

Datum: 2017-11-27

Händelseanalys

Suicid

Maj 2017

Sammanfattning

Uppdraget är att se om det brustit i några av klinikens rutiner.

Syftet är att vid behov lämna förslag på nya rutiner för att verksamheten ska kunna förebygga liknande händelser.

Patienten som har ett omfattande blandmissbruk som debuterade i tidiga tonåren. Har under senare delen av tonåren varit placerad på flera LVU-hem. Utvecklade psykotiska symtom 2012 i form av hallucinationer, paranoida vanföreställningar och tankestörningar. Kom till vårdanläggningen våren 2016. Vårdas med stöd av LRV. (Lagen om rättspsykiatriska vård) med särskild utskrivningsprövning.

Inledningsvis en turbulent vårdtid där patienten agerade aggressivt gentemot personal och medarbetare. Uppvisade psykotiska symtom och uppgav självmordstankar.

Under våren 2017 avspeglar omvårdnadsdokumentation tilltagande hopplöshetskänslor hos patienten. Patienten pendlar mellan gränspsykotisk och psykotisk. Läkarbedömning vid allmän och djuprond sker regelbundet, och är väl dokumenterade.

Patienten tar emot telefonsamtal från närstående. Är upprörd och ledsen efter telefonsamtalet, vilket händer ofta när hen talat med närstående.

Patienten går efter telefonsamtalet in på sitt rum. Personal går efter ca 30 minuter in på patientens rum för att titta till hen. Hittar då hen hägnade i ett lakan som fästs över en dörr. Hen tas ner och man påbörjar HLR. Ambulans tillkallas. HLR insatser avbryts kl.00.05 utan att upplivningsförsöket lyckats.

I analysen framkommer inga felhändelser eller avsteg från gällande rutiner som är avgörande för händelseförloppet.

Som felhändelse och bakomliggande orsaker kan ses att både suicidriskbedömning och kunskap om psykosvård kan förbättras.

Åtgärdsförslagen baseras på de felhändelser och bifynd som kommit fram vid analysen. Dessa åtgärder skulle öka möjligheterna att förebygga att liknande händelser inträffar.

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

Uppdraget är att se om det i vården av patienten brustit i några rutiner, och att vid behov lämna förslag på nya rutiner för att verksamheten ska kunna förebygga liknande händelser.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef vuxenpsykiatri slutenvårdsklinik

-

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-06-12

Startdatum: 2017-08-31

Uppdraget delades ut innan sommarsemestrarna. Analysledarna började med analysen efter avslutad semester.

1.3 Återföringsdatum

2017-12-18

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

| Roll/titel | Enhet |
|-----------------------------------|-------|
| Analysledare/Övriga personer | |
| Analysledare/Psykoterapeut | |
| Specialistläkare i Psykiatri | |
| Specialistsjuksköterska Psykiatri | |

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från journalgranskning, intervju med, behandlande läkare, psykolog, tjänstgörande sjuksköterska som var med vid dödsfallet, behandlingsassistent och skötare som var hans kontakt person. Telefon kontakt har tagits med patientens mamma.

Expertgranskning av överläkare/ specialist i psykiatri, och psykiatri specialistsjuksköterska

4 Resultat

Inledningsvis en turbulent vårdtid där patienten agerade aggressivt gentemot personal och medarbetare. Uppvisade psykotiska symtom och uppgav självmordstankar.

Under våren avspeglar omvårdnadsdokumentation tilltagande hopplöshetskänslor hos patienten. Patienten pendlar mellan gränspsykotisk och psykotisk. Läkarbedömning vid allmän och djuprond sker regelbundet, och är väl dokumenterade.

Patienten tar emot telefonsamtal från närstående. Är upprörd och ledsen efter telefonsamtalet, vilket ofta inträffar efter telefonsamtal med närstående. Detta är ett vanligt beteende hos patienten, och personalen uppfattar inte situationen som extra jobbig för patienten.

Går in på sitt rum. Personal går efter ca 30 min in på patientens rum för att titta till hen. Hittar då hen hägnade i ett lakan som fästs över en dörr. Hen tas ner och HLR påbörjas.

Ambulans tillkallas. HLR insatser avbryts kl.00.05 utan att upplivningsförsöket lyckats.

Läkaren har haft en tät kontakt med flera och långa samtal med patienten i vilka hen kunnat bilda sig en grundad uppfattning om patientens tillstånd och effekterna av de ordinationer som hen gjort.

Patienten har en vårdplan som beskriver vilka vårdåtgärder som är pågående och planerade.

I analysen framkommer inga felhändelser eller avsteg från gällande rutiner som är avgörande för händelseförloppet.

Som felhändelse och bakomliggande orsaker kan ses att både suicidriskbedömning och kunskap om psykosvård kan förbättras.

5

Patient som under senare delen av tonåren varit placerad på flera LVU-hem. Kom till vårdanläggningen 2016-05-11. Vårdas med stöd av LRV. 16 (Lagen om rättspsykiatriska vård) med särskild utskrivningsprövning.

5.1 Händelseförlopp

Patienten är dömd till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

1. Patienten påbörjade sin behandling på den rättspsykiatriska vårdavdelningen.
2. Inledningsvis en turbulent vårdtid där patienten agerade aggressivt gentemot personal och medarbetare. Uppvisade psykotiska symtom och uppgav självmordstankar. Patienten har en historik med två tidigare suicidförsök genom hängningsförsök.

3. Upprättande av vårdplan. Innehållande:
psykologiskt problem, resurs formulering, krisplan, mål och åtgärder.

4. Patienten har ett besök av anhörig under två timmar. Efter besöket framkommer det vid samtal med omvårdnadspersonal att patienten dunkat sitt huvud i väggen och uttalat självmordstankar.

Felhändelse

Ingen läkare fanns på avd. som kunde utföra en suicidriskbedömning. Ingen suicidriskbedömning utfördes av omvårdnadspersonal.

5. Under våren avspeglar omvårdnads dokumentation tilltagande hopplöshetskänslor hos patienten. Patienten pendlar mellan gränspsykotisk och psykotisk. Vårdplanen anger vilka åtgärder som är planerade för patienten.

Felhändelse.

Hur omvårdnadsåtgärderna och den psykologiska behandlingen utförs är svårt att följa i dokumentationen.

6. Läkarbedömning vid allmän och djuprond sker regelbundet, och är väl dokumenterade.

7. Patienten tar emot telefonsamtal från närstående. Är upprörd och ledsen efter telefonsamtalet. Går in på sitt rum. Detta är ett vanligt beteende hos patienten och situationen uppfattas inte av personalen som extra jobbig för hen.

8. Personal går in till patientens efter ca 30 minuter för att titta till hen. Hittar då hen hägnade i ett lakan som fästs över en dörr. Hen tas ner och man påbörjar HLR.

Ambulans tillkallas. HLR insatser avbryts kl.00.05 utan att upplivningsförsöket lyckats. Skadan bedöms vara icke undvikbar.

5.2 Bakomliggande orsaker

Analysen har identifierat felhändelser och bakomliggande orsaker inom följande områden.

Utbildning/kompetens

Den farmakologiska delen av behandlingen har en större tyngd än omvårdnadsarbetet i patientens behandling. Utbildning för omvårdnadspersonal i att utföra och dokumentera suicidriskbedömning saknas.

Omgivning/organisation

Det råder en hierarkisk uppdelning av ansvarsfördelningen avseende suicidriskbedömningar.

Teknik, utrustning och apparatur

Kommunikation och information

5.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Brister i suicidriskbedömning. Denna kan ses som en felhändelse och ett bifynd då denna bedömning endast utförs enl. rutin av läkare vid läkarronder. Övrig behandlingspersonal utför och dokumenterar inte rutinmässigt suicidriskbedömning vilket innebär att ökad suicidrisk hos patienten kan missas.

5.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Analysen visar på att ingen vårdskada har skett. Inga kostnadsberäkningar kan därför göras.

5.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslagen baseras på de felhändelser och bifynd som kommit fram vid analysen, och riktar sig till bakomliggande orsaker. Dessa åtgärder skulle öka möjligheterna att förebygga liknande händelser.

- Riktad forskningsbaserad utbildning i psykosvård.
- Skapa rutin för att suicidriskbedömningar utförs regelbundet av alla yrkesgrupper.
- Att strukturerat beakta de riskfaktorer som finns vad gäller förhöjd suicidrisk b.la. tidigare suicidförsök.

6 Tidsåtgång

| Tidsåtgång | Tid i timmar |
|---|--------------|
| För analysledare | 40 |
| För analysteam | 7 |
| För involverade (intervjuer, återkoppling etc.) | 3 |
| SUMMA | 50 |

7 Uppdragsgivarens kommentarer

7.1 Åtgärder

Patienten vårdades inte på den vårdavdelning som har störst kunskap i psykosvård. Min bedömning är dock att detta inte påverkade händelsen. Utbildning i psykosvård, riktad till omvårdnadspersonal på vårdavdelningen kommer att ske och därmed ställer jag mig bakom det åtgärdsförslaget.

Utbildning i självmordsriskbedömning kommer att ske till alla anställda inom rättspsykiatri och tillsammans med chefsöverläkaren skall verksamhetschef ta fram en plan hur och när dessa bedömningar skall ske.

7.2 Återkoppling

Analysen återkopplas till avdelningen genom verksamhetschef och analysledare. Analysen återkopplas också till alla klinikens chefer på verksamhetsledningsmöte.

7.3 Uppföljning

Utbildning i psykosvård skall vara klar senast september 2018.

Utbildning i självmordsriskbedömning samt rutin enligt ovan skall vara klar senast september 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 |
| LRV | Lagen om Rätts psykiatrisk Vård |
| LVU | Lagen om Vård av Unga |
| | |

9 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf