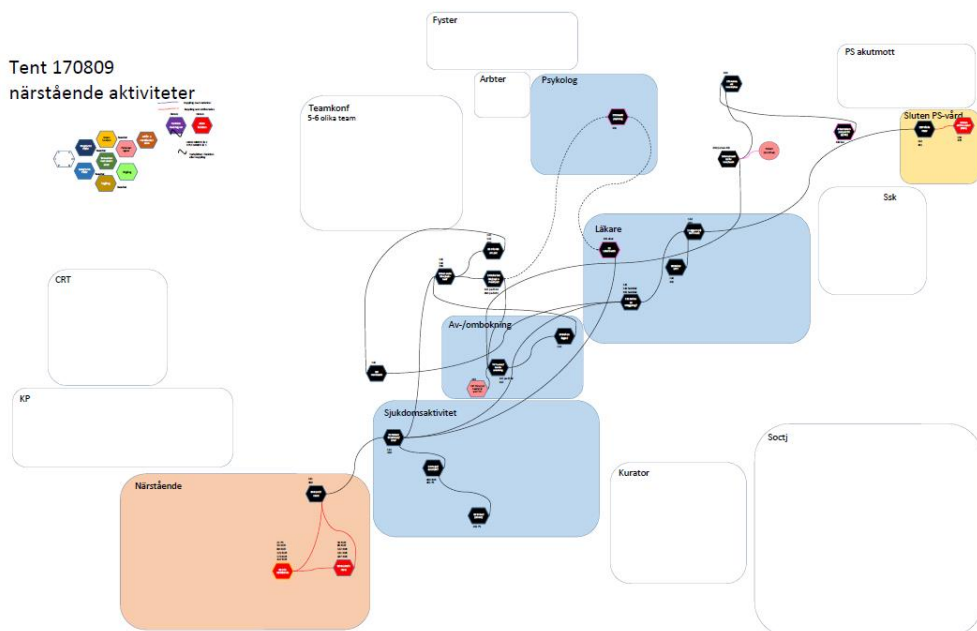
Att närstående kontaktade mottagningen räddade sannolikt livet på patienten vid två tillfällen.

Närståendes benägenhet att kontakta mottagningen ökar om de är välinformerade, får stöd och har god kontakt med patienten och kontaktvägarna är lätt tillgängliga och välkända.

Nedanstående bild visar betydelsen för inläggningarna om närstående inte medverkar. Svarta funktioner anger här funktioner som uteblir. Observera att inläggningarna sannolikt inte hade blivit av om inte närstående hört av sig.



Nedanstående visar ett utsnitt av modellen för funktioner som aktiverades till följd av närståendes kontakt med mottagningen. Svarta funktioner betyder här att de aktiverades. Samtliga funktioner aktiverades tack vare att närstående hörde av sig!



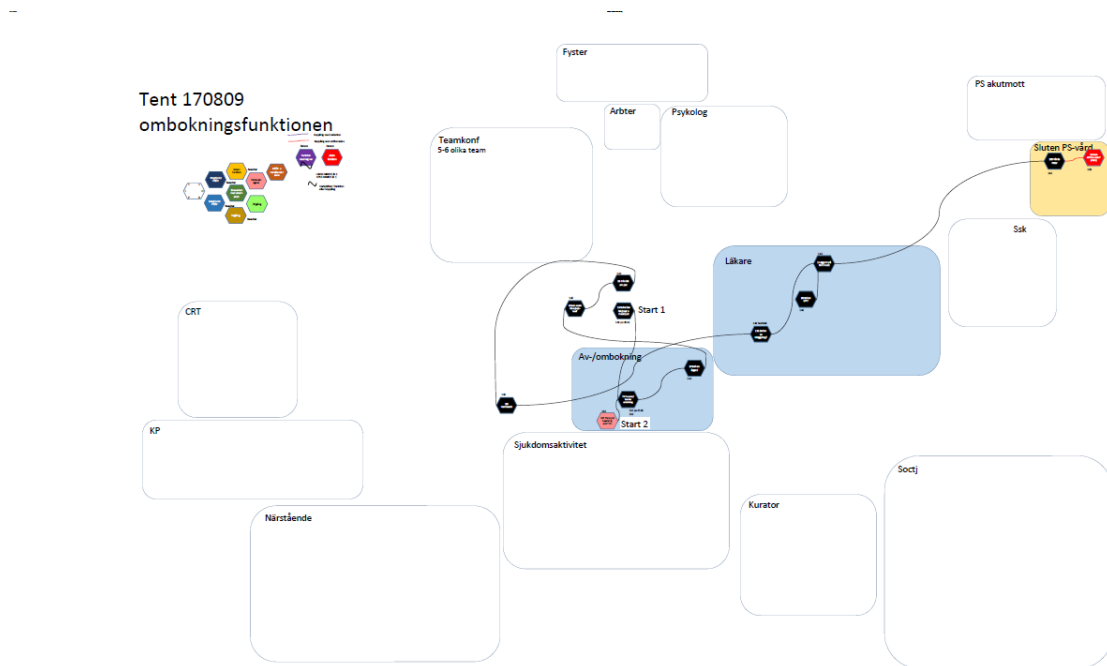
Av-/ombokningsfunktionens betydelse i fallet

Ombokningsfunktionen larmade när patienten uteblev från planerat akutbesök dag 142. Om bevakningen hade uteblivit hade patienten när som helst kunnat suicidera fr o m dag 142 (nästa planerade kontakt var dag 159). Ombokningsfunktionen såg till att en bedömning av behov av åtgärd där läkare blev involverad gjordes, vilken ledde till hembesök där man konstaterade att patienten behövde vård enligt LPT. Ombokningsfunktionen aktiverades tack vare information om planerat akutbesök till dag 142, så att detta kunde bevakas, och goda resurser och rutiner så att bevakningen också verkligen genomfördes.

Att funktionen fungerade väl räddade sannolikt livet på patienten vid ett tillfälle.

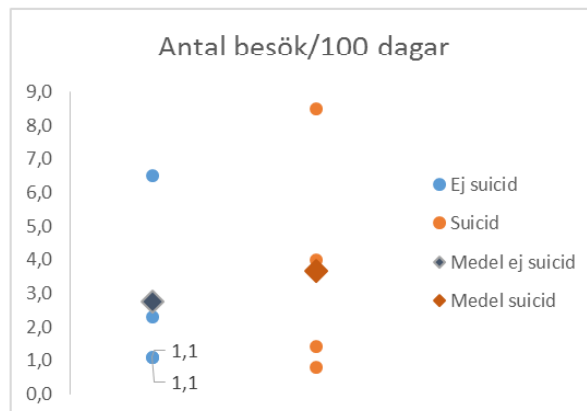
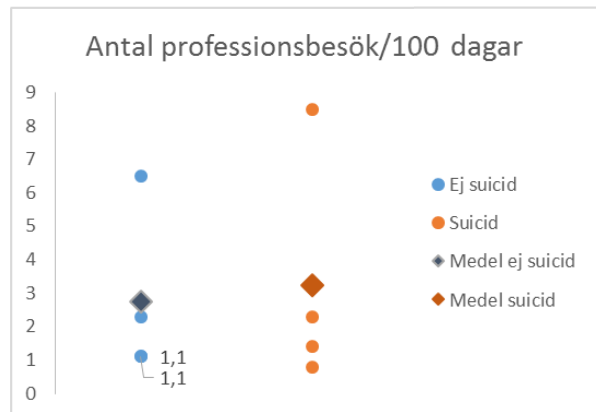
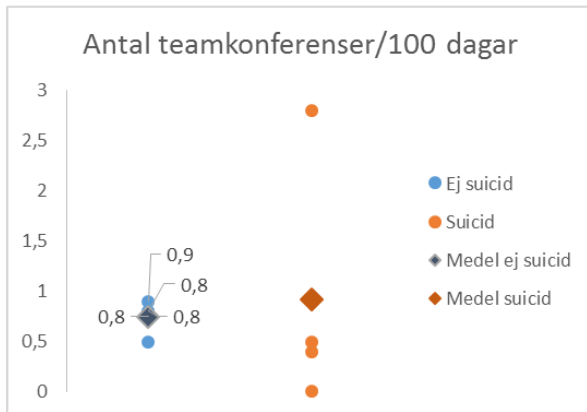
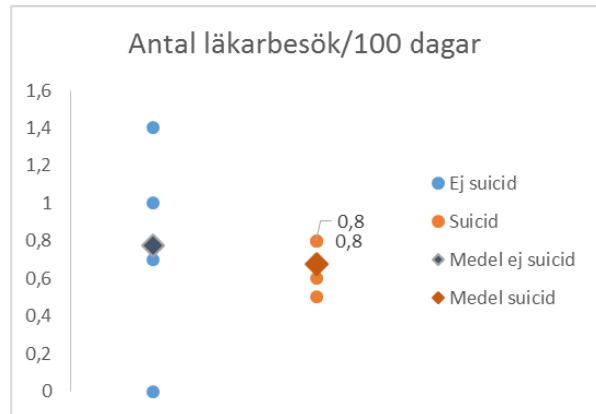
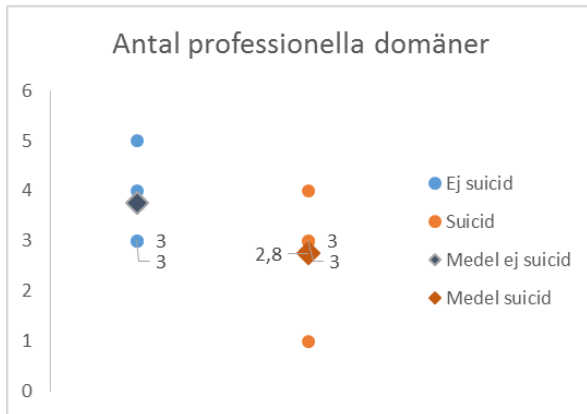
Funktionen har vital betydelse för att bevaka och agera när patienten uteblir eller avbokar planerade möten. Funktionen måste ha kontinuerlig information om planerade möten och bevaka att dessa blir av, samt ta emot av- eller ombokningar från patienten. Hur snabbt funktionen ska reagera avgörs av olika faktorer, inte minst hur stort behovet av mötet är. För planerade akutbesök torde behovet vara mycket stort och föranleder därför omedelbara åtgärder.

Nedanstående bild visar ett utsnitt av modellen för funktioner som aktiverades till följd av att ombokningsfunktionen uppmärksammade att patienten uteblev från planerad akuttid.



Sammanfattning av fallen

	Ej suicid				Suicid				Medel ej suicid	Medel suicid	Tent 170809
	JG 170116	170512	170424	170216	HA M30	HA K30	170323	170609			
Antal dagar på mottagning	555	602	624	566	214	480	176	607			560
Besök antal/100 dagar	6,5	2,3	1,1	1,1	1,4	4	8,5	0,8	2,75	3,675	5,2
Teamkonferenser antal/100 dagar	0,5	0,8	0,8	0,9	0,5	0,4	2,8	0	0,75	0,925	1,4
Besök hos profession antal/100 dagar	6,5	2,3	1,1	1,1	1,4	2,3	8,5	0,8	2,75	3,25	5,2
Läkarbesök antal/100 dagar	1,4	1	0	0,7	0,5	0,8	0,6	0,8	0,775	0,675	1,4
Antal professionella domäner	4	5	3	3	3	3	4	1	3,75	2,75	4
Suicid (dag efter remissbed)	-	-	-	-	214	480	176	607			



Skillnaderna mellan grupperna var inte signifikant, men en antydning till skillnad kan ses avseende antal läkarbesök/100 dagar och antal professionella domäner som användes, där en hög siffra kan vara förknippad med en lägre förekomst av suicid.

