

Kunskapsbanksnummer: KB2755544

Datum: 2019-03-27

Händelseanalys

Hotfull patient på somatisk vårdavdelning

November 2018

Analysledare:

Verksamhetsutvecklare

Område 6

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdraget är att utreda den inträffade händelsen 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.

Patient med känt missbruk inkommer till akutmottagning pga. förgiftning med flera olika läkemedel. Patienten läggs in på medicinavdelning för observation. Remiss för psykiatrisk konsultation skrivs. Bedömning genomförs, patienten är inte aktuell för övertag, ter sig inte psykotisk. Fortsatt medicinsk övervakning.

Patienten begär en second opinion av psykiatriker. Remiss för detta skrivs men bedömningen genomförs inte pga. otydligheter i remissen.

På kvällen går patienten hem på egen begäran.

Dagen efter avbokar patienten ett planerat besök på substitutionsmottagningen.

På kvällen samma dag inkommer patienten till akutmottagningen pga. förgiftning med tabletter.

Patienten läggs in för observation på samma medicinavdelning som vid senaste tillfället.

På natten är patienten orolig och hallucinerar. Efter kontakt med psykiatribakjour ges lugnande medicin och remiss för psykiatrisk konsultation skrivs.

Tidigt på morgonen ramlar patienten ur sängen och slår i bakhuvudet. Datorundersökning utan anmärkning görs av hjärnan samma förmiddag.

Under förmiddag och eftermiddag sover patienten i säng som står placerad i korridoren för att underlätta observation.

Psykiatrikonsultation genomförs inte under dagen. Tiden till bedömning är anmärkningsvärt lång. Orsaken till fördröjningen är att konsultfunktionen är underbemannad aktuell dag beroende på att flera läkare var på konferens och kurs. Remissen anger inga oroande parametrar eller tecken på aggressivt beteende.

Runt kl. 17.00 blir patienten mycket hotfull mot personalen, tillgriper verktyg som hot. Vårdintyg utfärdas. Analysen har inte kunnat ge svar på om fördröjningen till psykiatrisk bedömning har medverkat till att patienten plötsligt blir hotfull och aggressiv. Enligt psykiatrisk expertis har fördröjningen inte påverkat händelsens utfall.

Två timmar senare överförs patienten till psykiatrisk akutmottagning och därefter till beroendekliniken.

Enligt journalanteckning från beroendeavdelningen brukar patienten vara aggressiv mot personal och medpatienter. Medicinavdelningen har ingen kännedom om att patienten tidigare uppvisat ett aggressivt beteende.

Patienten tvångsvårdas enligt LPT i 19 dagar.

Bakomliggande orsaker

Otydliga rutiner och arbetssätt för hur remiss skrivs och kommunikation sker när patient önskar en second opinion.

Det finns ingen lättillgänglig information i journalen om patientens tidigare hotfulla beteende. Underbemanningen var kommunicerad i den egna organisationen men ändå upptäcks sent att konsultpositionen är obemannad.

Åtgärdsförslag

Upprätta rutiner och arbetssätt tillsammans med psykiatrisk enhet när patient önskar second opinion.

Implementera rutin "Riskbedömning av hot och våld" (Barium 27788) där det anges att hot och våldssituationer ska dokumenteras under och kontrolleras i uppmärksamhetsinformation (Blå ringen) i Melior.

Åtgärd avseende bemanning vid frånvaro vidtas inom psykiatriktionen.

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 analysledaren 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.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Medicin Sahlgrenska
Område 6
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-11-20

Startdatum: 2018-12-12

Flera andra analyser pågår i verksamheten. Tidsbrist.

1.3 Återföringsdatum

2019-03-27

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Medicin Sahlgrenska
Analysteammedlem/Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Medicin Sahlgrenska
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 6/Medicin Sahlgrenska

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Journalhandlingar

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Förutsättning

Patient med känt missbruk inkommer till akutmottagning pga. förgiftning med flera olika läkemedel.

Dag 1 kl. 10.00

Patienten träffar läkare. Uppger att tablettintaget inte gjorts i självmordssyfte (H1).

Kl. 18.33

Patienten läggs in på medicinavdelning för observation (H2).

Under natten

Remiss för psykiatrisk konsultation skrivs (H3).

C:a kl. 13.00

Psykiatriker genomför bedömning. Patienten bedöms inte vara psykotisk och därmed inte aktuell för övertag till psykiatrisk vård. Fortsatt medicinsk observation på vårdavdelningen under några timmar rekommenderas (H4).

