

Datum: 2017-05-03

Händelseanalys

Suicidförsök på akutvårdsavdelning, överflyttad från psykiatri för övervakning efter intoxikation under permission

Februari 2017

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Deprimerad patient som söker vård på psykiatri efter att ha intoxikerat sig med T. Oxascand ©. Patienten är välkänd inom psykiatri och skrivs in på psykiatrisk vårdavdelning A. Patienten uppger vid inskrivning att hans psykiska mående har försämrats senaste veckan. Patienten gick på permission och avvek under permissionen. Patienten hittas i korridoren utanför avdelningen. Patienten hade köpt ut läkemedel på apoteket som hen intoxikerat sig med.

Patienten bedöms på akutmottagning och intoxicationen anses vara av lindrigare slag, kontakt togs med giftinformationscentralen. Jurläkare A ordinerar extravak då patienten uppger att hen har suicidtankar. Patienten läggs in på akutvårdsavdelning inget extravak ordinerar.

Patienten observeras på akutvårdsavdelningen under natten och på morgonen vid bedömer jurläkare B att patienten är fysiskt återställd och kan återgå till psykiatri. När sjuksköterska skall rapportera över patienten till psykiatri så är hen utskriven därifrån och det finns ingen vårdplats till patienten.

Ansvarig sjuksköterska på akutvårdsavdelningen får besked om att nu finns det en plats till patienten och går för att meddela patienten detta. Sjuksköterskan kan inte finna patienten någonstans men upptäcker att en av patienttoaletterna är låst och ingen svarar när hon knackar på. Sjuksköterskan forcerar dörren och finner patienten hängande i duschdraperiet.

Händelsens utfall; Sjuksköterska påkallar omedelbart hjälp och patienten skars ner. Patienten klarar sig utan men från händelsen och överförs efter ytterligare observation på akutvårdsavdelningen under LPT till psykiatrisk vård.

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	6
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	6
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.5	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling	8
6.3	Uppföljning	8
7	Ordförklaringar	9
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Kartläggning av patientens vård i samband med intoxikation under permission och efterföljande vistelse vid akutmottagningsavdelning där patienten försöker suicidera.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Maria Taranger
Medicin Geriatrik Akutmottagning, Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-02-13

Startdatum: 2017-03-20

1.3 Återföringsdatum

Händelseanalysen rapporteras till uppdragsgivaren 2017-05-15

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Sjuksköterska

Analysteam / Psykolog

Enhet

Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/Område
2/Medicin Geriatrik och
Akutmottagning

Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/Område
2/Psykiatri affektiva

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från avvikelserapport. Intervju med direkt och indirekt involverad personal. Här har uppgifter inhämtats från samtliga enhetschefer inom psykiatri affektivas slutenvårdsenheter, vårdenhetschef akutvårdsavdelningen, bakjour, medicin 3-jour samt ansvarig sjuksköterska på akutvårdsenhet. Därutöver har granskning skett av journalhandlingar, PM, riktlinjer och rutiner.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Deprimerad patient som söker vård på psykiatrin efter att ha intoxikerat sig med T. Oxascand ©. Patienten är välkänd inom psykiatrin och skrivs in på psykiatrisk vårdavdelning A. Patienten har cyklotymi, ångest och upprepade depressioner. Patienten uppger vid inskrivning att hens psykiska mående har försämrats senaste veckan. Hen uppger att hen inte orkar leva längre på detta sätt men vill inte ta sitt liv pga. sina anhöriga och vänner. Hen upplever sig trygg på avdelningen och har inga suicidtankar eller planer. Patienten uppger att hen vill flytta till avdelning B, där hen vårdats under hösten. Patienten har ångest under kvällen.

Patienten gick på permission och avvek under permissionen. Patienten hittas i korridoren utanför avdelningen. Patienten hade köpt ut läkemedel på apoteket som hen intoxikerat sig med. Oklart varför patienten fick permission så snart efter inskrivning. Patienten överförs till sjukhusets somatiska akutmottagning för bedömning av jourläkare men patienten borde bedömts på den psykiatriska vårdavdelningen.

Patienten bedöms på akutmottagning och intoxikationen anses vara av lindrigare slag, kontakt togs med giftinformationscentralen. Jourläkare A ordinerar extravak då patienten uppger att hen har suicidtankar. Jourläkare A konsulterar också psykiatrisk bakjour i ärendet och får följande råd; Vårdintyg är inte aktuellt då patienten sökt sig frivilligt tillbaka till avdelningen från sin permission. Om patienten hade varit kvar på psykiatrin hade extra tillsyn tillsats och inte extravak. Patienten läggs in på akutvårdsavdelning inget extravak ordinerar. Jourläkare på akutmottagningen följer detta och enligt PM 8848 så är råd från psykiatrisk konsult enbart rådgivande.

Patienten observeras på akutvårdsavdelningen under natten och på morgonen vid bedömer jourläkare B att patienten är fysiskt återställd och kan återgå till psykiatrin. När sjuksköterska skall rapportera över patienten till psykiatrin så är hen utskriven därifrån och det finns ingen vårdplats till patienten. Patienten vandrar oroligt fram och tillbaka på akutvårdsavdelningen i väntan på att få en vårdplats. För att möjliggöra inskrivning på somatisk avdelning måste

patienten formellt skrivs ut i ELVIS från psykiatrisk avdelning. Brister i intern kommunikation inom den psykiatriska verksamheten och deras kommunikation med akutvårdsavdelningen resulterade i att patientens plats under tiden belades med annan patient, då det framkommer oklarheter betr gällande rutin.

Ansvarig sjuksköterska på akutvårdsavdelningen får besked om att nu finns det en annan, frigjord plats till patienten och går för att meddela patienten detta. Sjuksköterskan kan inte finna patienten någonstans men upptäcker att en av patienttoaletterna är låst och ingen svarar när hon knackar på. Sjuksköterskan forcerar dörren och finner patienten hängande i duschdraperiet.

Händelsens utfall; Sjuksköterska påkallar omedelbart hjälp och patienten skars ner. Patienten klarar sig utan men från händelsen och överförs efter ytterligare observation på akutvårdsavdelningen under LPT till psykiatrisk vård.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

Kommunikation & information

Otydlig kommunikation, både intern och mellan berörda verksamheter.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Rutins saknas om bakavdelning för patienter vårdade inom slutna psykiatrisk vård och som tillfälligt är i behov av övervakning inom somatiken.

Fallrisk är inte bedömt på akutmottagningen.

Arbetsrutin för medicin 3 jour i behov av revidering då utrymme för tolkningar finns.

Teknik, utrustning & apparatur

Flamsäkra och tåliga duschdraperier

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras:

Utbildning & kompetens och Omgivning & organisation

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Patienten ramlar på akutmottagningen och slår i huvudet vilket genererar en datortomografi. Avvikelse från denna händelse saknas. Patienten har mer än 500 ml urin i blåsan och tappas.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Merkostnader som händelsen genererat:

- Dator röntgen av -hjärna och halsrygg med övervakning av narkospersonal.
- Vården konverterad till tvångsvård LPT under 11 vårddygn.

4.5 Åtgärdsförslag

Fallriskbedömning på patienter med uppenbar fallrisk. Registrering av fallhändelse i Med-control-Pro

Kommunikation & information

Förbättring av intern kommunikation kring den rutin som finns angående patienter från psykiatrisk slutenvård och som tillfälligt vårdas inom somatisk slutenvård.

Tydlighet vid intern och extern kommunikation

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ny rutin införd för patienter inom psykiatrisk slutenvård och som vid behov av tillfällig vård på somatisk vårdavdelning har en ansvarig bakavdelning utsedd.

Uppdatering och förtydligande av rutinen kring 3-jourens arbetsuppgifter.

Teknik, utrustning & apparatur

Vec på akutvårdsavdelningen har varit i kontakt med psykiatrin angående duschdraperier och de har inga i sina duschutrymmen. Vi väljer därför på akutvårdsavdelningen att idag plocka ner de draperierna i duschutrymmena. (De draperier som finns att tillgå via marknadsplatsen är idag flamsäkra och det var i ett sådant som hängningsförsöket skedde och ska man ha duschdraperier på vårdavdelning så skall de vara flamsäkra.) Vec informerar sin personalgrupp om att vara extra noggranna med att hålla torrt på golvet efter duschning, då vi där med borttagna draperier kan antas få en ökad halkrisk.

Utbildning & kompetens

I syfte att få ett lärande av händelsen förslås en gemensam dragning av ärendet på psykiatriråd.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Nedplockning av draperier i duscharna		Vec	Ja

5 Tidsåtgång

Uppskattad tid för teamet har varit ca 12 timmar.

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Förslagen rapport accepteras i sin helhet.

6.2 Återkoppling

Återkoppling till berörda verksamheter. Berörda verksamheter planerar en gemensam sk. MoM-konferens (Mortality och Morbiditet)

6.3 Uppföljning

Uppföljning se handlingsplan av berörda verksamheter.

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

Bilaga 2 Handlingsplan