	M30 (S)	K30 (S)	170323 (S)	170609 (S)	170116	170216	170424	170512	T 170809
Teamkonf	1	2	2	0	2	2	3	2	3
Läkare bes	1	2	1	2	3	2	0	2	3
Psykolog	0	2	2	0	3	1	3	1	2
Sjuksköt	0	0	3	0	0	0	0	1	0
Kurator	0	0	0	0	0	0	0	2	3
AT/FT	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Läkare tfn	2	2	0	2	1	0	0	1	0
Tfn (ej läk)				0	2	3	2	2	2
Kris-/försämringsbed	0	1	1	1	1	0	0	0	3
Patientens behov (inkl soc)?	0	0	0	0	0	0	2	0	3
Fast vårdkontakt	Läkare	0	0	Läkare	0	Ja	Psykolog	0	Kurator
Samordningsbehov?	0	0	0	0	0	0	0	0	2
SIP?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Handläggning/ behandlingsinsats?	1	1	0	0	0	1	2	2	3
Yrkesgrupp?	1	1	0	0	2	2	2	2	3
Behov besök/kontakt/läkarbed?	3	2	3	3	3	1	2	1	3
Vårdplan	0	1	0	0	2	0	0	1	3
Närstående involverade?	0	0	1	0	0	3	0	0	3
Bedöma suicidrisk	0	2	2	2	2	1	1	0	3
Strukturerad suicidriskbed	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Läkemedelsbehov?	3	2	0	3	2	0	0	2	2
Ordinera läkemedel	3	2	3	3	2	0	0	2	2
Följa upp läkemedelsbehandl	3	0	0	3	1	1	0	1	2
Samtalsstöd	0	3	3	0	1	0	0	0	3
Psykoterapi	0	0	0	0	3	0	0	0	2
Informera läkare	NR	0	0	NR	1	0	0	0	2
Bedöma social situation	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Behov av TK	0	0	1	0	1	0	0	1	3

Användning av funktioner i de olika fallen

0=ingen

1=ringa

2=viss utsträckning

3=stor utsträckning

Reflektioner (det fiktiva fallet T 170809 ingår inte som underlag i reflektionerna):

- Används färre funktioner än vad som behövs för de enskilda patienterna?
- För fallen används yrkesgrupperna sjuksköterska, kurator, fysioterapeut och arbetsterapeut i ringa omfattning – återspeglar detta den vanliga situationen och bör de användas oftare och till vad?
- Närstående är involverade i mycket låg grad
- Patientens behov och sociala situation penetreras och bedöms sällan
- Behov av samordning bedöms sällan
- Vårdplan beskrivs mycket sällan; handläggning och önskade behandlingsinsatser definieras sällan
- Strukturerade suicidriskbedömningar görs sällan – gör de ingen nytta?
- Läkare informeras sällan om iakttagelser som andra yrkesgrupper gör
- Teamkonferenser görs – men är de strukturerade och finns alla yrkeskompetens närvarande (så att de blir multiprofessionella)?

Det går inte att med detta underlag avgöra om funktionerna egentligen genomfördes i tillräcklig omfattning. För en sådan bedömning krävs att frågan om en viss funktion bör genomföras ställs systematiskt vid genomgång av varje aktivitet i ett händelseförlopp. Detta kan göras vid en

händelseanalys enligt RCA-modellen⁸ som således kan utgöra ett komplement till FRAM. En funktion som uteblir, görs vid fel tidpunkt eller på ett felaktigt eller bristfälligt sätt utgör en s k felhändelse. Vid orsaksanalysen enligt RCA kan källan till oönskad variabilitet hos en funktion identifieras. Skillnaden mellan FRAM och RCA ligger i att man vid FRAM huvudsakligen är intresserad av sådan variabilitet som vanligen förekommer (inte sällan eller bara vid enstaka tillfällen). Vanlig variabilitet medför ökad risk för s k resonans i systemet (flera funktioner fallerar samtidigt eller påverkar andra funktioner att falla) och bidrar kraftfullt i sådana fall till ogynnsamma utfall av systemet (t ex suicidhandling). Sällan förekommande variabilitet anses ha minimal påverkan på systemet p g a att andra funktioner buffrar (kräver viss redundans av funktioner som kan fånga upp en och samma situation) så att funktioner som faller en enstaka gång inte gör det samtidigt och inte påverkar många andra funktioner och därmed inte heller får genomslag i systemet.

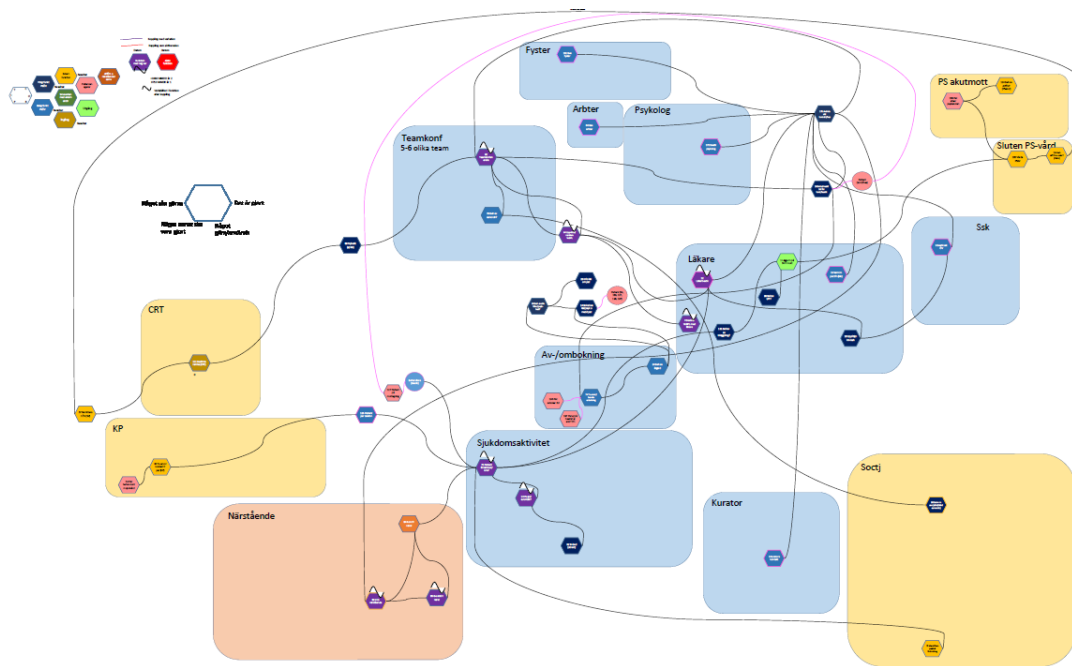
Betydelsen av några särskilda funktioner i systemet

Följande funktioner har särskild betydelse för hela stabiliteten i hela systemet:

- Teamkonferens: skapar en gemensam, aktuell och helhetsbild av patienten; främsta funktionen för upprättande och revidering av vård- och behandlingsplan; bör hållas regelbundet och när det behövs
- Vård- och behandlingsplan: verktyg som anger målen med vården för den individuella patienten och strategierna (t ex besök, stöd, terapier) för att uppnå dessa mål; används av alla i alla situationer
- Närstående : patientens stöd utanför mottagningen; måste informeras fortlöpande och stödjäs för att kunna vara till hjälp för patienten på bästa sätt; även Socialtjänsten är av liknande betydelse
- Bevaka bokningar och genomförda möten med patienten: håller koll på att planerade möten med patienten genomförs (besök/telefonsamtal); om patienten ändrar planerna signalerar funktionen så att rätt åtgärd vidtas (t ex omgående kontakt med patienten för att bedöma hälsotillståndet)
- Bedöma sjukdomsaktivitet: görs av alla i alla möten (med patient och/eller närstående) med inriktning på suicidrisk och kan medföra nödvändiga och akuta förändringar av vård- och behandlingsplanen som kan vara livräddande för patienten

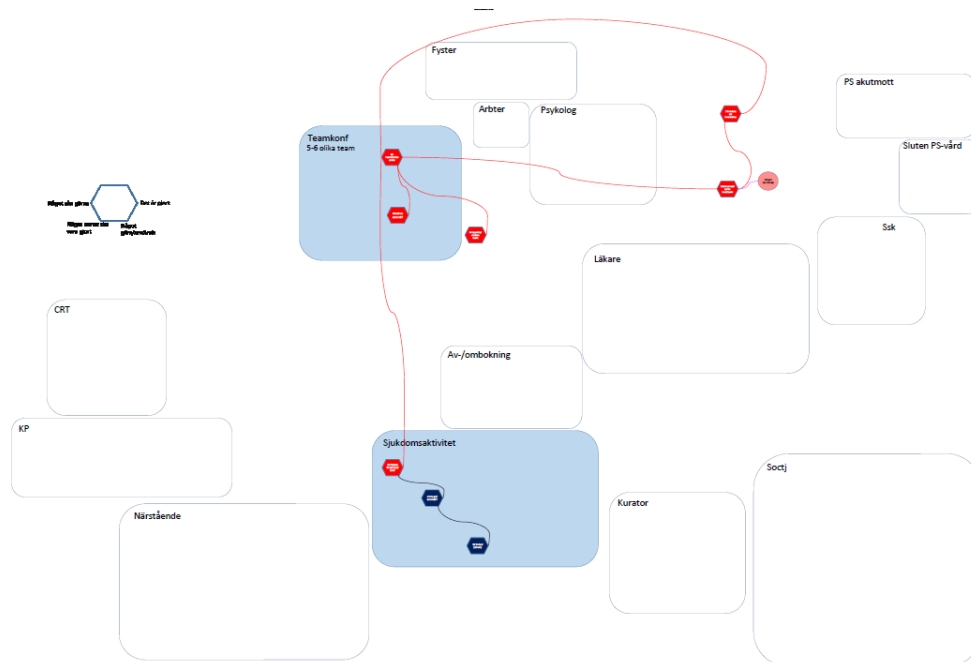
Samtliga ovanstående, utom bevakning av bokningar, uppvisade hög variabilitet med betydande inslag av oacceptabel precision. Dessa visas i nedanstående modell (funktioner med hög variabilitet visas i lila med en variabilitetssymbol).

⁸ Root cause(s) analysis, se [Handbok i riskanalys och händelseanalys](#).



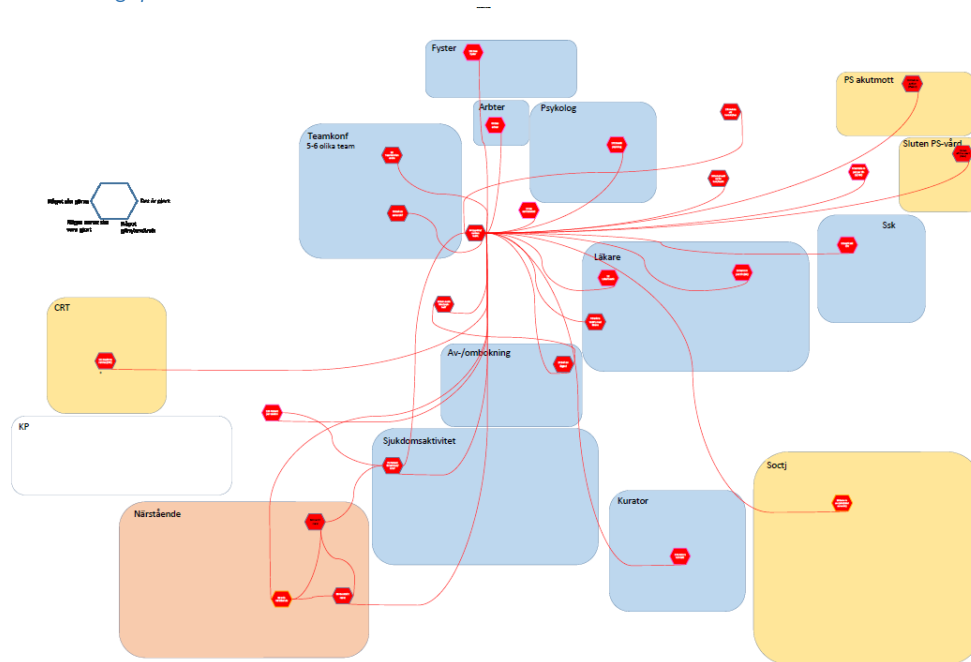
Teamkonferens i kontext

Nedan illustreras modeller av ovanstående listade funktioner av särskild betydelse i sitt närmaste sammanhang till andra funktioner i systemet.



Teamkonferensen ger upphov till två konkreta produkter som visas i modellen: bedömning av samordning och vård- och behandlingsplan. Konferensen ger utöver dessa också upphov till ytterligare viktiga produkter, där fastställande av fast vårdkontakt är av särskild betydelse. Dessa produkter får omfattande betydelse som resurser för flera andra funktioner i systemet. Teamkonferenserna måste ha en tydlig styrning vad avser innehåll, närvaro av olika professioner, frekvens och dokumentation. I modellen ovan visas att teamkonferens kan hållas bl a efter att ett behov framkommit av ett möte eller bedömning av sjukdomsaktivitet.

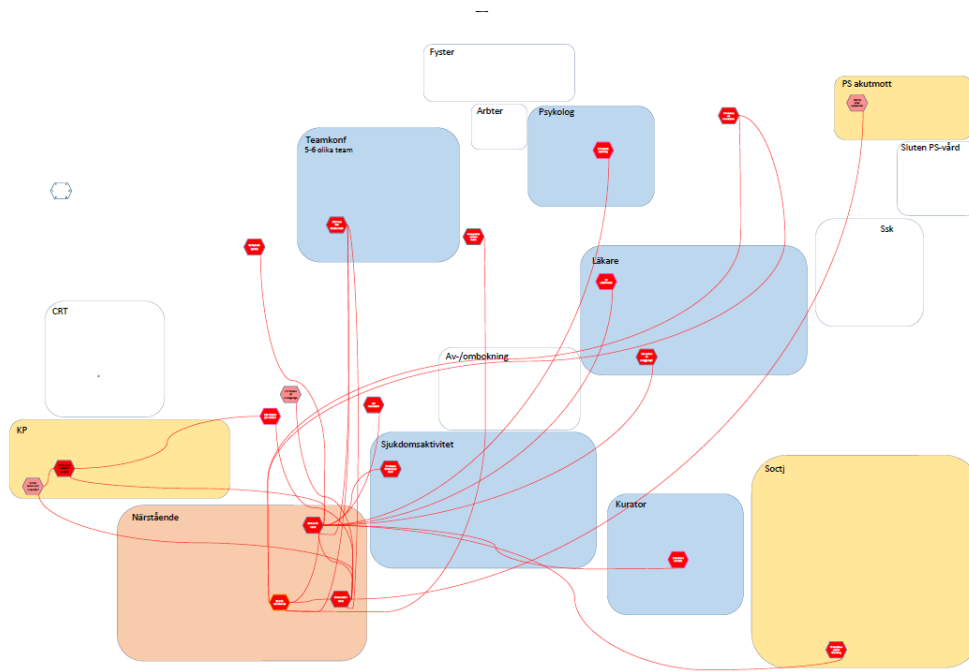
Vård- och behandlingsplan i kontext



Vård- och behandlingsplan (VBP) är en av teamkonferensens viktigaste produkter. VBP måste hela tiden revideras beroende på sjukdomsaktiviteten och andra ändrade omständigheter för patienten. VBP utgör en resurs för nästan alla andra domäner i systemet, där den också i stor utsträckning har en styrande roll (i modellen är VBP kopplad som en resurs till andra funktioner, men kunde lika gärna vara kopplad som en styrande funktion, control – det räcker att den kopplas en gång till funktionen och det spelar egentligen ingen roll var den kopplas). VBP ska revideras när det behövs, särskilt efter teamkonferenser och besök hos läkare eller psykolog. Om förändringar görs ska dessa också stämmas av med ansvarig läkare. Om teamkonferensen skapar en sammanhållen kultur kring patienten utgör VBP motorn i handläggningen. VBP innehåller information som är av betydelse för alla som möter patienten, inklusive närstående och socialtjänst. Den utgör ett samlat och levande dokument som möjliggör en överblick, till skillnad från den övriga löpande patientjournalen. VBP i sin aktuella version måste vara tydlig och lätt tillgänglig.

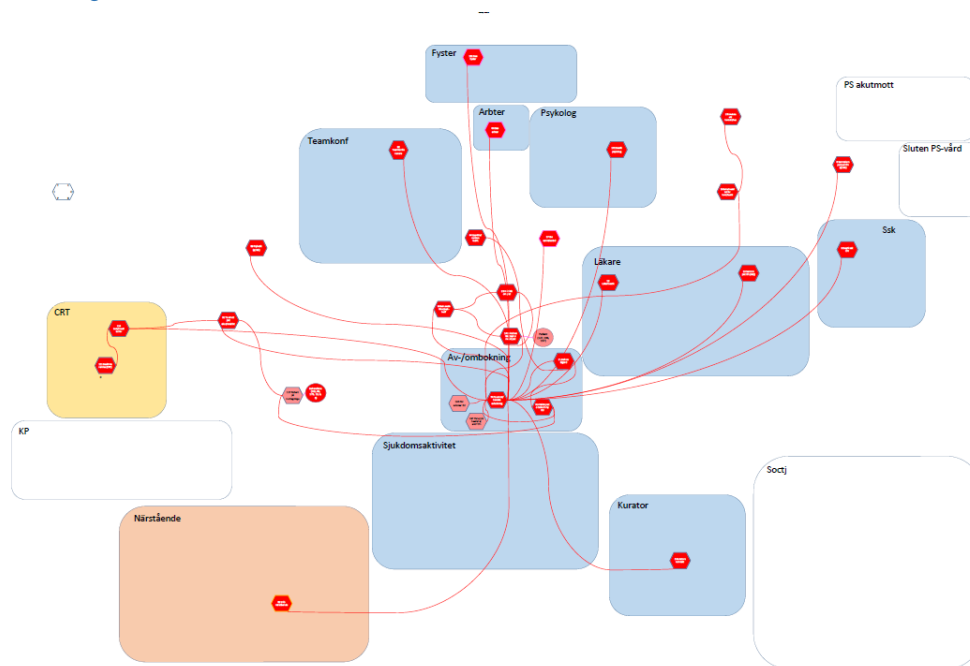
Modellen visar hur omfattande kopplingar VBP har i systemet vilket medför att ju högre precisionen är i VBP desto större blir den positiva resonansen i systemet. VBP ger också ett uttryck för en gemensam bild av patientens behov, vad som är planerat och vilken beredskap man bör ha så att rätt åtgärder vidtas i händelse av att patientens hälsotillstånd försämras.

Närstående i kontext



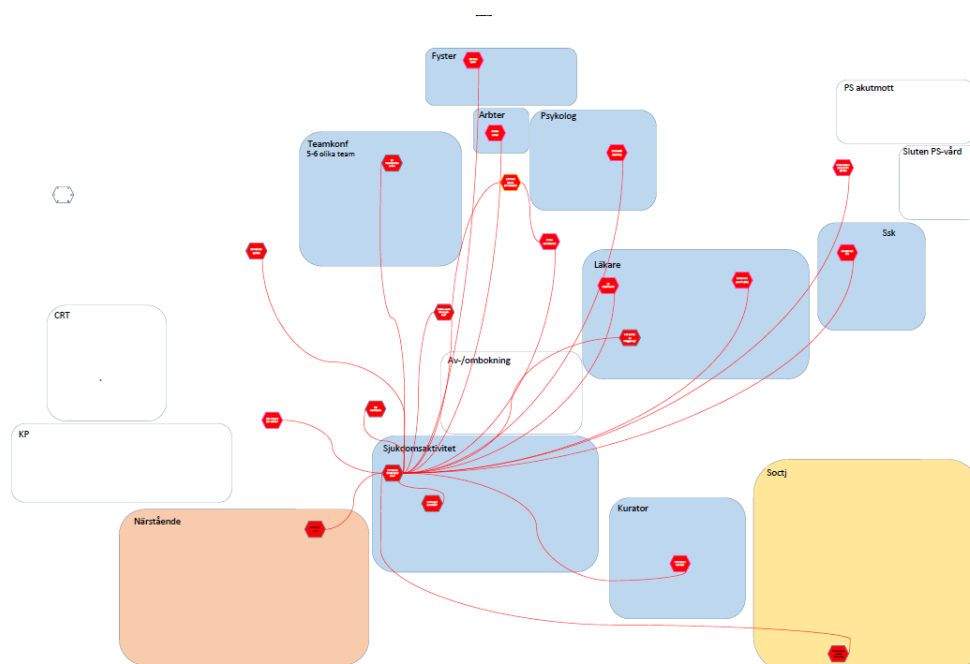
Närstående utgör en resurs för de flesta mötesfunktionerna i systemet. Informationen från närstående bör beaktas vid bedömning av patientens hälsotillstånd och behov. Närstående kan också självmant ge signaler in i systemet om förändringar i patientens hälsotillstånd. Dessutom ger närstående stöd till patienten och uppmuntrar patienten att genomföra planerade möten. För att närstående ska kunna utföra sina funktioner med hög precision och i rätt tid (när det som görs har störst nytta) behöver närstående få bra stöd själva och tydliga och enkla kontaktvägar in i systemet. Om närstående saknas visar modellen vilka uppenbara försämringar i precision som inträffar hos funktioner som är beroende av närstående. Suboptimal precision i närståendefunktioner skapar ogynnsam resonans i systemet. En viktig följd av aktiviteter hos närstående är att bedömningar av sjukdomsaktivitet genomförs vilket i sin tur medför aktiviteter som kan vara livräddande för patienten. Om närstående saknas kan andra funktioner utanför systemet fungera som surrogat: socialtjänst med t ex boendestöd, arbetskamrater/arbetsgivare/företagshälsovård, vänner. Även om närstående finns kan flera sociala funktioner kring patienten vara aktiva vilket stärker systemet och medför gynnsam resonans.

Av- och ombokning i kontext



Funktioner som har med bokning av möten (besök, telefonkontakt) och bevakning att de kommer till stånd är av betydelse för att fånga försämringar i hälsotillståndet när patienten bokar av, bokar om eller uteblir. VBP kan vara vägledande när bedömningar ska göras om lämplig åtgärd. Patienten kan t ex vara i ett labilt och impulsivt tillstånd som kan kräva att en bedömning av patienten görs i hemmet när patienten uteblir och socialt isolerar sig. En hög precision i dessa funktioner stabiliserar systemet och leda till livräddande insatser. Bokningsfunktionerna måste användas med hög följsamhet vilket inkluderar konsekvent aktivering när ett möte, teamkonferens eller slutenvårdepisod avslutas.

Bedöma sjukdomsaktivitet i kontext



Bedömning av patientens hälsotillstånd och om ohälsan ökat bör göras vid varje möte. Mötet kan vara direkt, i form av besök eller telefonkontakt med patienten, eller indirekt, t ex vid kontakt från närstående eller socialtjänst. Orsaken till försämring kan vara ökad sjukdomsaktivitet, där bland

annat sociala faktorer (t ex upphörd anställning, separation, förlust av bostad) kan bidra. Den bedömning som görs kallar vi här att bedöma sjukdomsaktivitet även om termen egentligen har en vidare innebörd. Kärnan i bedömningen handlar här om att bedöma risken för att patienten ska utföra en självskadande handling som kan leda till döden. Syftet med handläggningen av patienten är, förutom att bidra till att öka patientens hälsorelaterade livskvalitet, att förhindra suicidala handlingar. Varje personal som möter patienten bör alltså, inom ramen för den kompetens som behövs, göra en bedömning av ohälsa hos patienten. Denna bedömning kan i särskilda lägen (t ex ökad ohälsa eller osäkerhet i bedömningen) leda till att ytterligare bedömning görs av yrkesgrupp med särskild kompetens (t ex psykolog eller psykiater). Sådana bedömningar kan leda till att patienten kan behöva omgående vård på t ex sjukhus vilket kan vara livräddande. För att denna funktion ska utföras med hög precision och i rätt tid behöver kompetensen och ramar för samverkan och ansvarsfördelning vara väl kända och tydliga i organisationen. Modellen visar att funktionen skapar resonans i systemet genom sina kopplingar med de flesta domänerna.

Reflektioner

Vad menas med systemet?

Med systemet avses här i första hand de aktiviteter som äger rum inom den specifika psykiatriska öppenvårdsverksamheten. Till systemet hör också aktörer som ligger utanför verksamheten med direkt kontakt med verksamheten (t ex slutenvård, socialtjänst, kontaktpunkten) och som är av betydelse för att verksamheten ska kunna uppnå sitt syfte. Man kan göra en modell av systemet där modellen består av flera funktioner som är kopplade till varandra och där varje funktion motsvarar genomförande av en eller flera aktiviteter. De funktioner som verksamheten själv äger och kan styra är kända i detalj. De funktioner som ligger hos andra aktörer är som regel kända mer övergripande med undantag för att funktioner som innebär en direkt samverkan med systemet bör vara kända i så stor detalj som möjligt, även om de inte kan direkt styras via verksamhetens ledningssystem. Samverkan med närstående utgörs av funktioner som endast kan styras i de delar som omfattar de resurser i form av personal, utrustning och kompetens som verksamheten (öppenvårdsmottagningen) har möjlighet att uppbåda. Närstående utgör sannolikt en mycket viktig aktör där stor lyhördhet, känslighet och kunskap krävs hos personalen i verksamheten. Systemet är förstås till för den enskilda patienten som också har sin individuellt anpassade uppsättning av aktiva funktioner. Hur systemet kommer att utfalla, i form av uppfyllelse av uppsatta mål (t ex att suicidhandling inte genomförs), för går inte att förutsäga för den individuella patienten men den bör vara känd på gruppnivå (t ex genom att följa indikatorer/utfallsmått). Utfallet på gruppnivå bör också hela tiden förbättras genom ständig verksamhetsförbättring. Ett centralt utfallsmått torde vara förekomst av suicidal handling. I detta arbete kan modellen utgöra ett användbart redskap för att identifiera vilka funktioner som behöver stärkas och i vilket avseende.

Vilket är syftet och målet med systemet?

Ge patienten en trygg och professionell vård. God samverkan mellan systemets domäner är av betydelse. Den multiprofessionella och strukturerade bedömningen vid teamkonferensen är sannolikt av central betydelse. Det yttersta medicinska ansvaret ligger hos läkare som bör ha all väsentlig information om patienten och de bedömningar som andra professioner och teamkonferensen gör. För att få denna information och kunna göra de bedömningar som behövs bör kontakten vara god med de andra domänerna och läkaren bör vara en aktiv deltagare vid teamkonferenserna där patienten diskuteras. Genom att uppnå syftet är målet att minska förekomsten av suicidal handlingar och därmed också suicid.

Används teamkonferensen i tillräcklig utsträckning?

Teamkonferensen som är multiprofessionell kan sägas utgöra en sorts rond. Vid en konferens rapporteras iakttagelser som de olika professionerna gjort och journalanteckningar samt resultat av utredningar går igenom. Tillsammans görs en bedömning av hur patienten bäst bör handläggas under den tid som följer. Genomgången och bedömningarna bör göras strukturerat så att patientens olika behov penetreras och tillgodoses. Ytterst ansvarig för de beslut som fattas är den läkare som har ansvaret för patienten. Läkarens aktiva närvaro är därför av central betydelse. Eftersom patientens problematik är mångfacetterad och varierar i intensitet och typ från en tid till annan bör teamkonferenser hållas med en viss regelbundenhet och utöver detta när ett behov uppkommer, efter t ex iakttagelser hos behandlare som haft kontakt med patienten. Intrycket av fallgenomgångarna är att teamkonferens hålls ad hoc och inte på basen av för personalen kända kriterier eller tidsramar (undantaget efter nybesök där teamkonferens hålls i relativt nära anslutning). Teamkonferensens innehåll förefaller inte heller alltid vara systematisk och strukturerad, vilket inbegriper dokumentationen av konferensens innehåll. Om teamkonferens uteblir försvinner också det nav som sannolikt behövs för att hålla samman systemet och säkerställa att det går framåt.

Teamkonferensen har sannolikt stor betydelse för att stärka en god kultur kring patienten, där beredskapen till handling är stor och där alla har en gemensam bild av patientens hela situation, sjukdomsbild och risk- och skyddsfaktorer (t ex impulsivitet).

Är vägen till teamkonferens och läkare trygg?

När patienten handläggs i vården är en framgångsfaktor att erforderlig kompetens finns lätt tillgänglig när den behövs och att det finns en sådan kultur hos personalen att det upplevs som positivt att kompetensen används. Det kan t ex gälla att efter ett besök där något inte känns helt bra anmäla patienten till en teamkonferens eller att kontakta ansvarig läkare för avstämning. Om kompetensen inte är lätt tillgänglig, är en bristvara eller att man helst ska klara av problemen själv finns en risk att en behövlig genomgång inte blir av och att åtgärder som behövs för att minska sjukdomsaktivitet/suicidrisk/suicidhandling inte vidtas. Detta kan ha inträffat i två av fallen där patienten tog livet av sig. I dessa fall hade patienterna täta samtalskontakter med skötare respektive sjuksköterska men utan att teamkonferens eller kontakt med läkare togs för att ge behandlaren stöd i samtalen och för att diskutera iakttagelser som gjorts i samband med dem. Även om patienten befinner sig inne i systemet (öppenvårdsmottagningen med dess funktioner/domäner) kan således samverkan med centrala domäner som teamkonferens och läkare vara fördröjd eller utebli, vilket medför att viktiga bedömningar och beslut om åtgärder inte görs.

Läkaren har mycket på agendan – hinns det som behövs med?

Läkaren har det yttersta ansvaret för att patienten får sina behov tillgodosedda utifrån ett medicinskt/psykiatriskt perspektiv. Dessa behov är inte bara avhängiga av rent medicinska faktorer utan i hög grad också av andra faktorer, t ex sociala. Läkaren ska vid sitt möte med patienten penetrera olika behov, göra uppföljningar, bedöma resultat och fastställa rekommendationer till patienten om åtgärder som syftar till att förbättra patientens psykiska hälsa och dämpa den bakomliggande sjukdomen och dess effekter. Eftersom tiden för mötet alltid är begränsat bör det därför vara strukturerat avseende vilka områden som ska bedömas. Det har inte framkommit vid analysen om läkaren vid mötet har något stöd för att säkerställa att de väsentliga bedömningarna görs och hur detta stöd i så fall ser ut (t ex i form av en patientanpassad checklista). Intrycket är att några liknande stöd inte alltid används vilket riskerar att medföra att mötet får ett betydande inslag av improvisation (givetvis på en professionell grund och i aktuella delar ändamålsenliga bedömningar) och där viktiga aspekter kan glömmas eller inte får tillräcklig belysning. Viktiga stöd kommer från andra funktioner som utgör informationsresurser vid läkarens möte med patienten. Samtliga andra funktioner där möte sker med patienten och resultaten av teamkonferenser är viktiga sådana exempel. Den information och de behov som bör penetreras bör samlas och koordineras så att mötet med läkaren blir effektivt såväl ur patientens perspektiv som ur arbetsmiljösynvinkel.

Att bedöma försämring/kris

Bedömning av patientens psykiska hälsotillstånd är central och bör kunna göras av varje hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienten (via telefon eller besök). Det är därför viktigt att kompetensen finns. När osäkerhet råder bör personalen alltid konsultera personal med kompetens att göra en bedömning som avgör den fortsatta handläggningen. Detta är särskilt viktigt om det är fråga om akuta åtgärder för att förhindra suicidhandlingar eller en försämring av hälsotillståndet. Att bedöma suicidrisk och vad som bör göras med anledning av den funna risken utgör ett av flera möjliga moment i bedömning av försämring/kris. Det är centralt att all personal som möter patienten kan göra en sådan bedömning och ha insikt om när ett fördjupat underlag, t ex strukturerad suicidriskbedömning, behövs. Vid ett allvarligt ohälsotillstånd måste adekvata åtgärder vidtas som om de fördröjs eller uteblir kan medföra att patienten genomför en suicidhandling. För att de bedömningar som behövs ska bli av måste de personella resurserna som har tillräcklig kompetens finnas lätt tillgänglig. Varje yrkesgrupp bör känna till vilken kompetens som de olika yrkesgrupperna

förväntas ha och vilket ansvar som följer av att en bedömning görs för en individuell patient. Kompetensen hos varje yrkesgrupp måste kontinuerligt säkras.

Kan systemet säkerställa att patienten inte suiciderar?

Det troligaste sanna svaret är att systemet inte kan säkerställa att patienten inte suiciderar. Beslutet om suicid och förmågan och förutsättningarna att genomföra en suicidal handling är resultatet av många faktorer inom och utanför systemet och hos patienten själv som samspelar på ett komplext och på individnivå icke förutsägbart sätt. Genom att systemet består av adekvata funktioner som levererar resultat med hög precision och i rätt tid till närliggande funktioner och att dessa utnyttjas i en mix som är ändamålsenlig för patienten kan omständigheterna sannolikt optimeras så att risken för att suicidhandling ska genomföras minimeras så långt det är möjligt med rimliga insatser och åtgärder. För att detta ska åstadkommas bör sannolikt vissa centrala domäner med tillhörande funktioner vara aktiva (t ex teamkonferensen, läkare och besöksbevakningsfunktioner) och utöver dessa också domäner där möten sker och förändringar i patientens hälsotillstånd och välmående kan upptäckas och bedömas (bedömning av sjukdomsaktivitet). Kontakten med närstående och/eller stödfunktioner inom socialtjänsten är sannolikt också av vital betydelse för att så tidigt som möjligt identifiera betydelsefulla förändringar och som leder till att åtgärder vidtas som syftar till att dämpa ohälsan och risken för suicidhandling. Flödet mellan de funktioner som är aktiva för varje enskild patient måste underlättas så långt det är möjligt. För detta behövs tillräckliga resurser, hög kompetens och god styrning, vilka är viktiga aspekter hos varje funktion. Om systemet är löst sammanhållet och inte tydligt definierat kommer suicidhandlingar att styras mer av slumpen snarare än av systemet, som ju är ämnat att bland annat primärt förhindra sådana handlingar. Systemet riskerar då inte att i någon väsentligt utsträckning dämpa risken för suicid eftersom suicidhandlingar nästan helt kommer att påverkas av faktorer hos patienten och utanför systemet, faktorer som inte kan kontrolleras och styras.

Gör man rätt saker och görs sakerna rätt?

Modellen av systemet beskriver vilka saker som görs (funktioner), hur de är beroende av varandra och i vilken ordning de görs (kopplingar mellan funktioner). Modellen utgår från att systemet ser ut som det gör för att det av verksamheten anses vara ändamålsenligt för att uppnå de uppsatta (eller ibland outtalade) målen. Modellen av systemet har skapats på basen av information som framkommit vid intervjuer och utredningar av händelseförlopp vid uppkomst av skada på patient. Någon bedömning görs inte genom FRAM i sig om rätt saker görs, utan förhållningen är att de är riktiga. Modellen kan ligga till grund för reflektioner i verksamheten (ledning och medarbetare), hos patient och närstående, samt hos externa aktörer om någon funktion är överflödigt (inte ger mervärde för patienten) eller saknas (för att öka mervärdet för patienten). Varje funktion levererar ett resultat (utfall) i syfte att skapa ett mervärde för patienten. Precisionen i (hur användbart det är) och tidpunkten för när det levereras är beroende av faktorer inneboende i funktionen i sig eller av andra funktioner som är kopplade till funktionen. Genomförs funktionen i alla avseenden på rätt sätt kommer resultatet att ha hög precision. FRAM kan inte användas för att avgöra precisionen i resultatet men kan användas för att analysera förutsättningarna för en acceptabel precision. Grundläggande faktorer som påverkar precisionen hos en funktion är vilka resurser som funktionen använder, bland annat kompetens, och hur väl den är styrd (i form av riktlinjer, rutiner eller praxis). Andra yttre faktorer såsom oönskade tidsbegränsningar eller störningar från andra funktioner är också av betydelse. Dessa förhållanden kan analyseras systematiskt och strukturerat för varje funktion och informationen som kommer fram kan utgöra underlag för reflektioner om funktionen behöver stärkas i något avseende. För att stärka systemet i syfte att det ska falla ut med en högre grad av måluppfyllelse bör de (förmodat) mer betydelsefulla funktionerna identifieras och analyseras med avseende på om deras kopplingar i systemet är ändamålsenliga och hur förutsättningarna är för att de ska leverera resultat med hög precision och i rätt eller avsedd tid.

Slutsatser

- Systemet präglas av en mycket hög grad av komplexitet med många funktioner med sinsemellan många kopplingar. Viktigt att arbetsuppgifterna och kompetensen hos olika yrkesgrupper är väldefinierade.
- Systemets olika delar utnyttjas i varierande omfattning för den enskilde patienten. Viktigt att de delar som ska utnyttjas är planlagda på ett för patienten ändamålsenligt och tydligt sätt.
 - Teamkonferensen är navet för överenskommelser och planering av patientens vård och bör användas på ett systematiskt sätt
 - Vård- och behandlingsplanen är det styrande dokumentet som alla bör hålla sig till och måste därför upprättas, följas upp och vid behov justeras när förhållandena för patienten ändras
- Bedömning av sjukdomsaktivitet och kriser har stor betydelse för den fortsatta och ibland akuta handläggningen av patienten. Riktlinjerna/rutinerna för dessa funktioner och kompetenskraven hos olika yrkesgrupper bör vara väl genomarbetade och tydliga. Resurserna och verktygen bör vara väl avsatta. Tillgängligheten till rätt kompetens bör vara säkerställd.
- Samverkan med närstående bör vara väl systematiserad och innehålla åtminstone följande delar, så att närstående känner sig trygga och har förtroende för vården:
 - Information till närstående vid betydande förändringar av vårdplan och hälsotillståndet (förutsatt att sekretesshinder inte föreligger)
 - Stöd till närstående så att de klarar av sin egenpåtagna och önskvärda uppgift att i sin tur stödja patienten och höra av sig till mottagningen vid försämring (här föreligger aldrig hinder till följd av sekretess)
 - Enkla och tydliga kontaktvägar in för patienten och närstående, där närstående uppmuntras att höra av sig även när detta är emot patientens önskan (här föreligger aldrig hinder till följd av sekretess)
- Samverkan med externa aktörer, främst socialtjänst, utgör sannolikt ett viktigt komplement till närstående (särskilt om närstående saknas), som ett stöd för patienten och för att förmedla information till mottagningen när patienten försämras (sekretess kan utgöra ett hinder)
- Snabba och trygga vägar in i systemet för professionella bedömningar (främst multiprofessionella vid teamkonferenser och läkar-/psykologbedömningar), t ex efter slutenvård eller vid längre perioder av samtalsstöd
- Väl uppbyggda funktioner för bokning och bevakning av återbud/uteblivna planerade möten med tydliga rutiner för åtgärder
- Alla funktioner som uppfattas som ändamålsenliga har betydelse för det sammantagna resultatet/utfallet av vården/systemet. De bör därför utföras med hög precision, i rätt tid och leverera information på ett systematiskt och tydligt sätt (strukturerat och alltid dokumenterat). Det övergripande syftet hos systemet är bland annat att ingen patient ska kunna genomföra suicidala handlingar med målet att suicid inte ska ske.
- Alla som arbetar kring patienten bör utgöra ett team med tydliga roller, ansvar och kompetens och som präglas av hög grad av samverkan och tillgänglighet
- Systemet måste ha ett överskott (redundans) så att det kan agera på ett korrekt sätt vid oplanerade situationer (resiliens) – detta gäller såväl avseende personella resurser som kompetens

Vad kan göras?

- Fallstudier av såväl autentiska som fingerade fall där personal deltar för att öka medvetenheten om systemets delar och betydelsen av varje funktion

- Genom fallstudierna identifiera förbättringsområden som ökar precisionen hos de olika funktionerna, förbättrar timing och samspelet mellan funktionerna, och därmed sammantaget höja systemets måluppfyllelse
- Djupanalysera nyckelfunktioner för att säkerställa att förutsättningarna för funktionernas genomförande är goda
- Arbeta systematiskt med förändringar: identifiera mätpunkter (såväl vad avser hur funktioner genomförs som precisionen i resultatet) hos varje funktion (i synnerhet för nyckelfunktioner) och för systemet i sin helhet och använd dessa för att följa förändringarnas effekter (PDSA-principen)
- Identifiera de funktioner där särskilda krav på dokumentation bör finnas och där process och utfallsmarkörer bör utvecklas och användas i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Vad sker härnäst?

FRAM kan ge en bild av hur ett system används för enskilda patienter. Den information som framkommer kan ge en uppfattning om systemets olika funktioner använts i tillräcklig omfattning och vilka funktioner som skulle kunna ha använts i större omfattning. FRAM ger också information om vilka funktioner som inte använts. FRAM kan göras av händelseförlopp som ägt rum under längre tidsperioder. FRAM kan på det viset ge information som kompletterar den information som framkommer av händelseanalyser gjorda med RCA⁹. Syftet med en RCA är att identifiera felhändelser i ett individuellt händelseförlopp, bedöma om felhändelserna kan ha bidragit till eventuell skada och utröna orsakerna som bidragit till felhändelserna. RCA ger underlag för bedömning om en eller flera felhändelser vad undvikbara och därmed om den eventuella skada som uppkom var undvikbar, d v s var en vårdskada. RCA ger vidare, precis som FRAM, underlag för förbättringsåtgärder som ska stärka patientsäkerheten i verksamheten. FRAM ger en överblick över det komplexa system som patienten vårdas i och hur samspelet mellan olika delar av systemet fungerade, medan RCA ger information om sådana variationer i enskilda funktioner och deras aspekter¹⁰ som medfört låg precision i funktionens resultat.

Kombinerade FRAM och RCA kan göras i enskilda patientfall (suicid) där FRAM används för att kartlägga systemanvändningen under förslagsvis den sista 18 månadersperioden och RCA för att identifiera felhändelser i vården under den sista tiden när patienten var i livet (den sista 6-månadersperioden). En serie försök planeras där dessa metoder används parallellt och där resultaten och reflektionerna under analyserna diskuteras och sammanställs.

Genom att i en FRAM-modell lägga in information som samlats från flera RCA kan en aggregerad analys göras av vilka funktioner som uppvisar stor variabilitet och som ofta faller ut med låg precision och som därmed sammantaget kan bidra till ogynnsamma resultat av systemet. Resultaten av sådana aggregerade analyser kan ge betydelsefull information om centrala förbättringsområden i verksamheten.

⁹ Root causes analysis (kallas ofta felaktigt root cause analysis)

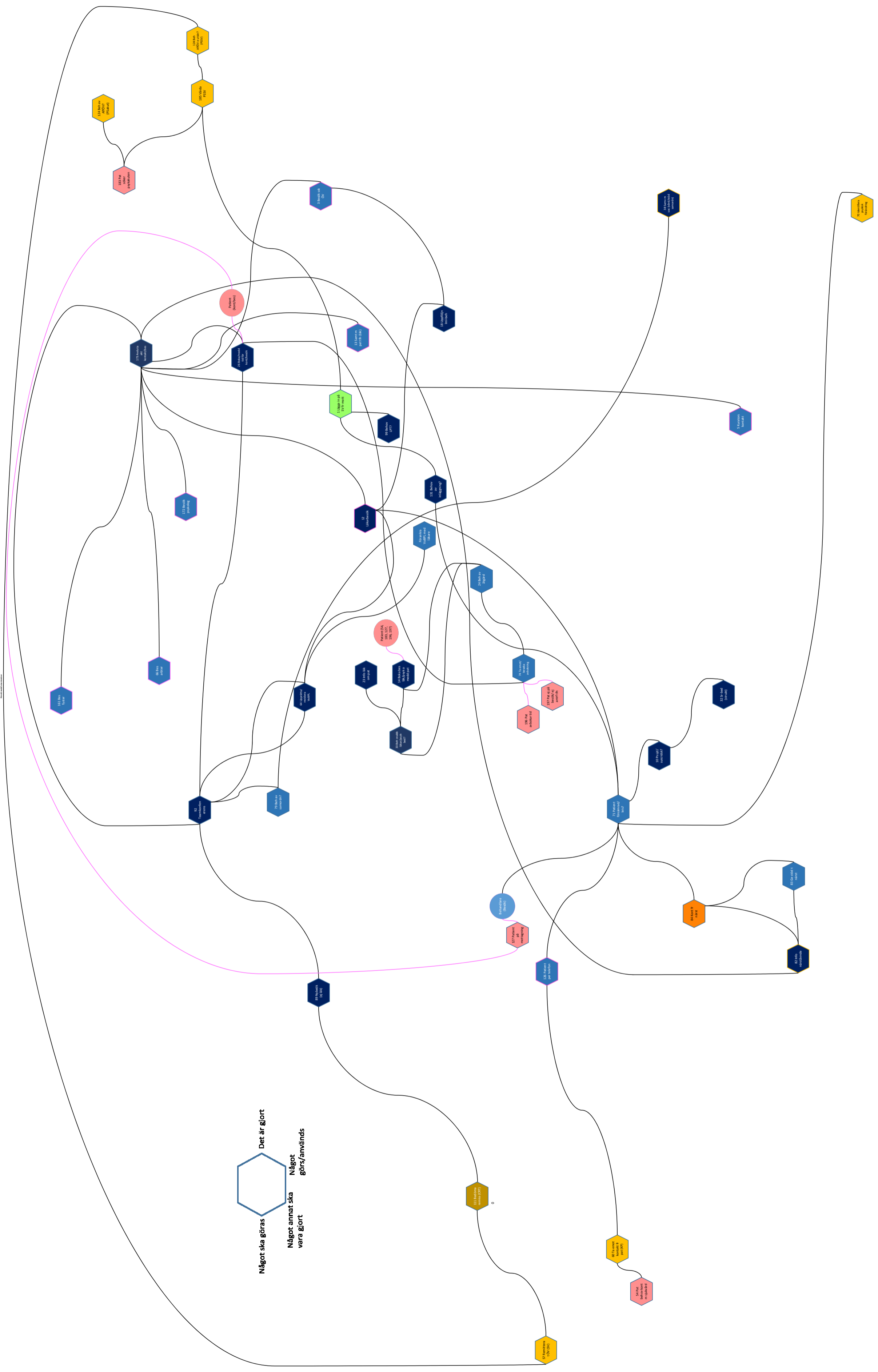
¹⁰ Aspekterna i FRAM definieras av de olika hörnena och har sin motsvarighet till framgångsfaktorerna/orsaksområdena i RCA: Input/Output motsvarar kommunikation/information/samverkan; Precondition motsvarar barriärer; Resources motsvarar Personal/Utrustning/Organisation/Dokumentation; Control motsvarar Riktlinjer/Rutiner; Time motsvarar Omgivning (stress, avbrott, tidsbrist, arbetsbelastning)

Frågor till läsaren

- Fick du några insikter av att läsa denna rapport?
- Var det något särskilt du tyckte var intressant?
- Var det något som var svårt att förstå?
- Var det något som du tyckte var provocerande?
- Var det något som du anser är felaktigt?
- Var det något som du skulle vilja titta närmare på eller som inspirerade till någon idé för nya infallsvinklar?

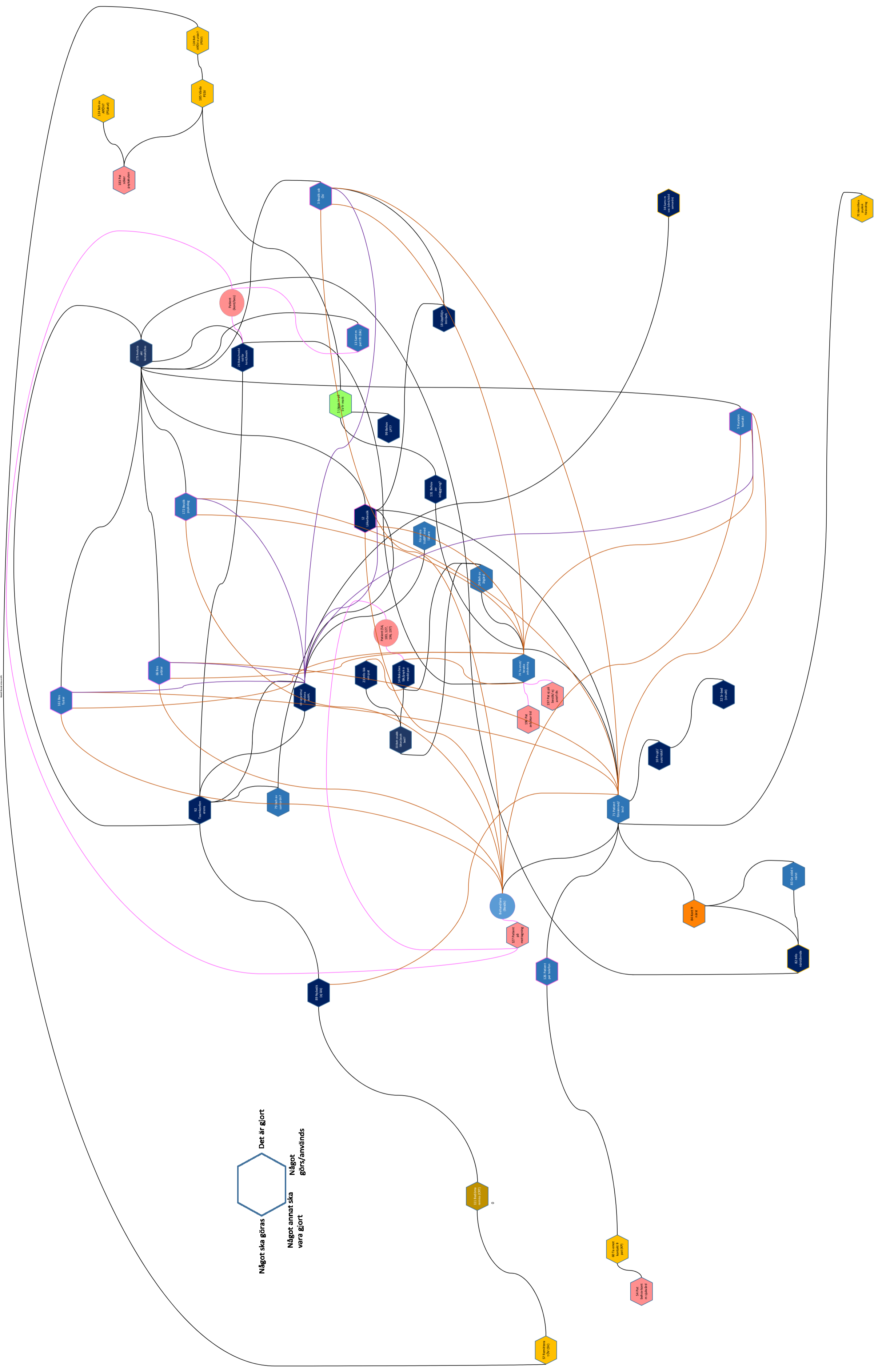
Skicka gärna dina svar och reflektioner till thomas.brezicka@vgregion.se

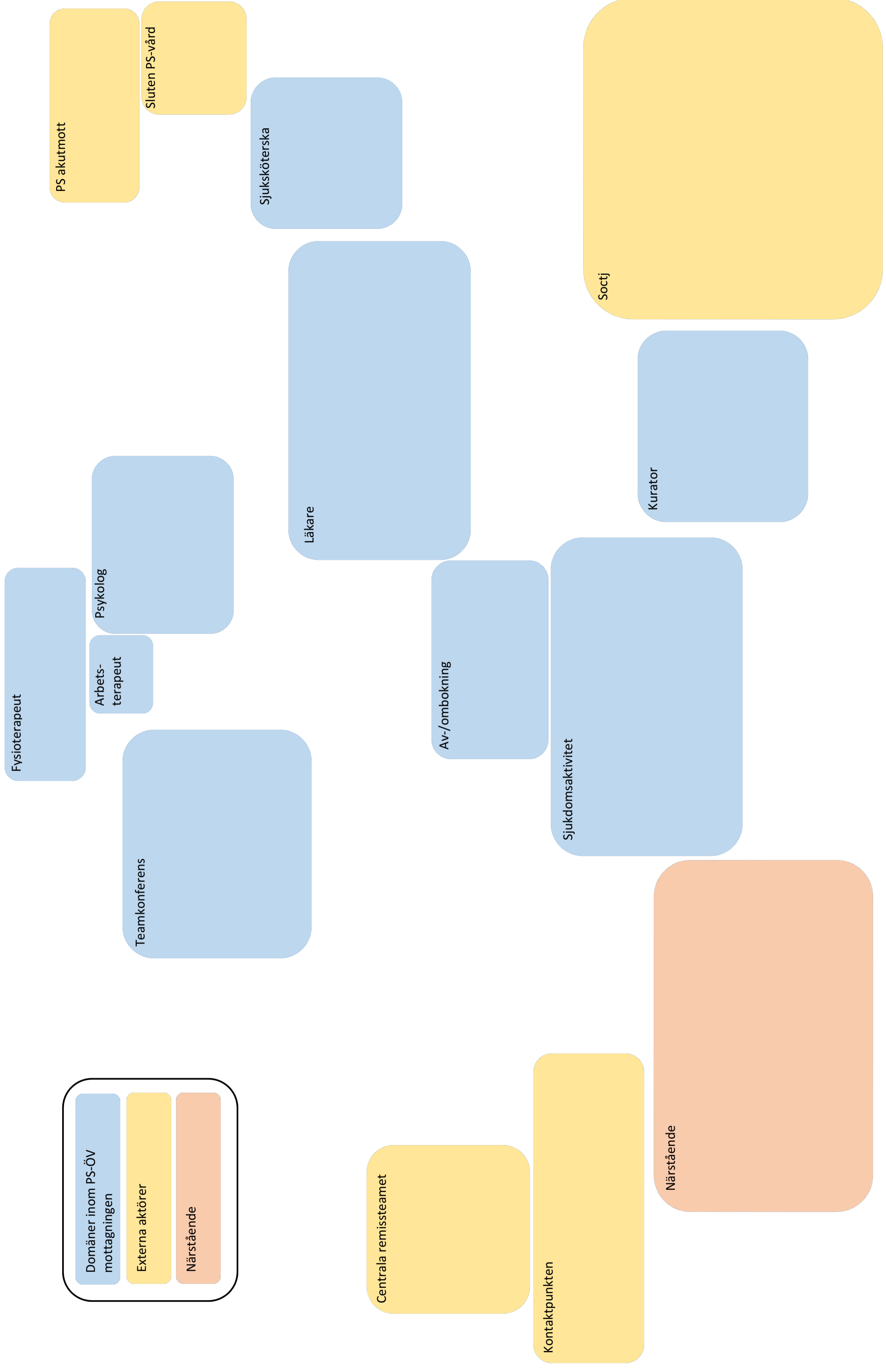
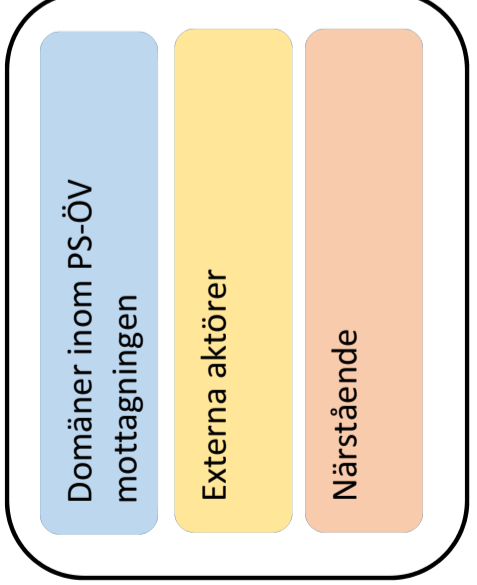
Bilder som är förstöringsbara

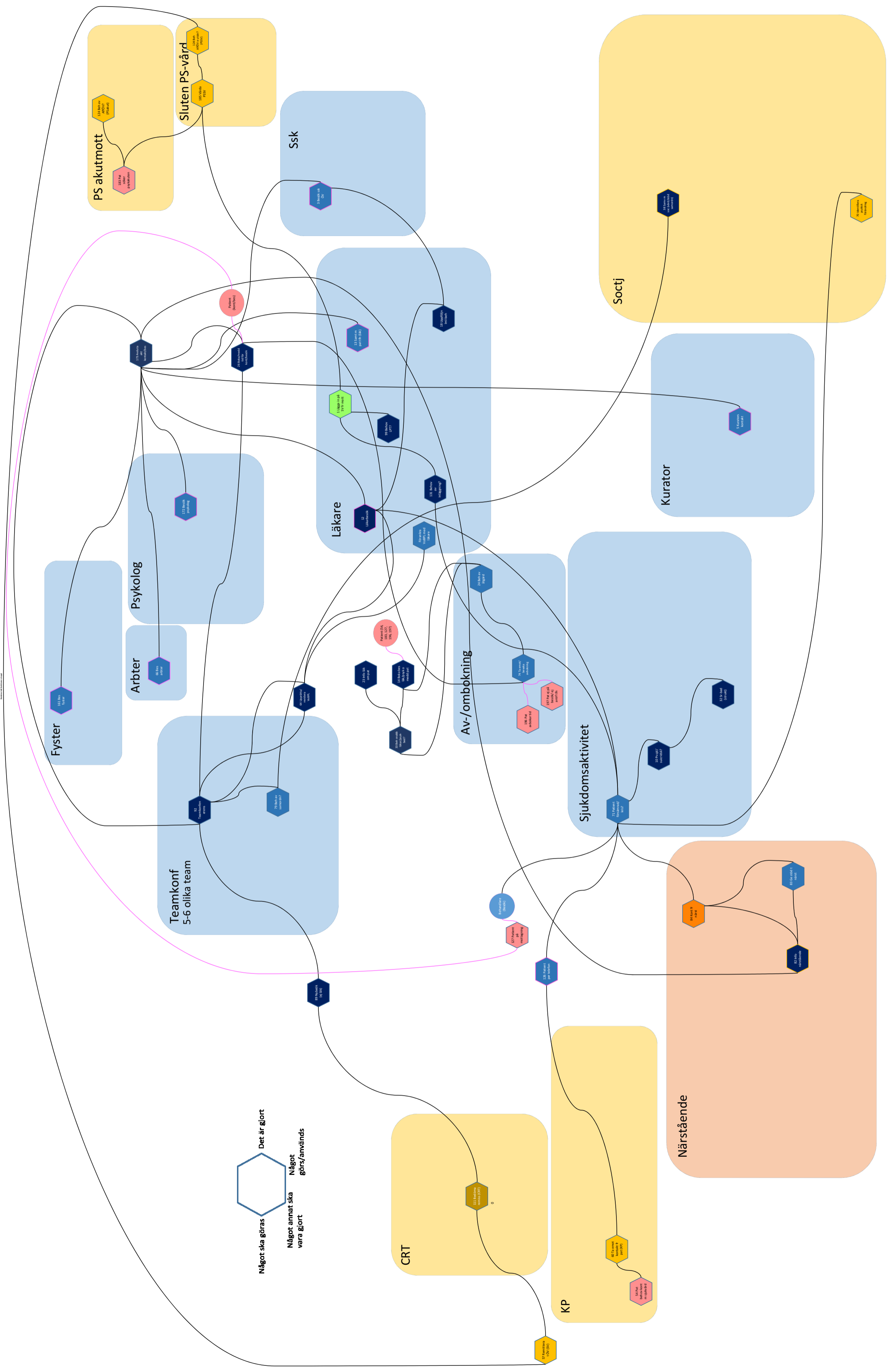


Något ska göras Det är gjort
 Något annat ska göras/ används
 Något ska göras

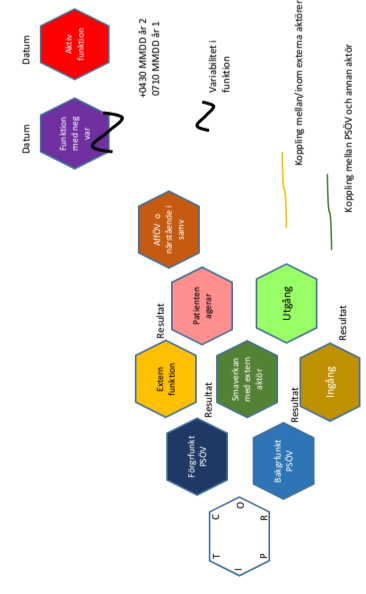
Något ska göras Det är gjort
Något annat ska
vara gjort Något
göras/ används





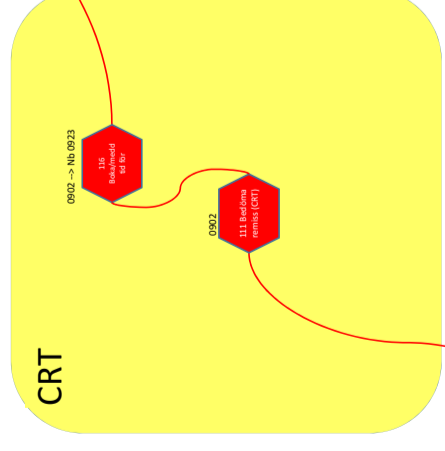


M30

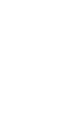
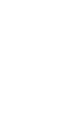
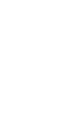
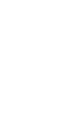


1524 Nya 2-parkett
1525 Nya 2-parkett
1526 Nya 2-parkett

Plan 01 (0001) - 100 arkiv
Plan 02 (0002) - 100 arkiv



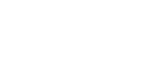
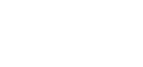
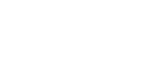
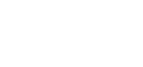
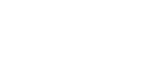
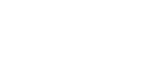
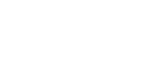
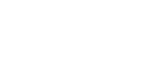
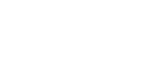
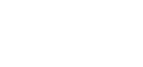
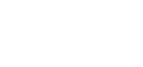
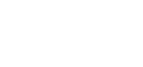
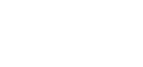
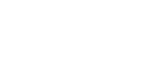
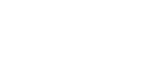
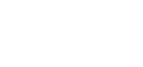
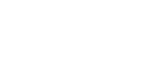
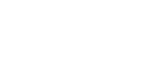
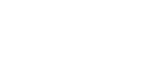
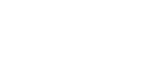
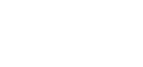
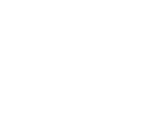
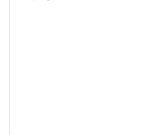
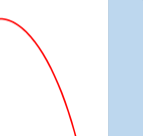
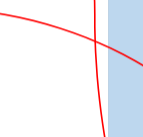
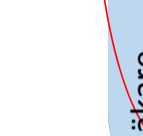
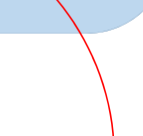
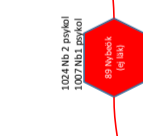
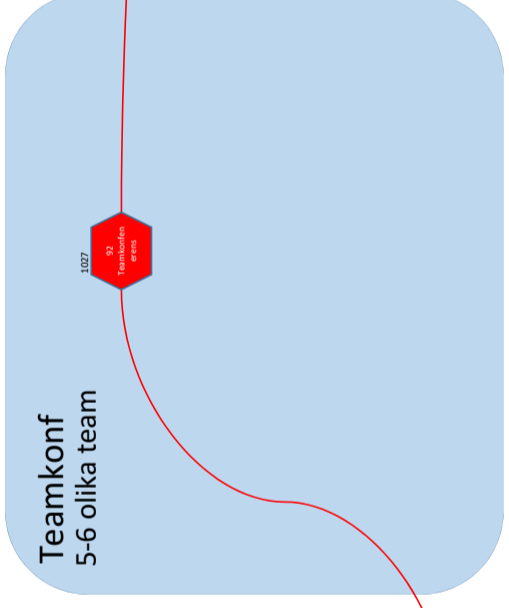
Remiss från psykolog
för utvärdering av
samarbetsform

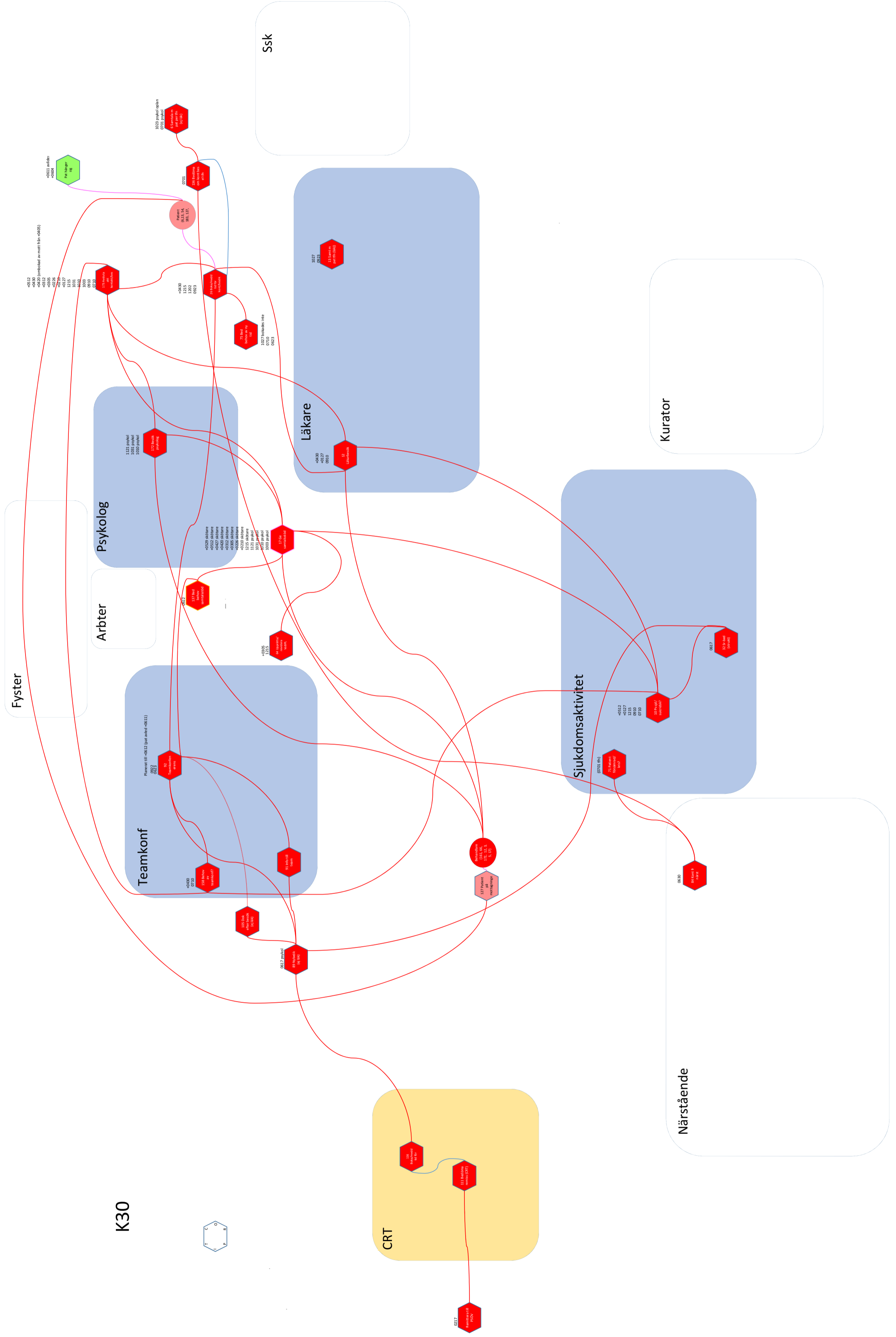


Fyster

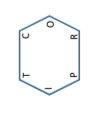
Arbter

Psykolog





K30



CRT

Närstående

Kurator

Ssk

Fyster

Arbter

Psykolog

Läkare

Sjukdomsaktivitet

08.12

08.12

08.12

08.12

08.12

08.12

08.12

08.12

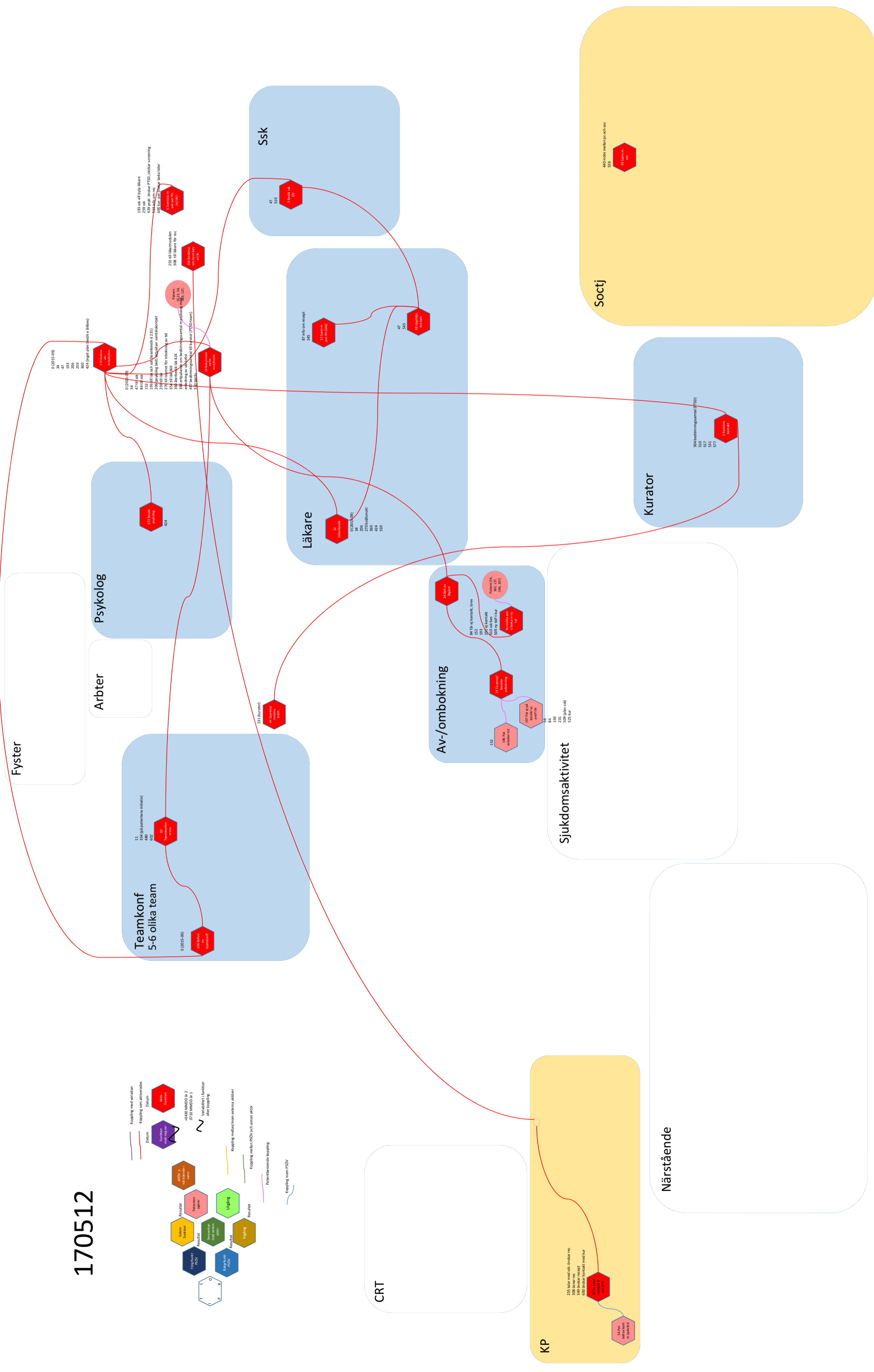
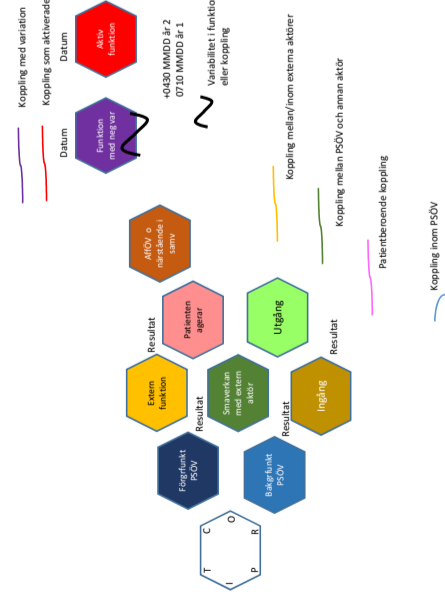
08.12

08.12

08.12

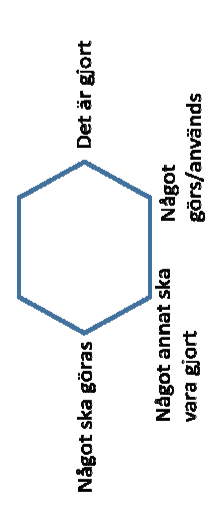
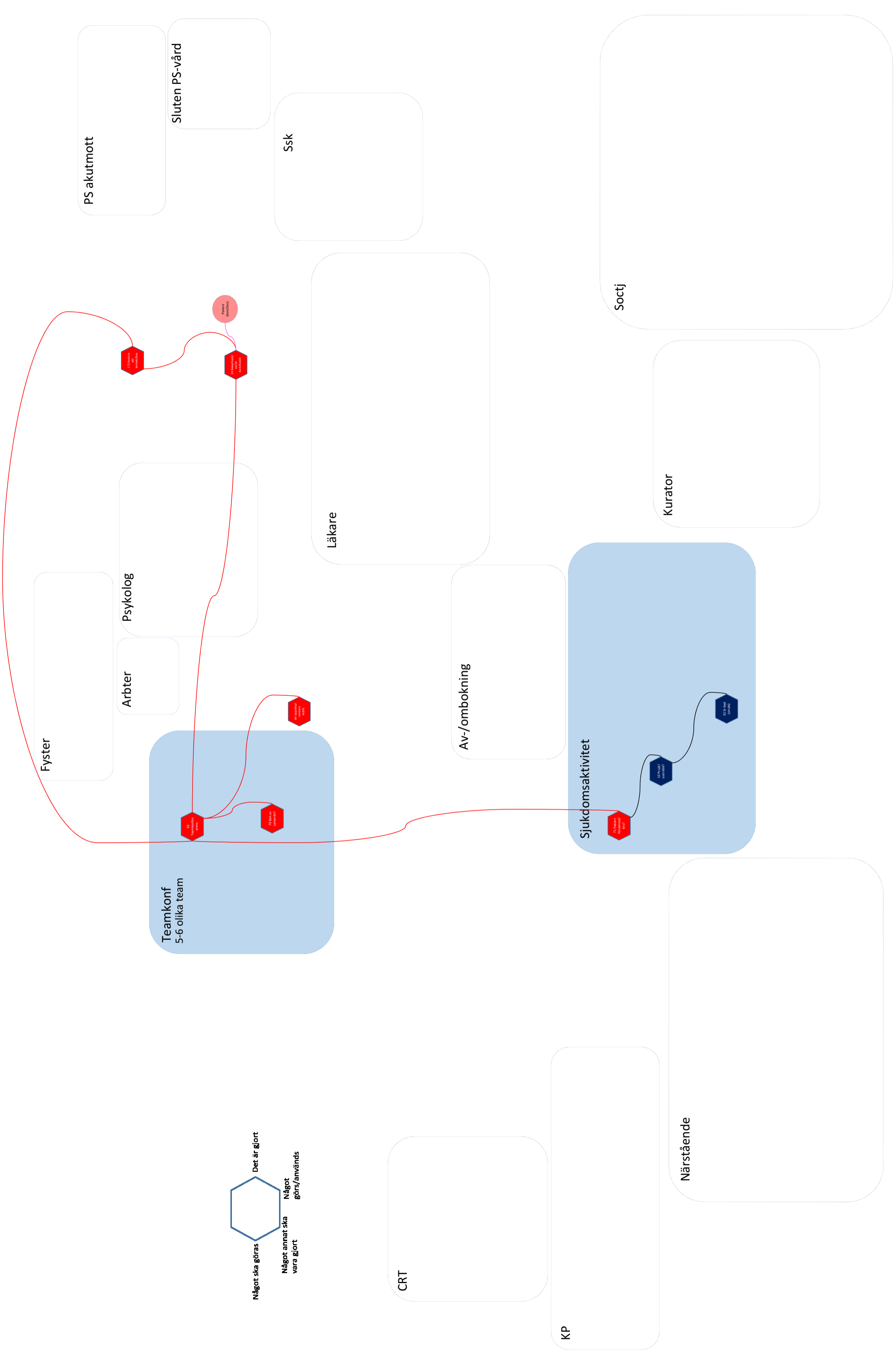
08.12

170512



Dag	Händelse	Domän	Besök	Profession vid åtgärd	Tid	Ångest/ depressiv/ ökad suicidalitet?	Social händelse?	Kommentar
0	Remissbedömning	CRT						NB t kur inom 14 d
7	NB kurator	NB						NB-utredning, anm till TK
14	Teamkonferens	TK						plan bes till psykol f kompl utr och läk
21	Läkaresök	LÄK	1	LÄK				
21	Psykologbesök	PS	1	PS	0			Genomf kompl utredn, info närst
30	Teamkonferens	TK						Revid vpl
35	Kurator	KUR	1	KUR	14			Samtalsstöd och soc behov, info närst
42	Kurator	KUR	1	KUR	7			Samtalsstöd
50	Kurator	KUR	1	kur	8			Samtalsstöd
58	Läkaresök	LÄK	1	LÄK	8			
65	Kurator	KUR	1	KUR	7			Samtalsstöd
80	Kurator	kur	1	KUR	15		Förlorat bostad	Samtalsstöd, vräkt fr bostad
85	Teamkonferens	TK		TK				
94	Kurator	KUR	1	kur	14			samtalsstöd
122	Kurator	KUR	1	kur	28	Ökad nedst		samtalsstöd
141	Närst: pat stänger in sig	närst		tfn		Soc isol		boka psykolbes till d142
141	Pat, nås ej per tfn, stöd t närst	TFN						stöd till närst
142	Pat uteblir fr besök			INST		Soc isol		läkare gör hembesök
142	Hembesök	LÄK	1	LÄK	20	Suicidal		Vårdintyg
142	Inläggning PS-SV			SV				
155	Utskr PS-SV			SV				Rem t PS-ÖV
157	Remissbedömning	CRT						Bes "NB" hos psykol inom 1v
160	Läkarbesök	LÄK	1	LÄK	18			
170	Kurator	kur	1	kur	10			
174	Teamkonferens	TK		TK				
188	Kurator	kur	1	KUR	18			Fått arbete
210	Pat bokar av tid							Mår bra, önskar behålla plan läktid d240
215	Avbokad besök till kur	INST		INST				
240	Läkarbesök	LÄK	1	LÄK	52			
270	Kurator tfn	KUR		TFN				Mår bra, inget behov av samtal, fått ny bostad
275	Teamkonferens	TK						
305	Kurator tfn	KUR		TFN				
335	kurator besök	kur	1	kur	95			Mår bra
360	Kurator tfn	kur		tfn				Mår bra
365	Teamkonferens	tk		tk				Månatliga kontakter med kur, läkbes
390	kurator besök	kur	1	kur	55			Mår bra
410	läkarbesök	läk	1	läk	20			Mår bra
440	kurator tfn	kur		tfn		hopplöshet		info läk: kurbes om en vecka
447	kurator besök	kur	1	kur	37	saknar livslust		info läk: ps-besök inom en vecka
450	närst tfn	närst		tfn		isolerar sig		
450	Kurator ringer pat	kur		tfn		mkt nedstämd		info läk: tidigarelägga ps-bes imorgon
451	psykologbesök akut	ps	1	ps	4	suicidal		
451	läkarbesök akut	läk	1	läk		Suicidal		inläggning (utan LPT)
451	SV inl			SV				
470	SV utskr			SV				Remiss t PS-ÖV
473	Remissbedömning	CRT						kurat bes 1v, läkbes 2 v, TK 3v
477	kurator besök	kur	1	kur	7			Mår bra, identitetslös
485	läkarbesök	läk	1	läk	8			Mår bra, men viss tomhet
492	kurator besök	kur	1	kur	7			Som tidigare
495	Teamkonferens	tk		tk				utreda behov av psykoterapi (ps), ny vpl: samtal kur v14d, läkbes d550, TK 560
505	kuratorsbesök	kur	1	kur	13			samtalsstöd
519	kuratorsbesök	kur	1	kur	14			samtalsstöd
525	psykologbesök	ps	1	ps	6			utredning psterapibehov
540	Psykologbesök	ps	1	ps	15			psykoterapi, läkbes efter plan TK
555	psykologbesök	ps	1	ps	15			psykoterapi, läkbes efter plan TK

Funktion	Funktion/ domän								
	Nybesök	Teamkonf	Läkare bes	Läkare tfn	Psykolog	Sjuksköt	Kurator	AT/FT/ sköt	Tfn (ej läk)
	7	14, 30, 85, 174, 275, 365, 495, 560	21, 58, 160, 240, 410, 451akut, 485		21, 451, 525, 540, 555		35, 42, 50, 65, 80, 94, 122, 170, 188, 335, 390, 447,		270, 305, 360, 440, 450
Dag	7				21, 525				
NB-utredning	7								
Utredning									
Anamnes	7								
Som status			21, 160, 451						
Kris-/försämringsbed	7		21, 58, 160, 240, 410, 451, 485		451, 525, 540, 555		35, 42, 50, 65, 80, 94, 122, 170, 188, 335, 390, 447,		270, 305, 440, 450
Patientens behov (inkl soc)	7	14, 30, 85, 174, 275, 365, 495					35, 50, 80, 122, 170, 188, 335,		
Kompetterande utredningsbehov		14	21						
Fast vårdkontakt		14 (kur)							
Bedöma teamtillhörighet		14							
Samtalsstöd?		30, 85, 174, 275,							
Psykoterapibehov?		495							
Samordningsbehov?		14, 85, 174, 275,							
SIP									
Handläggning/behandlingsinsats?		14, 30, 85, 174,	451, 485						
Yrkesgrupp?		14, 30, 85, 174,							
Behov besök/kontakt		14, 30, 85, 174, 275, 365, 495	160, 240, 410		525, 540, 555		35, 65, 80, 94, 122, 170, 188,		270, 305, 440, 450
Vårdplan		14, 30, 85, 174,	58, 240		525				
Närstående involverade?		14, 30, 85, 174,			21		35, 80, 170, 447,		
Bedöma depression			21, 58, 160, 240,						
Behandla depression			21, 58, 160, 240,						
Bedöma ångest			21, 58, 160, 240,						
Bedöma suicidrisk	7		21, 58, 160, 240,		451, 525		35, 80, 122, 447,		450
Strukturerad suicidriskbed			160, 451		451				
LPT-behov?									
SV-behov?			160, 451		451				
Utfärda intyg (ej LPT)									
Läkemedelsbehov?			21, 58, 160, 240,						
Ordinera läkemedel			21, 160, 240, 410,						
Info om lml-biverkningar			160						
Följa upp läkemedelsbehandl			58, 160, 240, 410,						
Behov av åtgärd (bes/tfn/läkarbed)?					451		447		270, 305, 440, 450
Samtalsstöd							35, 42, 50, 80, 94, 122, 170, 188,		
Psykoterapi					540, 555				
Informera läkare					451, 525				440, 450
Bedöma social situation							35, 50, 80, 94, 122, 170, 188,		
Ta kontakt med soc/FK							94		
Behov av TK		14, 30, 174, 275,			160		94, 122, 477		



CRT

KP

Närstående

Av-/ombokning

Läkare

Kurator

Soctj

Teamkonf
5-6 olika team

Sjukomsaktivitet

Fyster

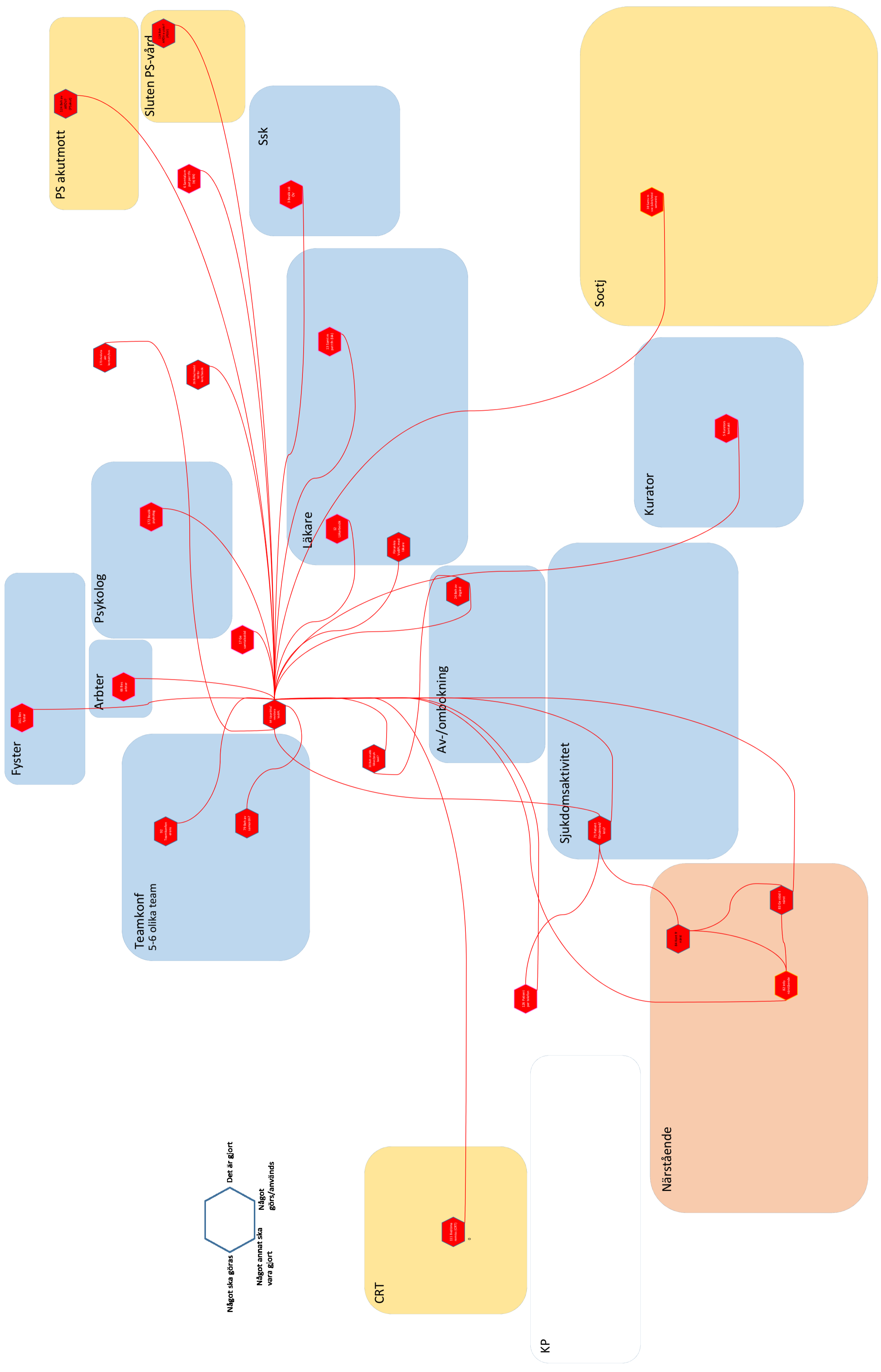
Arbter

Psykolog

PS akutmott

Sluten PS-vård

Ssk



Något ska göras Det är gjort
 Något annat ska göras/ används
 Något ska göras