C:a kl. 16.00

Patienten begär en second opinion av psykiatriker. Remiss för detta skrivs. Bedömningen genomförs inte. Orsaken är att remissen saknar tydliga skäl till varför patienten önskar en second opinion. Det finns ingen önskad prioriteringsordning i remissen (H5).

Kl. 21.49

Patienten går hem på egen begäran efter ytterligare några timmars övervakning (H6).

Dag 2 förmiddag

Patienten avbokar ett planerat besök på substitutionsmottagningen. Patienten har vid flera tillfällen uppvisat låg följsamhet till erbjuden behandling (H7).

Dag 2 kl. 22.15

Patienten inkommer till akutmottagningen pga. förgiftning med tabletter av okänd mängd och substans (H8).

Dag 3 kl. 00.3

Patienten läggs in för observation på samma medicinavdelning som vid senaste tillfället (H9).

C:a 03.00

Patienten är orolig och hallucinerar. Husjouren kommer och bedömer patienten. Kontakt tas med bakjouren inom psykiatri. Lugnande medicin ges. Remiss för psykiatrisk konsultation skrivs (H10).

06.00

Patienten ramlar ur sängen och slår i bakhuvudet. Datorundersökning av hjärnan görs samma förmiddag. Den är utan anmärkning (H11).

Förmiddag och eftermiddag

Patienten sover i sin säng som står placerad i korridoren, så att man kan observera patienten. Psykiatrikonsultationen genomförs inte under dagen. Tiden till bedömning är anmärkningsvärt lång. Orsaken till fördröjningen är att konsultfunktionen är underbemannad aktuell dag beroende på att flera läkare var på konferens och kurs. Remissen anger inga oroande parametrar eller tecken på aggressivt beteende (H12).

C:a 17.00

Patienten reser sig från sängen och tar några knivar från matvagnen, slår sönder en vagn med glas på, hotar personal och försöker knivhugga en av dem. Övermannas av sjuksköterska. Vaktmästare, väktare och polis tillkallas. Vårdintyg utfärdas. Analysen har inte kunnat ge svar på om fördröjningen till psykiatrisk bedömning har medverkat till att patienten plötsligt blir hotfull och aggressiv. Enligt psykiatrisk expertis har fördröjningen inte påverkat händelsens utfall (H 13).

19.00

Patienten överförs till Psykiatrisk akutmottagning och därefter till beroendekliniken. Enligt journalanteckning från beroendeavdelningen brukar patienten vara aggressiv mot personal och medpatienter. Medicinavdelningen har ingen kännedom om att patienten tidigare uppvisat ett aggressivt beteende (H14).

Händelsens utfall

Vårdintyg utfärdas.

Patienten tvångsvårdas enligt LPT i 19 dagar.

4.2 Bakomliggande orsaker

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

Procedurer, rutiner & riktlinjer

Händelse 5. Otydliga rutiner och arbetssätt för hur remiss skrivs och kommunikation sker när patient önskar en second opinion.

Händelse 14. Det finns ingen lättillgänglig information i journalen om patientens tidigare hotfulla beteende.

Omgivning & organisation

Händelse 12. Underbemanningen var kommunicerad i den egna organisationen men ändå upptäckts sent att konsultpositionen är obemannad.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras: Kommunikation & information, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

4.3 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader är inte beräknade.

4.4 Åtgärdsförslag

Upprätta rutiner och arbetssätt tillsammans med psykiatrisk enhet när patient önskar second opinion.

Implementera rutin "Riskbedömning av hot och våld" (Barium 27788) där det anges att hot och våldssituationer ska dokumenteras under och kontrolleras i uppmärksamhetsinformation (Blå ringen) i Melior.

Åtgärd avseende bemanning vid frånvaro vidtas inom psykiatrisektionen.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	25
För analysteam	3
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	29

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Upprätta rutiner och arbetssätt tillsammans med psykiatrisk enhet när patient önskar second opinion.

Implementera rutin "Riskbedömning av hot och våld" (Barium 27788) där det anges att hot och våldssituationer ska dokumenteras under och kontrolleras i uppmärksamhetsinformation (Blå ringen) i Melior. Säkerställa att denna typ av information eftersöks i journal.

Åtgärd avseende bemanning vid frånvaro vidtas inom psykiatrisektionen.

6.2 Återkoppling

Information till berörda personalgrupper på APT och vid utbildning i hot och våld. Information till chefsgruppen för spridning. Kontakt med psykiatrin angående händelsen och säkerställa att riskbedömning vid hot och våld görs och dokumenteras inom verksamheterna.

6.3 Uppföljning

Uppföljning inom 6 månader att åtgärder enligt ovan genomförts.

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

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf