

Datum: 2017-12-06

Händelseanalys

Hotfull patient på permission

September 2017

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Genomföra händelseanalys efter tillbud av patient från rehabenhet 2 Rättsspsykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Händelsen har av verksamhetschefen bedömts till allvarlighetsgrad mindre och sannolikhet för upprepande har bedömts som stor. Analysen har utförts utifrån beskrivningen i boken riskanalys och händelseanalys 2009. Utgiven av socialstyrelsen, landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Sveriges kommuner och landsting, Stockholms läns landsting och landstinget i Östergötland.

Uppdragsgivare

Analysen har utförts på uppdrag av verksamhetschefen Alessio Degl'innocenti.

Kort beskrivning av händelsen

Patient går på permission. Stiger på bussen. Mamma till 3 årigt barn ringer 20 minuter senare och berättar följande. Patienten har uppträtt hotfullt och slagit i luften ovanför barnets huvud. Patienten återvänder från permissionen och vid samtal med ssk samt skötare förnekar patienten händelsen.

Deltagare i analysen

, verksamhetssamordnare
Oskar Holmberg, säkerhetsansvarig
Ronnie Alsing, systemadministratör
Susanne Jansson, säkerhetsoperatör

Resultat och bakomliggande orsaker

Analysteamet har kommit fram till att tillbudet eventuellt hade kunnat undvikas om en riskbedömning hade gjorts enligt rutin inför ansökan om förlängd vårdtid

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

Alessio Deg' l Innocenti

Område 2

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-09-04

Startdatum: 2017-09-06

1.3 Återföringsdatum

2017-09-29

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel

Analysledare / Arbetsterapeut

Vice analysledare / Övriga personer

Enhet

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område
2/Rättpsykiatri

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område
2/Rättpsykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från- Intervju med direkt/indirekt involverad personal

- Lagar/förordningar/föreskrifter
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

170902

Patient på permission från sin rehabenhet på Rättspsykiatri.

1.

Dag 1 kl. 11:25

Patienten tar bussen från busshållplats i närheten av verksamheten. När patienten väl är på bussen uppstår en hotfull situation med annan medpassagerare och dess barn.

2.

Dag 1 kl. 11.40

Samtal från mamman till en 3-åring inkommer till verksamhetens säkerhetsoperatörer. Mamman berättar att patienten varit verbalt hotfull och slagit i luften ovanför barnets huvud.

3.

Dag 1 kl. 12:30

Säkerhetsoperatörer återkopplar samtalet till skötare på aktuell patients enhet. Enheten kontaktar bakjouren och förbereder ett samtal med patienten när henn återkommer från sin permission.

4.

Dag 1 kl. 16:30

Patienten återkommer från permission som planerat.

5.

Dag 1 kl. 17:15

Skötare och ssk samtalar med patienten om det inträffade.

Skötare och ssk vill ta del av patientens beskrivning av vad som hänt. Patienten medger att denne haft en dålig dag sedan morgonen men förnekar händelsen.

Dag 1 kl. 18:00

Patientens friförmåner drogs in.

4.2 Bakomliggande orsaker

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Verksamheten har en brist på kuratorer i nuläget vilket leder till att riskbedömningarna, enligt riskbedömningsverktyget HCR-20, försenas eller uteblir.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Det upptäcktes att ingen riskbedömning enligt HCR 20 ver.3 hade gjorts enligt rutin.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga

4.5 Åtgärdsförslag

Se över arbetsstrukturen för HCR 20, ver 3

Säkra kuratorsfördelningen i syfte att komma ikapp med riskbedömningarna.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Friförmåner drogs in för patienten		Bakjouren	Samma dag

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	1
För analysteam	4
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0,5
SUMMA	5,5

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Det förslag som Händelseanalysteamet kommit fram till accepteras och bedöms vara rimliga, adekvata och optimala. Det första åtgärdsförslaget är att riskbedömning med HCR-20, version 3, alltid ska göras enligt rutin. Det andra åtgärdsförslaget är att säkerställa att kuratorresurser finns fördelade optimalt så ingen enhet blir helt utan kuratorresurs.

6.2 Återkoppling

Återkoppling av utfallet på Händelseanalysen ska göras på VLG och APT.

6.3 Uppföljning

Uppföljning sker enligt Handlingsplan i mitten av januari 2018.

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