

Kunskapsbanksnummer: KB1697969

Datum: 2019-08-09

Händelseanalys

Suicidförsök på psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning och felaktig transportbeställning

Mars 2019

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdrag är att leda en händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Syftet med händelseanalysen är att utreda ett suicidförsök som inträffat på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning där patient hade tillgång till rakhyvel. Det avser även att utreda en transportbeställning i anslutning till suicidförsöket där patient under pågående transport eskalerades till att bli en traumapatient.

De viktigaste bakomliggande orsaker som identifierats är bristande rutiner kring hantering av så kallade otillåtna föremål på avdelning, samt otydlighet i rutin kring transportbeställning av LPT-patient och även bristande kunskap om vilken typ av transport som bör beställas.

Lagda åtgärdsförslag innefattar bland annat kunskapsspridning mellan de psykiatriska verksamheterna för att öka kunskap om de patientgrupper som i huvudsak inte vårdas inom den egna verksamheten, samt att ta del av goda exempel vad gäller rutiner. Ytterligare åtgärdsförslag är översyn av aktuella rutiner för rakhyvlar på avdelning, samt att skapa pedagogiskt material för transportbeställning.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam	4
3	Metodik	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Härmed ger jag analysledare Andersson i uppdrag att leda en händelseanalys av den inträffade händelsen/avvikelsen i syfte att identifiera orsaker som kunnat bidra till händelsen, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen. Analysledaren föreslår lämpliga medarbetare för deltagande i händelseanalysen.

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera patient/anhörig, berörd/berörda avdelningar samt medarbetare om att en händelseanalys kommer att utföras samt tillse att stöd ges till inblandade medarbetare.

Efter analysens slutförande kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat samt återkoppla analysens resultat till patient/anhörig och medarbetare.

Johan Sandelin
Verksamhetschef

1.1 Uppdragsgivare

Johan Sandelin, verksamhetschef
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-04-17

Startdatum: 2019-04-17

1.3 Återföringsdatum

Höst 2019, genom träff med intervjuade medarbetare, samt besök på APT av analysledare.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Neuropsykiatri
Analysteammedlem / Kurator/Socionom	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Neuropsykiatri
Analysteammedlem / Psykolog	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Neuropsykiatri
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Neuropsykiatri
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Neuropsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Neuropsykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

Följande intervjuer har genomförts:

- Med ansvarig husjour som kallades in till den heldygnsvårdsavdelning där händelsen inträffade
- Med psykiatrisjuksköterska som tjänstgjorde vid händelsen och genomförde transportbeställningen.
- Med psykiatrisjuksköterska som tjänstgjorde vid händelsen och medföljde patienten i form av ordinerat extravak till medicinavdelning.
- Med skötare som inte tjänstgjorde vid händelsen, men var uppskriven som patients kontaktperson.
- Med skötare som tjänstgjorde vid händelsen och upptäckte det pågående suicidförsöket.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Denna händelsebeskrivning bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling. Sammanfattningsvis avser händelsen en patient som inkommit till psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning och lagts in i suicidpreventivt syfte. Under den femte dagen inne på avdelningen låser patient in sig på en toalett och använder en rakhyvel för att genomföra ett suicidförsök. Patienten bedöms av läkare som stabil i sitt allmäntillstånd och transport beställs för suturering till följd av suicidförsöket. Vårdintyg för LPT skrivs och kvarhållningsbeslut fattas. En personal ordineras som extravak och följer

med patienten i kommande transport. Transportbeställningen leder till att en liggande sjuktransport blir beställd, vilket personal i efterhand upplevt som troligen felaktigt. Under transporten upplever förare av transporten att patientens tillstånd är så allvarligt att hen tar kontakt med akutmottagning och fullt traumalarm dras för patienten. Till följd av att traumalarm dras blir patient utsatt för ytterligare provtagningar, vilket på verkar hen psykiskt negativt, enligt intervjuer av personal.

Tre avvikelser skrivs i ärendet, två från den egna avdelningen avseende det suicidförsök som ägt rum och felaktig transportbeställning. Den sista avvikelser skrivs av mottagande medicinsk akutmottagning avseende kommunikationen när patient inkom.

Dag 1

Patient inkommer till psykiatrisk akutmottagning via ambulans

1.

Dag 1

Strukturerad suicidriskbedömning genomförs på psykiatrisk akutmottagning. Suicidrisk bedöms som hög.

2.

Dag 1

Patient transporteras och skrivs in av avdelningsläkare. Ny suicidriskbedömning dokumenteras. Suicidrisk bedöms som låg inneliggande. Patient bedöms ej vara i behov av extra tillsyn. Patient medverkar till sin vård och denna bedöms kunna bedrivas enligt HSL.

3.

Dag 1

Vårdplan upprättas

Saknas plan vad gäller patientens eventuella absintenssymptom.

4.

Dag 5

Patient låser in sig på toalett och genomför ett suicidförsök genom att skära sig med rakblad i halsen.

Patient genomför suicidförsök med rakhyvel. Rakhyveln hör ej till avdelningen. Oklart om den tillhört patienten eller annan patient.

5.

Dag 5

Vårdintyg utfärdas, samt kvarhållningsbeslut.

6.

Dag 5

Narkosläkare tillkallas och bedömer patienten som cirkulatoriskt stabil.

Saknas anteckning med bedömning från narkosläkare. Bedömningen noteras istället i anteckning från psykiatrisk specialistläkare.

7.

Dag 5

Beslut tas om transport av patient till annan sjukhustomt för suturering. En personal medföljer som extravak.

8.

Dag 5

SSK beställer transport till patient via webb.

Beställd transport är liggande sjuktransport med endast en personal.

9.

Dag 5

Under transport upplever förare av transport att patient är i ett såpass dåligt skick att hen tar kontakt med akutmottagnig dit patienten transporteras.

Fullt traumalarm dras trots att patient bedömts som cirkulatoriskt stabil.

Dag 5

Patient sutureras och återkommer till psykiatrisk vårdavdelning. Inga ytterligare suicidhandlingar under vårdtid

4.2 Bakomliggande orsaker

Transport av patient

Procedurer/rutiner & riktlinjer vid beställning av transport

För ej livshotande transport av patient hänvisas personal till webbformulär. Vid kontakt med enhetschef angående ärende anmodas personal att ta telefonkontakt för hjälp vid bedömningar, men på intranät betonas användning av webbformulär. I webbformulär saknas strukturerad möjlighet att ange om patient vårdas enligt LPT eller HSL. Vid kontakt med växel hänvisas personal generellt till webbformulär.

Utbildning & kompetens hos förare av sjuktransport

Förare av transport genomförde under pågående transport en bedömning som ej överensstämde med tidigare genomförd läkarbedömning. Analysteamet bedömer det som svårt att klargöra bakomliggande orsak till förarens agerande och har påtalat händelsen, samt behovet av utredning, för enhetschef för sjukvårdens larmcentral.

Vårdinnehåll på heldygnsvårdsavdelning

Utbildning & kompetens avseende rutiner kring otillåtna föremål på heldygnsvårdsavdelning

Bristande rutiner kring handhavande av patienttillhörigheter så som rakhyvlar. Bristande kännedom om rutin för visitation, där angivelse om hur anhöriga kan hanteras finns tillgänglig.

Utbildning & kompetens avseende patienter med svår missbruksproblematik

I upprättad vårdplan saknas uppföljning av patients abstinenssymptom och det framkommer i intervjuer med personal att man upplever en ovana att hantera patienter med svår missbruksproblematik. Patientens symptom på abstinens har ej följts på ett strukturerat sätt, vilket kan vara en bakomliggande orsak till det inträffade.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

- I intervju anges att vitala parametrar tas upprepade gånger på patient innan transport till akutmottagning och att dessa varit stabila. Dessa vitala parametrar återfinns ej i journal, utan enbart en mätning har genomförts och dokumenterats i löpande text.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Patientens vårdtid förlängdes troligen i och med suicidförsöket och vårdintyg samt

kvarhållningsbeslut fattades. Intagningsbeslut fattades dock ej och patienten vårdades resterande vårdtid under hälso- och sjukvårdslagstiftning. Ytterligare provtagningar genomfördes på akutmottagning till följd av att patient inkom som traumalarm. Detta belastade även personalen på mottagande enhet i och med en ökad arbetsinsats.

4.5 Åtgärdsförslag

- Kunskapsspridning från andra verksamhetsområden: Föreläsningar, utbildning eller handledning av representanter från VO Beroende. Detta bedöms som en relativt enkel åtgärd som kan ge gott resultat vad gäller kunskap inom den egna verksamheten då det hör till vanligheterna att patienter som ej tillhör avdelningars huvudsakliga målgrupp kan komma att läggas in.
- Översyn av och eventuellt införande av ny rutin vad gäller rakhyvlar på avdelning: Patienter på avdelning får ej hantera sina egna rakhyvlar, utan dessa lämnas ut och hämtas in av personal under ordnade former. Med ökad kontrollfunktion för rakhyvlar bedöms det finnas en minskad risk för rakhyvlar i omlopp på avdelningen.
- Informationsspridning av befintlig rutin kring visitation: Öka kännedom hos personal kring rutin för visitation vad gäller anhöriga som man misstänker kan föra in otillåtna föremål.
- Ambulanstransport/Sjuktransport information på intranätet: Tydligare information om att/och när kontakt kan tas för att diskutera komplicerade ärenden för transport. Detta är lyft till enhetschef för sjukvårdens larmcentral. Pedagogiskt material framställt av verksamhetsutvecklare som personal kan använda på avdelning vid transportbeställning.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	12
För analysteam	13
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	30

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Händelsen kan uppdelas i två separata delar utifrån de avvikelser som registrerats i ärendet; den suicidala handlingen respektive beställning av transport. Bedömning utifrån genomförd utredning är att det inte går att klarlägga tydliga, avgränsade orsaker till händelsen. Följaktligen bedöms det inte finnas åtgärdsförslag, som med större effekt kan förhindra att liknande händelser kan upprepas. Fynden i utredning får huvudsakligen betraktas som bifynd.

Avseende åtgärder med syfte att minska risk för suicidala handlingar ligger i utredningen tre förslag. Det får ses som en allmän kvalitetshöjande åtgärd att öka kompetens avseende vård av personer med komplex och svår missbruks- och beroendeproblematik. Förslag om utbildning till medarbetare inom det området på berörda enheter inom slutenvård bedöms relevant. Praxis/rutin avseende att patienters tillhörigheter hålls inlåsta finns, men översyn av rutiner och tillämpning av dessa på respektive avdelning är indicerat för att hitta en bra balans mellan risk för att patienter med ökad risk för självskada har tillgång till föremål att skada sig med i förhållande till den allmänna vårdmiljön på avdelningarna. Det tredje förslaget är informationsspridning av gällande rutin för visitation med fokus på hantering av besökande för att minska risk för att otillåtna föremål förs in på avdelningen. Även här bedöms effekten för att minska risk för upprepande begränsad, men insatsen måttlig och potentiellt bidragande till att medarbetare känner ökad trygghet i vad som kan göras vid misstanke om situationer av detta slag.

Avseende beställning av transport är bedömningen utifrån utredning att aktuell transportform föregåtts av adekvat bedömning och valet av transport (liggande sjuktransport) inte utgjort någon patientsäkerhetsrisk i aktuellt fall. Denna del av avvikelserna bedöms sammanhållna med brister i kommunikationsöverföring, vilket komplicerats av att den skett i flera led. Åtgärder för att på betydande sätt minska risk för detta har ej identifierats. I utredning framkommer att det finns möjlighet att i oklara fall ringa sjukvårdens larmcentral för samråd, vilket sannolikt kan bidra till bättre kommunikation i fall av liknande slag. I anslutning till återföring av utredningens resultat bör detta lyftas fram och kan kompletteras med skriftlig information på berörda enheter.

6.2 Återkoppling

Återkoppling sker separat till närmast berörda medarbetare. Återföring till enheten sker på APT eller motsvarande. Patient kommer kontaktas av analysledare och erbjudas information om resultat av utredningen.

6.3 Uppföljning

Uppföljning kommer ske i form av kontroll att föreslagna åtgärder vidtagits, v.g. se handlingsplan. Resultat av åtgärder bedöms ej möjliga att följa upp.

7 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Allvarlig vårdskada	Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
Förkortning/begrepp	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf