

Datum: 2017-11-23

Händelseanalys

Patient som uppträtt aggressivt och hotfullt tas om hand av personal och slagsmål uppstår. I tumultet skadas flera av personalen. Patienten klagar efteråt på ryggsmärtor. Händelseanalysen ska belysa om ryggskadan uppstått i samband med det tumultartade omhändertagandet.

Juni 2017

Sammanfattning

Syftet med uppdraget är att kartlägga händelsen och identifiera ev. bristande rutiner och ev.ge förslag på vilka åtgärder som behöver vidtas för att minimera framtida personskador.

Patient som tidigare vårdats ineliggande vid fyra tillfällen mellan 2012-2016. Varit känd och behandlats sedan 2012 i öppenvården

I symtombilden har nedstämdhet, tvångstankar, paranoida vanföreställningar inklusive upplevelse av förföljelse och hallucinationer förekommit. Aldrig varit våldsam

Patienten kommer till psykiatrisk akutmottagning, blir inlagd på vårdavdelning. Har då enligt anteckningar avslutat sin medicinering sedan några månader tillbaka. Enl. journalanteckningar uttrycker patient och anhörig tydligt att hen inte vill komma till den avd. man vill flytta hen till. Känner sig inte trygg där eller med personalen. Diskussion förs med läkare och personal kring hens stresskänslighet avseende flytt till annan avd.

Enl. inskrivningsanteckning sjuksköterska beskriver patienten smärta i ländryggen, som mestadels är förekommande i vila, men även vid rörelse. Vid hostningar och lägesförändring är smärtan av huggande karaktär. Patienten återinskrivs på avd. efter att hen avvikit vid transport till den vårdenhet som hen uttryck att hen inte ville flyttas till. Återintas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Patienten flyttas från en avd. till en annan.

Natt SSK uppmärksammar att patienten fick svårt att andas. Kontaktar bakjour som tar beslut Patienten återkommer från akutmottagningen till avd. Ingen somatiskt orsak konstaterades. Patienten somnade lugnt i sin säng. Patienten var misstänksam och hade en aggressiv attityd under hela dagen, sent på kvällen uppträdde patienten mer hotfullt. Personal hörde hur det väsnades på hens rum, går dit och möts då av patienten som slagit sönder inredningen och hade ett tillhygge i form av en bräda. Patienten svingade denna mot personal. Personalen fruktar för sin och medpatienters säkerhet och överfalls larmar till närliggande avdelningar. Personalen hämtade bältessäng och patienten späns fast liggande på mage i sängen. Även händer och fötter späns fast. Bältas initialt med stöd av nödvärnslagen och strax efter men beslut om tvångsåtgärd av ÖL. Vid röntgenundersökning konstateras att patienten har en kotfraktur på L1 med 40 % höjdreduktion ventralt.

Händelseförloppet innehåller inga feländelser i vård och behandling. Patienten har bedömts vara i behov av den vård som ges på den avdelning som hen flyttas till. Rutinerna för omhändertagande av utåtagerande patient har följts enligt den rutin som gäller. Dokumentationen av tvångsåtgärdsbeslut brister i att det inte införts på ett korrekt sätt i den juridiska beslutsöversikten i journalen. Denna felhändelse har inget samband med händelsens utfall utan bör ses som ett bifynd.

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

Kartlägga händelsen och identifiera ev. bristande rutiner och ev.ge förslag på vilka åtgärder som behöver vidtas för att minimera framtida personskador.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef vuxenpsykiatriska öppenvårdskliniken

-

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-07-05

Startdatum: 2017-09-04

Semesterperioder gjorde att det dröjde innan annan analysen kunde starta

1.3 Återföringsdatum

2018-01-31

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Övriga personer	
Analysledare/Övriga personer	
Sakkunnig/specialist läkare i psykiatri	
Sakkunnig/specialist sjuksköterska psykiatri	

3 Metodik

- Intervju med direkt involverad personal .Två skötare och en sjuksköterska.
- Intervju med patient
- Telefonintervju med patientens syster
- Intervju med expert/sakkunnig Specialistläkare i psykiatri och specialistsjuksköterska inom vuxenpsykiatrisk heldygnsvård
- Genomgång av Journalhandlingar

4 Resultat

Patienten kommer till psykiatrisk akutmottagning, blir inlagd på vårdavdelning. Patienten flyttas till ytterligare en avdelning. Patienten försämras, blir mer paranoid tror att någon ska skada hen och hens mamma. Patienten blir hotfull och mycket aggressiv under kvällen, detta leder till tumult där patienten förser sig med ett tillhygge och går emot personalen. Personalen tvingas handgripligen övermannas och avväpna patienten för att säkra att patienten inte skadade sig själv, medpatienter eller personal.

Enligt klinikens rutiner larmar personalen närliggande avdelningar för förstärkning. Tillsammans lägger man patienten på golvet och därefter flyttas hen till bältessängen. Denna insats sker med stöd av nödvärnslagen, läkare tillkallas för formellt beslut om tvångsåtgärd- fastspänning och medicinering. Efter tumultet och fastspänning klagar patienten över ryggsmärtor. Efter röntgenundersökning bekräftas en kotskada.

För att ytterligare öka kompetensen hos personalen. Simulerad praktisk utbildning i fastspänning och avväpning av tillhygge.

Psykiatriska slutenvårdskliniken har en löpande utbildning "Tvångsvårdskolan" som går 2ggr/år och omfattar all fast anställd omvårdnadspersonal. Denna utbildning bör ingå som introduktion vid anställning av semestervikarier och timanställd personal.

Strukturerad utbildning riktad till läkarna i dokumentation av tvångsvårdsbeslut och tvångsåtgärder i journalen samt regelbunden genomgång av klinikens rutiner vid tvångsvårdsbeslut. Löpande Information om gällande rutiner vid tvångsvårdsdokumentation för sekreterare.

4.1 Händelseförlopp

2017-06-16.kl.21.30

Patienten kommer till psykiatrisk akutmottagning, blir inlagd på vårdavdelning. Enl. journalanteckningar uttrycker patient och anhörig tydligt att hen inte vill komma till den avd. man vill flytta hen till. Känner sig inte trygg där och upplever att personalen där inte är snäll. Diskussion kring hens stresskänslighet avseende flytt till annan avd.

2017-06-22 kl.12.12

Patienten återinskrivs på avd. efter att hen avvikit vid transport till den vårdenhet som hen uttryckt att hen inte ville flyttas till. Återintas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Ingen felhändelse

2017-06-22

Enl. inskrivningsanteckning sjuksköterska beskriver patienten smärta i ländryggen, som mestadels är förekommande i vila, men även vid rörelse. Vid hostningar och lägesförändring mellan liggande till stående är smärtan av huggande karaktär.

Felhändelse

2017-06-22 kl. 15.00

Patienten flyttas från en avd. till en annan.

Ingen Felhändelse

2017-06-23 kl.ca 01

Natt SSK uppmärksammar att patienten fick svårt att andas. Kontaktar bakjour som tar beslut om att tillkalla ambulans för transport till somatisk akutmottagningen.

Ingen felhändelse

2017-06-23 kl.04

Patienten återkommer från akutmottagningen till avd. Ingen somatiskt orsak konstaterades. Patienten somnade lugnt i sin säng.

Ingen Felhändelse

2017-06-23 kl.22.30

Patienten var misstänksam och hade en aggressiv attityd under hela dagen. Patienten satt och grät och var nersmutsat med lera. Patienten blev ombedd att gå in på sitt rum och tvätta sig.

Ingen felhändelse

2017-06-23 kl. 23.32

Personal hörde hur det väsnades på rummet, går dit och möts då av patienten som slagit sönder inredningen och hade ett tillhygge i form av en bräda. Patienten svingade denna mot personal.

Ingen felhändelse

2017-06-23 kl.23.35

Patienten sprang ut ur rummet och svingade brädan efter personalen som försökte skydda sig. Personalen blir träffad över armarna. Under tiden överfallsalarmlar sjuksköterskan till närliggande avdelningar.

Ingen felhändelser

2017-06-23 kl.23.35

Personalens version

Patienten jagade personalen och svingade brädan med full kraft flera gånger. Personalen blev träffad och skadad av brädan. En av personalen vänder för att gå emot patienten och försöka avvärja hen. Blev då träffad av slag på både ben och armar. Avdelningspersonalen plus de personer som kommer från närliggande avdelningar lägger ner patienten på golvet och håller fast hen. Under tumulten skadades ytterligare två av personalen.

Felhändelse

2017-06-23 kl.23.35

Patientens version

Patienten har brädan i handen och personal rycker den ur hans händer och slår hen med brädan över höger smalben. Personalen 5 st. brottar ner patienten på golvet så att hen ligger i ett låst läge. Hen uppger att någon sparkar honom i ryggen, hen uppger också att hen vet vem det var.

Felhändelse

2017-06-23.kl.23.45

Personalen hämtade bältessäng och patienten bältas liggande på mage i sängen. Även händer och fötter spämdes fast. Bältas med stöd av nödvärnslagen. Sängen kördes in på avskiljningsrummet.

Ingen felhändelse

2017-06-23.kl.23.45

Ssk tillkallade bakjourläkare för beslut om tvångsåtgärd plus medicinordination.

Felhändelse

Dokumentation om beslut av tvångsåtgärd saknas i Beslutsöversikten.(Tvångsvård)

2017-06-24 kl. 0.15

Patienten erhåller injektion enl. ordination.

Ingen Felhändelse

2017-06-24. kl. 0.15-17.00

Patienten låg fastspänd i avskiljningsrummet och hade ständig tillsyn. Personalen som sitter ständig tillsyn är placerad utanför dörren till avskiljningsrummet och kan då inte se patienten utan att ställa sig upp.

