

Datum: 2018-03-28

Händelseanalys

Våldsincident på akutenhet

Juli 2017

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdrag

Genomföra händelseanalys efter patientintag, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Händelsen har av verksamhetschefen bedömts till allvarlighetsgrad betydande, och sannolikhet för upprepande har bedömts till liten.

Analysen har utförts utifrån beskrivningen i boken Riskanalys & Händelseanalys (2009) utgiven av Socialstyrelsen, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland.

Kort beskrivning av händelsen

Enhet 6 ber polismyndigheten om hjälp med att transportera en patient åter till häktet i Alingsås efter beslut om att behovet av fortsatt akut rättspsykiatrisk vård inte fanns. Patienten vägrar att följa med frivilligt utan stängs in på patientrummet. Vid kontroll av patienten upptäcks att hen försöker begå suicid. Tumult uppstår, verksamhetens överfallslarm aktiveras, där polisen använder sig av OC-spray för att hantera patienten. Polisen begär förstärkning och tar med sig patienten med tvång.

Resultat och bakomliggande orsaker

Analysen har kommit fram till att händelsen kontrollerades av polismyndigheten och verksamhetens rutiner och arbetssätt satts ur spel. Vidare konstaterades att intern kommunikation, i samband med verksamhetens överfallslarm, brustit.

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

Utreda och säkerställa att samma händelse inte inträffar igen

1.1 Uppdragsgivare

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-08-21

Startdatum: 2017-08-21

1.3 Återföringsdatum

2017-10-16

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Arbetsterapeut	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Skötare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Vice analysledare / Övriga personer	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Övriga personer	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri

3 Metodik

Analysen har utförts utifrån beskrivningen i boken Riskanalys & Händelseanalys (2009) utgiven av Socialstyrelsen, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Sveriges Kommuner och Landsting,

Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland. Faktainsamlingen har skett genom journaldokumentation och intervjuer med berörda medarbetare.

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Kl. 21:30

Patient befinner sig på restriktionsenheten på enhet 6. Väntar på transport till häktet i Alingsås.

1.

Kl. 21:40

Polis anländer till enhet 6. Kl. 22:03 går polisen in på aktuell del av enheten.

2.

Kl. 22:03

Polisen går in till patientens rum. Patienten vägrar att följa med. Polisen tillkallar flera poliser.

Patienten vill inte följa med polisens transport.

3.

Kl. 22:20

Patienten smörjer in sig med tvål och vrålar mot polisen.

4.

Kl. 22:25

Patienten låses in på rummet efter beslut av polisen.

5.

Kl. 22:40

Personal går in på patientens rum. Patienten hänger delvis på knä med en handduk runt halsen i suicidsyfte. Överfallslarmet går.

Polisen beordrar inlåsning av patienten i patientrum utan att skyddsvisitera rummet.

6.

Kl. 22:41

Polisen sprutar pepparsprej i patientens ansikte medans patienten hänger kvar i snaran. Personalen ifrågasätter polisens agerande.

7.

Kl. 22:43

Personal lösgör snaran från patientens hals. Patienten trycks ner i golvet av poliserna. Personalen lämnar situationen.

8.

Kl. 22:45

Flera poliser (ca 10 st.) anländer. Under tiden krånglar en dörr i akutslussen i 17 sekunder.

Dörrarna går i baklås.

9.

Kl. 22:50 - 00:00

Medarbetare meddelar säkerhetsoperatören att det inte kommit tillräckligt med personal till situationen.

1. Nyanställd hittar inte till larmplatsen.
2. En medarbetare skickas tillbaka till sin enhet av larmande sambandsperson utan att delta i larmsituationen. Tillbakaskickad medarbetare stoppar ytterligare en "larmspringare" på sin väg tillbaka till sin enhet då denna uppfattat det som om larmsituationen var över.

Kl. 00:00

Lämnar patienten Rättspsykiatrin, fängslad till fötter och händer endast iförd kalsonger.

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Medarbetare utsedda att delta i en larmorganisation ska användas som en resurs enligt gällande rutin.

Kommunikation & information

Utsedd "larmspringare" är inte tillräckligt tydlig kring sina kunskaper gällande tilldelad roll.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak

Teknik, utrustning & apparatur

Felinstallation

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga

4.5 Åtgärdsförslag

Felanmälan, felsökning och åtgärd.

Information kring gällande rutin på APT.

Skapa en checklista som säkerställer att medarbetare innehar erforderliga kunskaper för att ingå i larmorganisationen kring överfallslarm.

5 Tidsåtgång

Gör en beräkning kring hur mycket tid som analysteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	4
För analysteam	25
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	29

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

De åtgärder som tagits fram av Händelseanalysgruppen är relevanta åtgärder och ska genomföras.

6.2 Återkoppling

Återkoppling ska ske enligt den framtagna handlingsplanen

6.3 Uppföljning

Uppföljning sker av Vec och enligt handlingsplanen.

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
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf