

Kunskapsbanksnummer: KB404835

Datum: 2019-03-05

Händelseanalys

Våldsituation, riskbedömning och kommunikation

December 2018

Analysledare:
Patientsäkerhetsenheten
Region Sörmland

Sammanfattning

Ambulans larmades till lägenhet pga påträffad person med knivskador, polis på platsen misstänkte att skadorna var självförvållade men patienten uppgav själv att det var flera personer som hade orsakat skadorna. Situationen var oklar när patienten kom till sjukhusets akutmottagning, efter omhändertagande enligt traumalarm konstaterades att patienten hade pneumothorax.

Vårdpersonalen beskrev patienten som misstänksam, orolig, agiterad men lugn. Psykkonsult utfördes inte men läkare rekommenderade att det skulle utföras senare under vårdtillfället. Under fm lämnade patienten själv akutmottagningen, begäran om polishandräckning för att föra tillbaka patienten för vårdintygsbedömning utfärdades eftersom patienten var i behov av behandling.

Efter lunch återkom patienten med ambulans, status var sämre och röntgen visade bl a annat hemothorax. Läkare beslutade om dränagesättning, pga hög arbetsbelastning bad kirurgen narkoskollega att utföra det. Patienten fördes till intensivvårdsavdelning där drän brukar sättas på konsultbasis. Intensivvårdspersonalen fick ingen rapport eftersom de bara skulle assistera vid ingreppet innan patienten flyttades vidare till annan vårdavdelning. Till en början befann sig flera personer på salen och väktare fanns på plats utanför salen, efter att flera blivit sökta till andra patienter var det bara en läkare och en undersköterska kvar på salen. När undersköterskan ombads att hämta mer suturtråd i förrådet blev läkaren ensam kvar med patienten. På någon sekund ändrades patientens beteende. Efter att snabbt ha rest sig ur sängen överföll patienten läkaren, tog ett halsgrepp och utdelade flera slag. Läkaren skrek högt och fick hjälp av kollega samt väktaren. Patienten knuffade väktaren och tog dennes batong och utdelade flera slag med den. Ett slag träffade en av läkarna som även klämde benet i dörren när de flydde ut från rummet för att söka skydd. Polis larmades till intensivvårdsavdelningen och patienten lämnades ensam på rummet tills de var på plats. Patienten fick sedan hållas sederad/sövd för att kunna få rätt behandling.

De bakomliggande orsakerna till händelsen fanns inom samtliga områden:

- Kommunikation & information
- Procedurer/rutiner & riktlinjer
- Utbildning & kompetens
- Teknik, utrustning & apparatur
- Omgivning & organisation

Sammanfattning av föreslagna åtgärder:

- Kontrollera att alla medarbetare har fått utbildning kring hot och våld, ex genom att gå regionens e-utbildning och diskutera säkerhet på arbetsplatsträffar. Använd broschyr och fickfolder från Säkerhets- och beredskapsenheten eller bjud in dem för genomgång/diskussion av säkerheten. Diskutera t ex hur säkerhet upprätthålls vid kirurgiska eller stickande/skärande ingrepp och hur man ska tänka kring ensamarbete.
- Gör rutinen för traumalarm känd av alla som arbetar med traumalarm så att de vet vad som förväntas av den egna rollen och andra närvarande samt känner till hur det ska dokumenteras. Kontrollera att den efterlevs.
- Komplettera traumamanualen med instruktioner om hur man ska agera vid samtidig psykisk ohälsa samt gör ändring känd hos medarbetare som arbetar med traumalarm.

- Träna liknande situationer och påminn alla om att det är viktigt att ambulanspersonal inte släpps iväg för tidigt, LANS kan be dem vänta kvar på platsen för att överlämna rapport efter att det akuta skedet är bedömt (gäller även polis och väktare som kan ha viktig information).
- Lägg till ett avsnitt i rutinen för *Personsäkerhet* om hur medarbetare kan arbeta med riskbedömning och agera vid misstanke om att patient kan bli hotfull eller våldsam mot medarbetare.
- Diskutera inom enheten att det är viktigt att psykjour kopplas in direkt när misstanke om psykos uppstår, antingen via vårdintyg eller genom att läkare ringer psykjour och ber om bedömning.
- Påminn polis om att de kan aktivera § 47 redan på skadeplatsen om de t ex upplever misstanke om pågående psykos. Då kan psyk göra initial bedömning direkt på akuten parallellt med pågående behandling.
- Överlämna alltid relevant rapport enligt SBAR till mottagande enhet, även om det bara är ett kort ingrepp.
- Diskutera inom verksamheten när psykvak ska användas istället för väktare. Medarbetare behöver känna till att syftet med vak och väktare är helt olika.
- Förändra arbetssättet inom enheten så att väktare som ska vara vak informeras om syftet med vaket, viktigt att alla har samsyn med vårdpersonal om hur vaket ska gå till. Både vårdpersonal och väktare måste efterfråga information från varandra. (Viktigt att alla omkring patienten kan skilja på om väktare behövs för att skydda patienten från yttre hot eller om väktaren ska skydda personalen.)
- När väktare behövs på salen kan man skärma av så att de ser men inte syns.
- Uppmuntra medarbetare att lyssna på "dålig känsla" och reagera.
- Inför överfallslarm för läkare som tjänstgör på akuten.
- Se över hur larmmöjlighet för jourläkare kan lösas så att det täcker hela sjukhusområdet (via larm eller telefon).

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	5
1.1	Uppdragsgivare.....	5
1.2	Uppdrags- och startdatum	5
1.3	Återföringsdatum	5
2	Deltagare i analysteam.....	5
3	Metodik	5
4	Resultat.....	6
4.1	Händelseförlopp	6
4.2	Bakomliggande orsaker	8
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	9
4.5	Åtgärdsförslag.....	9
5	Tidsåtgång	10
6	Verksamhetschefernas kommentarer	10
6.1	Åtgärder.....	10
6.2	Återkoppling	10
6.3	Uppföljning	11
7	Ordförklaringar	11
8	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Patient inkom till AKM med stick och skärskador. Försvann från akuten. Blev återförd och inlagd på IVA. Bedömdes inte som farlig. Väktare närvarande. Våldssituation mot personal uppstod med vissa skador som följd. Situationen stabiliserades med hjälp av flera väktare och poliser. *(Texten är hämtad från uppdragsblanketten.)*

1.1 Uppdragsgivare

Uppdragsgivare är chefsläkare , Patientsäkerhetsenheten, Region Sörmland.

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-12-11

Startdatum: 2019-01-17

1.3 Återföringsdatum

Analysrapport och bilagor skickade till chefsläkare 2019-03-05.

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Patientsäkerhetsenheten
Vice analysledare/Läkare	Patientsäkerhetsenheten
Verksamhetschef	Akutkliniken
Överläkare	Anestesikliniken
Sjuksköterska	Anestesikliniken
Undersköterska	Anestesikliniken
Underläkare ST	Kirurgkliniken
Verksamhetschef	Psykiatriska kliniken
Överläkare	Psykiatriska kliniken
Underläkare ST	Psykiatriska kliniken
Säkerhetschef	Säkerhets- och beredskapsenheten

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapporter
- Journalhandlingar
- Intervjuer med direkt/indirekt involverad personal
- Rutiner, anvisningar, manualer och broschyrer
- Expertkunskap från deltagarna i analysteamet

Analysledarna förberedde händelsekedjan och skaffade sig en överblick av händelsen. Analysteamet träffades vid ett tillfälle och diskuterade händelsekedjan, orsaker och bakomliggande orsaker samt tog fram åtgärdsförslag.

4 Resultat

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit vid genomgång av journal och andra handlingar samt intervjuer av medarbetare.

4.1 Händelseförlopp

Vid 06-tiden larmades ambulans ut som prio 1-larm till en bostad där en knivskuren person med synliga sårskador befann sig. På platsen var det oroligt, flera poliser och polisbilar och dörren var uppbruten. Inne i lägenheten möttes ambulanspersonalen av en översvämmad hall, patienten satt i duschen med rinnande vatten sedan länge, det hade runnit ut i lägenheten. I vardagsrummet fanns det rikligt med blod. Patienten var orolig och sa att det varit flera män på plats och tillfogat skadorna, polis på plats uppgav att de trodde att skadorna var självförvållade och att inget brott hade begåtts. Ambulanspersonalen dokumenterade i journalen att de upplevde patienten som paranoid, agiterad och orolig. Ambulanssjuksköterska bedömde att patienten kunde vara en fara för sig själv eller andra och bad polis följa med under transporten till akuten. Polis och förare satt fram i ambulansen, sjuksköterska satt ensam med patienten i transportutrymmet.

Under transport till akutmottagningen (AKM) tog patienten tacksamt mot hjälp men var mycket misstänksam när sjuksköterskan rapporterade över till ledningsansvarig sjuksköterska (LANS) på akuten. Sjuksköterskan försökte tona ner traumat i syfte att få ett lugnt mottagande vid sjukhuset med anledning av patientens psykiska tillstånd men uppger i intervju att det trots det var många närvarande vid ankomsten till akuten. Patienten togs om hand och fördes till traumarummet för vidare bedömning/ behandling. Ambulanspersonalen lämnade AKM och uppger att de hade en känsla av att inte riktigt blivit hörda när de försökte tala om vad deras bedömning av patientens psykiska tillstånd var.

Mellan kl 06-09 undersöktes patientens skador på thorax och rygg, det togs prover och skrevs remiss för röntgenundersökning eftersom det fanns misstanke om pneumothorax. Lungröntgen visade liten pneumothorax samt vänstersidig penetrerande thoraxskada. Patienten kände sig förföljd men var inte hotfull uppger sjuksköterska på akuten under intervju. Alla rörelser utanför fönstret skapade oro och en tro att någon var ute efter att skada igen. Patienten var väldigt misstänksam mot saker som vårdpersonalen gjorde t ex när syrgas kopplades om från portabel till väggfast, någon pratade i telefon, lämnade över utrustning till medarbetare mm. Patienten var sedan tidigare patient hos psykiatriska kliniken. Av dokumentationen framgår att psykkontakt rekommenderas senare under vårdtillfället men den initierades inte under fm.

Någon gång mellan kl 9-10 bestämde sig patienten för att inte vara kvar på akuten, slet ut dropp och slangar och avvek blodig från platsen. Personalen följde inte efter när patienten sprang iväg eftersom de inte ville utsätta sig för fara. Väktaren som hade tillkallats för att få patienten att vara kvar följde efter en bit men fick inte tag på patienten. Läkare begärde polishandräckning för att föra tillbaka patienten för behandling och bedömning av vårdintyg, patienten bedömdes behöva vård men ansågs inte vara farlig. Vårdtillfället avslutades inte på akuten som brukligt, eftersom man räknade med att patienten snart skulle vara tillbaka.

Vid 13-tiden larmades ambulans åter på prio 1-larm till en plats i centrum där patienten befann sig då. Status var försämrat och patienten fördes åter till akuten. Pga försämringen fanns det misstanke om att pneumothorax hade blivit större och en ny röntgenundersökning ordinerades. Röntgen

bekräftade större pneumothorax samt hemothorax, läkare beslutade om att dränage behövdes och kontaktade bakjour. På grund av bakjourens höga arbetsbelastning frångicks rutinen om att lägga dränaget på akuten och anestesijouren kontaktades för hjälp med dräninläggning. Patienten flyttades till intensivvårdsavdelning (IVA) för att få dränaget inlagt där på "konsultbasis". I akutjournalen finns ingen fortsatt planering dokumenterad men under intervjuer har det framkommit att patienten skulle till IVA för att få drän och sedan vidare till annan vårdavdelning, personal på IVA fick ingen muntlig rapport om patienten eftersom det bara var ett kortare ingrepp.

Vid ankomst till IVA placerades patienten på en sal som kallas post-opsalen där dräninläggning brukar utföras. På salen fanns, förutom patienten, flera läkare från olika specialtområden, sjuksköterska, undersköterska samt två väktare. En av dem uppgav under intervju att hen blev omdirigerad från andra uppdrag pga oroligheter kring den här patienten och istället blev placerad som vak på IVA. Några läkare försvann från salen och den senast inringda väktaren fick en stol utanför rummet medan den väktare som var på plats först lämnade IVA. Det förekom ingen diskussion om vakets syfte eller hur väktaren skulle vara placerad mellan vakt och vårdpersonal. Sjuksköterska och undersköterska uppger vid intervju att patienten reagerade negativt på väktarens närvaro och därför höll de dörren stängd, de visste inte heller i vilket syfte väktare befann sig på avdelningen men utgick ifrån att det var för att få patienten att stanna kvar.

Läkaren misslyckades med att få in dränaget pga patientens anatomi och bestämde sig för att det behövde göras på röntgen och började istället sy ihop patientens knivskador som bara var provisoriskt lagade och fortfarande läckte blod. Rätt tråd saknades på rummet och undersköterskan ombads därför att hämta mer rätt material i förrådet. Läkaren lämnades då ensam på rummet bakom stängd dörr med väktaren på utsidan. I intervju uppger läkaren att hon såg hur patientens blick förändrades och blev svart, läkaren insåg att hen var i fara men hann inte reagera innan patienten reste sig ur sängen, tog ett grepp om halsen och utdelade flera slag. Väktaren utanför salen samt annan läkare ingrep för att få loss läkaren ur patientens grepp. Väktaren fick en knuff och patienten tog batongen från bältet och svingade den omkring sig. Den andra läkaren träffades av batongen och klämdes sedan i dörren när de flydde ut från salen för att få skydd. Patienten stängdes in på rummet och både undersköterska och väktare utlöste larm. Först en stund senare när polis kom till IVA fick de öppna dörren och titta till patienten som då låg stilla på golvet i en pöl av blod efter att ha dragit ut sin infart. Patienten var då medgörlig och återigen lugn.

Psykjour hade under em fått samtal om en patient som behövde bedömas avseende vak på IVA men inga personuppgifter eller varför man önskade bedömningen. Då psykjouren ringde till IVA kände personalen där inte till att det fanns någon patient på IVA som hade behov av psykiatrisk bedömning, men eftersom det fanns en patient på IN-plats på beläggningslistan som kunde vara den aktuella patienten gick psykjouren till IVA och var därför på plats i samband med överfallet. Patienten bedömdes vara i behov av vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och sederades/sövdades för att kunna få rätt behandling.

Två medarbetare fick fysiska skador men ingen av dem behövde behandling eller sjukskrivning (den ena medarbetaren hade planerat semester efter överfallet och tog ut den som planerat). De intervjuade medarbetarna tänker olika mycket på händelsen nu i efterhand, några uppger att de har kunnat släppa händelsen medan andra fortfarande tänker på den ganska mycket och tänker på allt som kunde ha hänt.

4.2 Bakomliggande orsaker

Med bakgrund av det beskrivna händelseförloppet har bakomliggande orsaker bedömts utifrån områdena *Procedurer/rutiner & riktlinjer*, *Utbildning & kompetens*, *Omgivning & organisation*, *Kommunikation & information* samt *Teknik, utrustning & apparatur*. Nedanstående orsaker identifierades som möjliga förklaringar till varför händelsen inträffat, se händelsediagram (bilaga 1).

Kommunikation & information

- Kommunikation brast i många led under dagen, både mellan verksamheter och mellan professioner med otillräcklig informationsöverföring som följd.

Omgivning & organisation

- Somatisk vård och psykiatrisk vård löper ofta i två olika spår istället för parallellt. I traumamanualen framgår inte hur man ska agera vid omhändertagande av traumapatienter med psykisk ohälsa.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Rutinen för *Personsäkerhet* innehåller inte information om hur medarbetare ska agera vid misstanke om att patient kan bli hotfull mot personal eller omgivningen. Det saknas skriftligt stöd/rutin för riskbedömningar inom den somatiska vården.
- Rutinen för traumalarm har inte följts och det framgår inte av dokumentationen varför avsteg gjordes eller hur planeringen såg ut.

Teknik, utrustning & apparatur

- Överfallslarm saknar täckning över hela sjukhuset och löser inte problem överallt.

Utbildning & kompetens

- Brister i bedömningar av patientens psykiska tillstånd eftersom psykiatrisk kompetens inte kopplades in förrän i ett senare skede.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Många av de bedömningar och beslut som togs samt fortsatt planering för vården dokumenterades inte under patientens tid på sjukhuset den aktuella dagen. Viktig information som kan behövas vid överflyttning mellan enheter eller vid skiftbyten riskerar att missas.

Efter att ha avvikit från akuten rörde sig den psykotiska patienten fritt på sjukhuset och utgjorde då stor fara för sig själv och alla andra personer som rörde sig inom sjukhuset, bland annat den medarbetare som blev ensam i en hiss med patienten mellan flera våningsplan. När en psykotisk person som med största sannolikhet tillfogat sig själv allvarlig kroppsskada avviker på ett dramatiskt sätt så kan fler väktare behöva larmas på sjukhuset för någon typ av förhöjd beredskap.

De medarbetare som blev överfallna togs inte ur tjänst under kvällen, en av dem fick själv ringa runt och ordna med ersättare som kunde ta hand om resterande uppgifter/patientbesök. Vid intervjuer

framkom också att stödet till medarbetarna har sett mycket olika ut och många har bara fått kollegialt stöd i samband med det inträffade. Det är viktigt att arbetsgivaren följer rutinen och ger rätt stöd i samband med händelser som drabbar medarbetare.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Vårdskadekostnader är inte beräknade.

4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag till Akutkliniken, Anestesikliniken samt Kliniken för kirurgi och urologi

- Gör rutinen för traumalarm känd av alla som arbetar med traumalarm så att de vet vad som förväntas av den egna rollen och andra närvarande samt känner till hur det ska dokumenteras. Kontrollera att den efterlevs.
- Kontrollera att alla medarbetare har fått utbildning kring hot och våld, t ex genom att gå regionens e-utbildning och diskutera säkerhet på arbetsplatsträffar. Använd broschyr och fickfolder från Säkerhets- och beredskapsenheten eller bjud in dem för genomgång/diskussion av säkerheten. Diskutera t ex hur säkerhet upprätthålls vid kirurgiska eller stickande/skärande ingrepp och hur man ska tänka kring ensamarbete.
- Diskutera inom enheten att det är viktigt att psykjour kopplas in direkt när misstanke om psykos uppstår, antingen via vårdintyg eller genom att läkare ringer psykjour och ber om bedömning.
- Diskutera inom verksamheten när psykvak ska användas istället för väktare. Medarbetare behöver känna till att syftet med vak och väktare är helt olika.
- Förändra arbetssättet inom enheten så att väktare som ska vara vak informeras om syftet med vaket, viktigt att alla har samsyn med vårdpersonal om hur vaket ska gå till. Både vårdpersonal och väktare måste efterfråga information från varandra. (Viktigt att alla omkring patienten kan skilja på om väktare behövs för att skydda patienten från yttre hot eller om väktaren ska skydda personalen.)
- Informera medarbetare om att när väktare behövs på salen kan de skärma av så att väktare ser men inte syns.
- Uppmuntra medarbetare att lyssna på "dålig känsla" och reagera.

Åtgärdsförslag till Kliniken för kirurgi och urologi

- Komplettera traumamanualen med instruktioner om hur man ska agera vid samtidig psykisk ohälsa samt gör ändring känd hos alla medarbetare som arbetar med traumalarm.

Åtgärdsförslag till Akutkliniken

- Träna liknande situationer och påminn alla om att det är viktigt att ambulanspersonal inte släpps iväg för tidigt, LANS kan be dem vänta kvar på platsen för att överlämna rapport efter att det akuta skedet är bedömt (gäller även polis och väktare som kan ha viktig information).

- Inför överfallslarm för läkare som tjänstgör på akuten.
- Överlämna alltid relevant rapport enligt SBAR till mottagande enhet, även om det bara är ett kort ingrepp.

Åtgärdsförslag till Säkerhets- och beredskapsenheten

- Påminn polis om att de kan aktivera § 47 redan på skadeplatsen om de t ex upplever misstanke om pågående psykos. Då kan psyk göra initial bedömning direkt på akuten parallellt med pågående behandling.
- Se över hur larmmöjlighet för jourläkare kan lösas så att det täcker hela sjukhusområdet (via larm eller telefon).
- Lägg till ett avsnitt i rutinen för *Personsäkerhet* om hur medarbetare kan arbeta med riskbedömning och agera vid misstanke om att patient kan bli hotfull eller våldsam mot medarbetare.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	54
För analysteam	27
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	87

6 Verksamhetschefernas kommentarer

6.1 Åtgärder

Kommentar från verksamhetschef Anestesikliniken

Anestesikliniken tycker att förslagen är bra. Det har funnits åsikter om att det inte är praktiskt att lägga till ännu mer information i den redan voluminösa traumamanualen och att säkerhetsdelen med fördel kan vara separat – beslut om detta ligger inte i första hand hos oss. Vi kommer att bjuda in Säkerhetsenheten för diskussion i ett bredare perspektiv runt säkerhet och hot.

Kommentar från verksamhetschef Ambulanssjukvården

Vi har rutiner för traumalarm och rapportering enligt SBAR.

Övriga verksamhetschefer kommentarer framgår i handlingsplanen.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen skickas av uppdragsgivaren till berörda verksamhetschefer som sedan ansvarar för att sprida informationen vidare till medarbetare samt ev. patient/närstående. Händelseanalysen skickas av uppdragsgivaren till andra verksamhetschefer som kan ha liknande händelser samt till divisionschefer för kännedom. Patientsäkerhetsenheten publicerar även händelseanalysen på landstingets intranät och lägger den i nationella kunskapsbanken för händelseanalyser (Nitha).

6.3 Uppföljning

Resultatet har återförts till uppdragsgivaren 2019-03-05.

Avstämning och uppföljning av föreslagna åtgärder kommer att ske efter 6 månader alternativt på berörda klinikers patientsäkerhetsronder. Patientsäkerhetsenheten ansvarar för att avstämning och uppföljning sker.

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

Bilaga 2: Handlingsplan

Vid frågor om den här analysen, kontakta Patientsakerhetsenheten@regionsormland.se