

Kunskapsbanksnummer: KB4070530

Datum: 2019-05-24

Händelseanalys

Patient på LPT med rymningsrisk vårdad inom somatiken.

Analysledare:

Division 3
Skånes universitetssjukvård
Region Skåne

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att identifiera systemfel och föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

Patienten vårdas inom somatiken för misstänkt läkemedelsbiverkan. Patienten uppvisar psykotiska symtom, är konfusorisk och lämnar avdelningen. Remiss för vårdintyg skrivs och bedömning görs av överläkare/konsultläkare från psykiatrin att patienten uppfyller förutsättningar för vård enligt LPT. Psykiatrin ordinerar och ombesörjer extravak. Vid omprövning av LPT beslut dagen efter, beslutas om fortsatt vård enligt LPT. Patienten är i förhållande till föregående dag lugnare, varför psykiatriker beslutar att det inte föreligger behov av extravak. Senare samma eftermiddag tilltar patientens oro. Extra tillsyn ordinerar. På kvällen kliver patienten ut genom ett fönster, beläget på andra våningen i byggnaden. Patienten ådrar sig komplicerade frakturer i bäcken och ben.

Analysen visar att patienten i sin önskan att lämna avdelningen klev ut genom ett olåst fönster. Vidare visar analysen att somatiken inte informeras om psykiatris syfte med att sätta in/ut vak. Psykiatrin informerar inte om möjligheten för somatiken att vid behov återkoppla till psykiatrin. Ordinationen extra tillsyn definieras inte närmare och dokumenteras inte.

Analysen föreslår att enheten får förslag på montering av yttre galler för att förhindra möjligheten att via fönster lämna enheten samt att stora fönster alltid ska vara låsta. Vidare föreslår analysen att motivering till in-/utsättning av vak bör kommuniceras såväl skriftligen som muntligen till läkare och sjuksköterska. Som en konsekvens av analysen beslutas att ordination av strukturerad tillsyn, såsom extra tillsyn eller tillsyn inte får förekomma på enheten. Istället ska ett PM utformas för omvårdnad av patienter när vak har satts ut från psykiatrin.

Innehållsförteckning

Uppdrag.....	4
1.1 Uppdragsgivare.....	5
1.2 Uppdrags- och startdatum	5
1.3 Återföringsdatum	5
2 Deltagare i analysteam.....	5
3 Metodik	6
4 Resultat.....	6
4.1 Händelseförlopp	6
4.3 Bifynd och andra upptäckta risker.....	8
4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	9
4.5 Åtgärdsförslag	9
5 Tidsåtgång	10
6 Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6:1 Åtgärder.....	11
6:2 Återkoppling	11
6:3 Uppföljning	11
7 Ordförklaringar	12
8 Bilagor.....	13

Uppdrag

Härmed ges Leg sjuksköterska Annika Henriksson i uppdrag att genomföra en händelseanalys av händelse dokumenterad i avvikelssystemet, AViC

Händelseanalysen omfattar VO Neurologi och VO Vuxenpsykiatri SUS Malmö.

Händelsen inträffade i januari 2019 på Neurologien avdelning 1. Analysen ska omfatta förloppet som föregick händelsen och själva händelsen.

Händelseförloppet är som följer. Patient som vårdas inom somatiken med LPT. Vak utsatt. Patient kliver ut genom fönster, beläget på plan 2 i byggnaden. Sjuksköterska och läkare tillskyndar, kontrollerar patientens tillstånd och efterföljande akuta åtgärder vidtas. Ambulans tillkallas och patienten överflyttas för fortsatt vård och omhändertagande till sjukhusets akutvårdsavdelning.

Analysens startdatum: 2019-02-25

Analysen beräknas avslutad 2019-06-10.

Patienten har avböjt medverkan. Skriftligt meddelande, som dock inte berör ovan beskrivna händelse, har inkommit från patientens son. Vid telefonsamtal med händelseanalysledare den 29 mars, avböjer anhörig vidare medverkan.

Syftet med analysen är att identifiera systemfel och föreslå åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen.

I egenskap av uppdragsgivare åtar jag mig att informera berörda enheter inom egna verksamhetsområdet och involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att genomföras. Jag ansvarar för att se till att patienten och ev. närstående blir informerade. Efter analysen kommer jag att besluta om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat och återkoppla resultatet till involverade medarbetare inom enheten samt till patienten och ev. närstående.

Analysen genomförs i IT-stödet Nitha (Nationellt it-stöd för händelseanalys). Efter avrapportering ansvarar analysledaren för att analysen läggs ut oidentifierad i Nithas kunskapsbank.

I analysteamet kommer verksamhetsanknutna medarbetare från såväl VO Vuxenpsykiatri som VO Neurologi att ingå. Ytterligare deltagare i analysteamet utses av analysledaren. Analysledaren får i detta uppdrag behörighet till patientens journal.

Med vänlig hälsning

,
Verksamhetschef
VO Neurologi, Rehabiliteringsmedicin,
Minnessjukdomar och Geriatrik
SUS.

Hans Brauer

Verksamhetschef
VO Vuxenpsykiatri
Malmö

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef , VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Verksamhetschef Hans Brauer, VO Vuxenpsykiatri, Malmö

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-03-18

Startdatum: 2019-02-20 (förberedande arbete inleddes baserat på muntlig kommunikation)

1.3 Återföringsdatum

2019-06-11

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Sjuksköterska	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Sjuksköterska	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Undersköterska	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Enhetschef	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Läkare	Skånevård Sund/Division Psykiatri Skånes universitetssjukvård
Analysteammedlem/Sektionschef	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Läkare	VO Neurologi, Rehabmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik, SUS, Region Skåne
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Skånevård Sund/Division Psykiatri Skånes universitetssjukvård

3. Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Journalanteckningar förda dokumentverket Melior från vårdtillfället
- Verksamhetens internutredning med handlingsplan
- Skriftliga yttranden från sjuksköterska, Undersköterska Ansvarig ÖL Bakjour Neurologen
- Socialstyrelsens riktlinjer för LPT eller tvångsvård.
- Intervjuer med följande personer; sjuksköterska som arbetade på natten då händelsen inträffade, två undersköterskor som arbetade natten då händelsen inträffade, konsultläkare från psykiatri, ÖL på vårdenheten, två sjuksköterskor och en undersköterska som arbetade på dagen och kvällen innan händelsen inträffade. Sammanlagt är åtta personer intervjuade. Intervjuerna fördelades mellan medlemmarna i analysgruppen. Nithasystemets intervjumall användes.

4. Resultat

4.1 Händelseförlopp

Patient vårdas inom somatiken på LPT. Rymningsrisk. Händelseförloppet bygger på insamlad data, i första hand intervjuer och journalanteckningar i Melior

Patienten söker akut på grund av paranoidea vanföreställningar, lukt- och hörselhallucinationer. Bedömdes av specialistläkare som läkemedelsrelaterade biverkningar.

Återgick till hemmet. Tid bokades för uppföljning på berörd verksamhets mottagning, tre dagar senare. Påföljande dag inkommer patienten med ambulans till psykiatrisk akutvårdsavdelning, med liknande symtom som under gårdagen. Överflyttas somatikens akutvårdsavdelning, där patienten uttrycker en önskan att gå hem. Flyttas under kvällen till somatisk vårdavdelning r/t misstänkt läkemedelsbiverkan. Nästkommande dag är patienten fortsatt förvirrad och avviker under förmiddagen från avdelningen. Återkommer i sällskap av son. Dagen efter, vid lunchtid avviker patienten ännu en gång från avdelningen. Även vid detta tillfälle återkommer patienten i sällskap av son. Remiss för vårdintyg skrivs. Bedömning görs av konsult och vårdintyg LPT utfärdas.

Patienten placeras på enkelrum, lätt tillgängligt för övervakning. Under natten blir patienten tilltagande orolig, psykiatrisk jour kontaktas, som ordinerar vak.

Nästkommande dag bedömer konsulterande läkare från psykiatri att patienten fortsatt ska vårdas på LPT men att extra vak från psykiatri inte är nödvändigt. (1) Vid bedömningen deltar vak och sjuksköterska som ansvarar för omvårdnaden av patienten. Syfte med att sätta ut vaket ges inte. Om möjlighet att vid förändring i patientens tillstånd kontakta psykiatri informeras inte.

Patienten är under eftermiddagen trött och vilar av och till.

Är fortsatt misstänksam och har tankar om att det inte finns något behov av att hen är kvar hos oss. Information om beslut att sätta ut vaket, från psykiatrin, meddelas läkare på avdelningen (2). Under eftermiddagen tilltar patientens oro och ansvarig läkare på enheten kontaktas via telefon. Läkare beslutar och ordinerar extra tillsyn (3). Extra tillsyn definieras inte och dokumenteras inte. Under eftermiddag/kväll omfördelas befintlig personal för att skugga patienten, som fortsatt är orolig och uppehåller sig i anslutning till entrédörr och hissar. Punktbevakningen upphörde när kvällspersonalen avslutade sitt arbetspass. Nattpersonalen informerades om att patienten hade avlägsnat sig självmant från avdelningen tidigare, att hon vistades på LPT och att vak inte var ordinerat. Muntligen gavs besked kollegor emellan att ha "lite koll" inga tidsintervall angavs. Under rapporten uppehöll sig patienten i korridoren (5). Sjuksköterskan beslutade att ge patienten dennes medicin, bl.a. sömntabletter i korridoren. Går därefter tillsammans med patientens till dennes rum, i syfte att avleda patienten. Uppfattar att patienten vänder och går tillbaka, till patienternas matsal (5) Sedvanlig kvällsrunda inleds. Personalen har uppsikt på patienten medan dom går mellan vårdrummen. Under arbetet på ett av vårdrummen är det svårt för personalen att samtidigt ha uppsikt över patienten. Sjuksköterskan befinner sig, tillsammans med båda undersköterskorna på detta vårdrum, när telefonen ringer. Sjuksköterskan väljer att gå ut i korridoren och föra samtalet (6). Sjuksköterskan uppfattar ett skrik, som kommer från patienternas matsal. När sjuksköterskan kommer dit, står ett av de stora fönstren på vid gavel. Det finns på enheten inget beslut om att ha vissa fönster låsta. Sjuksköterskan lutar sig ut och ser patienten sitta på gräsmattan nedanför (7). Patienten har tagit sig upp till fönstret och klivit ut. Sjuksköterskan informerar snabbt medarbetare och springer ner till patienten (8). Tillkallar läkare, som tillskyndar. Även undersköterskan ansluter. Ambulans tillkallas. I väntan på ambulans utförs adekvat omhändertagande av patienten, såsom sårvård. Patienten inlägges på AVA med multipla frakturer.

4.2 Bakomliggande orsaker

Analysteamet har tagit hänsyn till samtliga orsaksområden.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak

Rutiner saknas om det ska vara omvårdnadsvak eller vak från psykiatrin för patienter på LPT. Det finns inom somatiken, en missuppfattning om att när en patient är inlagd på LPT, är alltid vak ordinerat. Psykiatrin och somatiken ser olika behov av vak till patienter, baserat på diagnoser, observationer och/ eller beteenden hos patienten. Psykiatrins ordination av vak överensstämmer därför inte alltid med somatikens bedömningar av behov av vak. I detta fall upplevde konsultläkare patienten markant förbättrad, sammanhållen med utvecklat resonemang samt distans till sin situation. Patientens psykotiska inslag kvarstod. Under analysens gång framgick att syftet med utsättningen i detta fall var att utvärdera om LPT kunde upphävas dagen därpå. Att inte informera om syfte med att sätta in eller sätta ut vak kan ha medfört osäkerhet om vilka beslut om fortsatt åtgärder som borde fattats. Ett omvårdnadsvak kunde ha rekommenderats men det är somatikens läkare som ska fatta ett sådant beslut.

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak

Det finns inga tillsynsordinationer på berörd enhet. Att fortsätta med omvårdnadsvak ordinerat av enhetens ansvarige läkare övervägdes först. Tidpunkten (sen eftermiddag) gjorde det inte möjligt att på kort tid rekrytera ett vak. Läkaren gjorde bedömningen att personalen borde ha extra tillsyn och detta meddelades muntligen i telefon. Med detta avsågs att personalen skulle vara extra uppmärksamma, dvs. titta till patienten när möjligheten fanns, men kunde inte ha mer tillsyn r/t bemanning.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak.

Det finns ingen rutin på enheten om vilka fönster som ska vara låsta.

Enligt SSF (Svensk säkerhetsförening) angående yttre skalskydd; fönster belägna 4 m över markplan ska vara låsbara. På grund av undermålig ventilation måste vädringsfönsterna vara öppningsbara. I patienternas matsal finns två stora fönster och ett vädringsfönster. Oklart varför det stora fönstret inte var låst.

Teknik, utrustning & apparatur

Bakomliggande orsak

Avdelningens fönster har olika utförande. Alla har vädringsluckor, ca 30 cm breda. På flersalarna, i matsalen och på fyra enkelrum är dessa öppningsbara och saknar lås. På ett enkelrum finns ett stort fönster med fast vädringsfönster utan lås. Vid behov måste det stora fönstret öppnas. Utanför fönstret finns ett tak, vilket underlättar för den eller de personer som vill ta sig in eller ut från avdelningen.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Händelsedygnet vårdades 14 patienter på enheten, varav sex patienter på enkelrum, som är belägna i de två s.k. flyglarna. Patienten vårdades på ett av enkelrum, till vilket personalen har god uppsikt från korridoren. Ytterligare ett enkelrum kan ses från korridoren. Från de övriga fyra enkelrummen saknas denna möjlighet. Från flyglarna finns två entréer.

Avdelningens entrédörr är försedd med fördröjningsknapp, dvs. för att komma ut från avdelningen krävs att man trycker på en knapp, belägen 140 cm upp på väggen, i 3 sekunder. Patienten har vid ett tidigare tillfälle lämnat avdelningen via denna utgång. Även flyglarnas entrédörrar har knapp med fördröjning, dock av annan konstruktion.

Avdelningen är sedan sommaren 2017 enda vårdavdelningen i byggnaden, vilket kan medföra risker för såväl patienter som personal. Den timanställda undersköterskan lämnades ensam med 14 patienter i ca 15 minuter, under tiden som sjuksköterskan och undersköterskan befann sig nere hos patienten. Sjukhusets säkerhetschef inbjöds till diskussion angående fönsternas konstruktion och olika utseende.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Patienten körs till somatikens akutmottagning med ambulans, inlägges på AVA. Patienten har ådragit sig multipla frakturer; öppen femurfraktur, frakturer i sacrum, ländrygg och tibia. Opereras dagen efter händelsen. Vårdas på annan enhet under 12 dagar. Under vårdtiden har patienten smärt – och ångestproblematik vilket försvårar/förlänger rehabiliteringen, i ett senare skede. Får korsett i smärtlindrande syfte. Får inte belasta höger ben på 6-8 veckor. Blir rullstolsburen under tiden. Vårdad under LPT i totalt sju veckor med kontinuerliga konsultbesök av läkare från psykiatrin under hela resterande vårdtid. Efter händelsen vårdades patienten med vak från psykiatrin i 12 dagar, därefter med omvårdnadsvak. Överflyttas till berörd enhet för fortsatt vård och rehabilitering. Sjukgymnastik/ADL- träning dagligen. Under vårdtiden utvecklat trycksår i sacrum och på hälar. Utredd för misstänkt lungemboli samt lågt Hb.

Utskrivs nio veckor efter händelsedatum med adekvat medicinering för sin Parkinson. Rullstolsburen fram till belastning av höger ben medges. Utskrivs till KRA.

4.5 Åtgärdsförslag

Motivering till varför vak sätts ut/in när patient vårdas under LPT inom somatiken. Bör kommuniceras såväl skriftligen som muntligen till läkare och sjuksköterska. Om enhetens läkare inte finns tillgänglig på enheten, bör kontakt ske via telefon. Effekt av åtgärden kan enkelt utvärderas i tillgänglig dokumentation. Åtgärden underlättar ordination av omvårdnadsvak.

Åtgärdsförslag

PM kommer att utformas för omvårdnad av patienter med LPT efter utsatt vak från psykiatrin. PM ska innehålla motivering till åtgärder. Sektionschef, enhetschef samt kvalitetssjuksköterska utformar PM i samråd med representant från psykiatrin.

Beslut om hur implementering ska genomföras ska göras efter att PM färdigställts.

Åtgärdsförslag

Någon form av strukturerad tillsyn, såsom extra tillsyn eller tillsyn får inte ordinerar inom enheten. Denna typ av ordination ställer krav på tidsangivelser, som kan vara svårt för personal att efterleva.

Åtgärdsförslag:

Kontakta Regionservice för montering av yttre galler, som möjliggör vädring. Yttre galler ska monteras på vädringsfönster.

Åtgärdsförslag:

Enhetens stora fönster ska alltid vara låsta och nyckel ska förvaras hos EC.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Kommunikation till all personal att ingen form av strukturerad tillsyn får ordinerars eller tas emot som ordination.	Kommuniceras muntligen på dagliga morgonmöten samt på avdelningsmöte.	Sektionschef/Enhetschef	2019-04-29

5. Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	6-7h/medlem
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	8
SUMMA	44

6. Uppdragsgivarens kommentarer

6:1 Åtgärder

Åtgärderna är kommunicerade till konsultläkare inom Psykiatrin och till bakjourer. Information om tydlighet vid insättande av extravak från psykiatrin. Vid utsättning av extravak noggrann dokumentation samt noggrann information till ansvarig läkare och sjuksköterska på somatisk avdelning (Psykiatrin).

Åtgärderna synes adekvata. De byggtekniska frågorna behöver lyftas innevarande månad (Somatiken).

6:2 Återkoppling

Återförs på bakjournmöte samt på ledningsmöte kopia kommer att skickas till respektive område i Verksamhetsområdet (Psykiatrin).

Uppdragsgivarna önskar återkoppling i september 2019 (Somatiken).

6:3 Uppföljning

Kontinuerlig uppföljning (Psykiatrin).

Uppföljning december 2019. Därutöver kontinuerlig uppföljning via bakjourer och sektionschef (Somatiken).

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