Felhändelse

Enligt rutin ska den som ansvarar för ständig tillsyn placeras sig så att man ständigt ser patienten, för att bedöma om patienten andas, får förändrad hudfärg mm, samt att någon ska finnas tillgänglig om patienten behöver något.

2017-06-24 kl.ca.17.00

Patienten låg nerhasad på sidan i sängen så att midjebältet satt strax under armhålorna, har enl. journalanteckning legat så en längre tid. Patienten släpps upp ur midjebältet, klagar över smärtor i ländryggen hade svårt för att gå och sätta sig. Intog kvällsmaten stående.

Ingen felhändelse

2017-07-18

Vid RTG undersökning konstateras att patienten har en kotfraktur på L1 med 40 % höjdreduktion ventralt.

4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak.

Bristande kunskap om kliniken rutiner avseende dokumentationer av beslutad tvångsåtgärd vid tvångsvård

Utbildning & kompetens

Ökad kunskap i hantering av hot och våldssituationer.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Rutinmässig dokumentation om beslut av tvångsåtgärd saknas i Beslutsöversikten.(Tvångsvård) i journalen. Läkaren dikterar inte sitt beslut om tvångsåtgärder utan dokumenterar själv i Melior, missar då att enligt rutinen skriva in beslutet i tvångsvårdsmodulen-beslutsöversikt.

Ansvarig personal på avdelningen saknar kunskap i klinikens beslutade rutiner av ständig tillsyn vid fastspänning.

Som bifynd kan ses att patienten tydligt uttryckte att hen inte ville byta avdelning då hen tidigare hade dålig erfarenhet av den avdelningen. Möjligen kan avdelningsbytet bidragit till att öka på hens paranoidea tankar av att någon ville skada hen.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga kostnader har beräknats.

4.5 Åtgärdsförslag

För att ytterligare öka kompetensen hos personalen vid hot och våldssituationer, simulerad praktisk utbildning i fastspänning av patient och avvärjning av tillhygge.

Psykiatriska slutenvårdskliniken har en löpande utbildning riktad mot all omvårdnadspersonal "Tvångsvårdskolan" som går 2ggr/år.

Denna utbildning bör ingå som introduktion vid anställning av semestervikarier och timanställd personal.

Strukturerad information och utbildning för läkare i dokumentation av tvångsvårdsbeslut och tvångsåtgärder i journalen samt klinikens gällande rutiner vid tvångsvårdsbeslut.

Löpande information och utbildning om gällande rutiner vid tvångsvårdsdokumentation för avdelningschefer och sekreterare.

5

6 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	44
För analysteam	8
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	56

7 Uppdragsgivarens kommentarer

7.1 Åtgärder

Efter inträffad händelse, vidtogs och planerades det för, en del åtgärder direkt efter händelsen och i samband med arbetsmiljöverkets inspektion.

Vi införde bl. a en rutin gällande översyn av möbler i samband med den skyddsron som genomförs på avdelningarna tillsammans med skyddsombud 2 gånger/år. Vi tydliggjorde hemsidan på vårt intranät gällande våra PM över säkerhet, så att de är lättare att hitta. Vi utarbetade en plan/checklista för att säkerställa att rapporter och överlämnande av information innehåller nödvändig information samt håller hög kvalitet. Vi har utarbetat ett dokument för akuta händelser där man steg för steg beskriver vad man ska göra och vem man ska kontakta vid allvarliga händelser. Vi har kompletterat och strukturerat upp våra utbildningsinsatser gällande hot och våld för både fast personal och timanställda. Vi har även numera en rutin gällande strukturerade riskbedömningar i det dagliga arbetet som dokumenteras.

Utöver dessa vidtagna åtgärder kommer vi även prioritera att timvikarier och semestervikarier för vår utbildning "tvångsvårdsskolan" som en del i sin introduktion när de börjar hos oss enligt förslag från denna händelseanalys. Vi kommer även råda avdelningscheferna att gå denna utbildning för att hålla sig a jour med våra tvångsvårdsrutiner. Tidsplan för genomförande av detta är redan vid nästa utbildning hösten-18.

Det visade sig också i händelseanalysen att det finns brister hos både läkargruppen och sekreterargruppen gällande kunskapen kring tvångsvårdsdokumentation och tvångsvårdsbeslut. Kommer att diskutera detta med läkarchef Per Persson och sekreterarchef Eva Tilander gällande utbildningsinsatser.

7.2 Återkoppling

Resultat av händelseanalys samt åtgärder kommer att gås igenom på verksamhetsledning då dessa gäller för hela slutenvårdskliniken. Resultat av händelseanalys samt åtgärder återförs till berörd enhet av Avdelningschef alternativt om så önskas tillsammans med analysledare. Avdelningschef alternativt Avdelningsläkare återför resultat av händelseanalys till patient och närstående.

7.3 Uppföljning

Åtgärder och rutiner som vidtagits utifrån aktuell händelse kommer att följas upp på verksamhetsledning i december 2018.

8 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>

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf