

Kunskapsbanksnummer: KB414124

Datum: 2019-10-25

Händelseanalys

Suicid på psykiatrisk vårdavdelning

Juni 2019

Sammanfattning

Händelseanalysteamet för Vuxenpsykiatri har fått i uppdrag utreda händelsen från att patienten blev inskriven på vårdavdelning 2019-06-11 till den morgonen patienten hittats död i sin säng 2019-06-13. Syftet med händelseanalysen är att identifiera orsaker till händelsen och föreslå åtgärder för att minimera patientsäkerhetsrisker relaterat till upprepning av liknande avvikelser i verksamheten.

Medelålders man söker psykiatriska jourmottagningen med depressiva och psykotiska symtom. Han bedöms vara i behov av inläggande vård men är ambivalent till detta varför ett vårdintyg utfärdas. Han återinsätts på samma läkemedel som för 1 ½ år sedan då han vårdades med likartad symptombild. Han uppfattas inte suicidal och det ordinerar inget extravak men han tillåts inte lämna avdelningen. Sover bra första natten.

Efterföljande dag fattas ett intagningsbeslut enl §6b LPT, även nu bedöms suicidrisken vara låg. Patienten har avdelningstillsyn.

Vid 8-tiden på morgonen 2019-06-13 går personalen in till patienten och man finner då patienten livlös i sin säng med en plastpåse över ansiktet. HLR påbörjas omgående och Hjärteamet larmas. Patienten kostateras avliden kl 8:29.

De felhändelser som identifierats är otydlighet i rutin avseende dokumentation. Det är även otydligt hur avdelningstillsyn ska utföras rent praktiskt samt när avdelningstillsyn ska utföras.

Vid intervju framkommer uppgifter om observationer kring patientens mående som inte går att återfinna i journaldokumentationen.

Bakomliggande orsaker som identifierats är att det föreligger varierande kunskap om vad som ska dokumenteras, när och hur, vilket är otydligt beskrivet i rutinen för slutenvården. Det saknas även rutin för hur avdelningstillsynen ska utföras, dvs på vilket sätt, samt tidsintervall för denna. Plastpåse fanns också tillgänglig på patientrummen.

Vårdenhetschef beslutar omedelbart om att ersätta plastpåse med papperspåse och den åtgärden genomfördes inom verksamhetens samtliga slutenvårdavdelningar. Åtgärden blev helt genomförd och klar i september 2019.

Åtgärdsförslag: Se över behovet av kompetensförstärkning avseende journaldokumentation för verksamhetsområdet. Översyn och förtydligande av rutinen "Heldygnsvårdens vårdflöde och basutbud" gällande dokumentation. Förtydliga i rutin hur avdelningstillsyn ska ske samt vid vilka klockslag över dygnet. Översyn och förtydligande av rutiner i slutenvård.

Att alla avdelningar bör ser över och använda elektroniskt introduktionsdokument

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

Identifiera orsaker till händelsen och föreslå åtgärder för att minimera patientsäkerhetsrisker relaterat till upprepning av liknande avvikelse i verksamheten.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Vuxenpsykiatri

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-06-18

Startdatum: 2019-06-18

1.3 Återföringsdatum

2019-12-16

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Läkare	Region
Vice analysledare / Kvalitetssamordnare	Region

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Intervju med direkt/indirekt involverad vårdavdelningspersonal, sammanlagt 4 personer samt vårdenhetschef.
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Man med nedstämdhet och psykotiska symptom söker akut till psykiatrin tillsammans med närstående.

Första kontakt med kliniken 1½ år tidigare då han vårdades inneliggande på psykiatrisk avdelning under 2 veckor. Uppvisade då samma symtombild som nu och svarade bra på läkemedelsbehandling. Skrevs ut i tydligt förbättrat skick. Uppföljning skedde inom den psykiatriska öppenvården. Den kontakten avslutades 8 månader senare och han var då helt återställd och sedan en tid medicinfri.

1.

190611 kl 11:45

Ankomst vårdinrättning, söker nu tillsammans med närstående då han återfått samma symptom som vid föregående vårdtillfälle. På jourmottagningen görs en säkerhetskontroll och patienten har inga medhavda läkemedel förutom en karta Enalapril som tillvaratas av vårdpersonalen.

Suicidrisk bedöms låg, riskfaktorer omnämns inte tydligt i dokumentationen, skyddsfaktor anges.

Ingen felhändelse

Bifynd:

Suicidriskbedömning ej dokumenterad av omvårdnadspersonalen i RETTS-PSY.

Inte tydligt formulerad i inskrivningsanteckning gällande risk- och skyddsfaktorer för suicid.

2.

190611 kl 16.00

Läkarbedömning, han bedöms vara i behov av inneliggande vård men är ambivalent till detta varför ett vårdintyg utfärdas. Han bedöms inte suicidal och det ordineras inget extravak utan endast avdelningstillsyn, men han tillåts inte lämna avdelningen.

Återinsätts på samma läkemedel som vid föregående vårdtillfälle som då hade god effekt, dvs 10 mg Olanzapin till natten samt 50 mg Sertralin på morgonen. På kvällen erhåller patienten första dosen Olanzapin enl ordination.

Ingen felhändelse

3.

190612 kl 10:20

Efterföljande dag fattas ett intagningsbeslut enl §6b LPT då han är fortsatt paranoid och djupt deprimerad. Även nu bedöms suicidrisken vara låg vilket motiveras väl i journalen. Oförändrad tillsynsgrad.

Ingen felhändelse

Bifynd: Samma samtal dokumenterat av två olika läkare med olika klockslag angivna.

Det finns en välgrundad och väldokumenterad suicidrisk gjord av läkare, vilket är helt enligt rutin.

Kunskapsbanksnummer: KB414124

4.

190612 kl 14.47

Dokumentation av MADR-S som är utförd på jouden tidigare. MADR-S 44 indikerar svår depression (livslust 2P, sinnesstämning 2P, pessimism 6P).

Felhändelse: Inget dokumenterat Omvårdnadsstatus eller S-basuppgifter.

Bifynd: Beskrivning är otydlig i rutin på när uppgifter bör vara dokumenterade samt vilka aktiviteter som ska användas i Melior.

5.

190612 sen em

Personalen beskriver i intervjuer att patienten ter sig misstänksam, han sitter under eftermiddagen och kvällen utanför sitt rum och iakttar personalen och personer som rör sig på avdelningen. Han söker ingen kontakt med personalen. Personalen, liksom närstående, beskriver att de inte fångat upp några signaler på att han skulle ha självmordstankar.

Felhändelse: Observationerna är ej dokumenterade i journal. Patienten erhöll inga ytterligare insatser, tex samtal med vårdpersonal, efter förmiddagens läkarsamtal.

6.

Tid för händelse 12/6 kl 22.00

Vid tillsyn är patienten vaken i sin säng.

Har erhållit läkemedel enl ordination.

7.

190613 kl 01:00, 03:00, 05:00

Vid tillsyn låg patienten i sängen.

Enl akutens anteckning hade patienten tillsyn kl 05.00 Ingen uppgift om tillsyn skett mellan 05.00 och 08.00.

Patienten har avdelningstillsyn vilket på denna avdelning innebär att personal ska titta till honom en gång mellan frukost och lunch, en gång mellan lunch och middag en gång mellan middag och kvällsmål, kl 22, kl 01, kl 03 samt kl 05. Framkommer vid intervju att det finns oklarheter hur tillsyn ska utföras.

8.

190613 kl 08.00

På morgonen vid 8-tiden går personalen runt till patienterna för att informera om kommande brandlarmtest. Man återfinner då patienten livlös i sin säng med en plastpåse över ansiktet. HLR påbörjas omgående och Hjärtteamet larmas.

Kommentar: Plastpåse från papperskorgen

9.

190613 strax efter 8:00

Hjärtteam anländer och fortsatt HLR

Hjärtlarmsteam går till fel entré på utsidan som är låst vilket gör att det blir en fördröjning att komma till "uppsamlingsplats Hjärtlarm", avvikelse skriven som utreds separat

190613 kl 8:29

Dödsfall konstateras

Bifynd: Positiv återkoppling från hjärtteamet till vårdpersonalen för deras goda initiativ och arbete vid HLR.

4.2 Bakomliggande orsaker

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

Procedurer/rutiner & riktlinjer:

Bakomliggande orsak

- *Otydligt i rutin avseende dokumentation.* Beskrivning är otydlig i rutin på när uppgifter bör vara dokumenterade samt vilka aktiviteter som ska användas i Melior.
- *Otydligt hur avdelningstillsyn ska utföras.* Det saknas definition på hur tillsynen ska ske rent praktiskt.
- *Otydligt när avdelningstillsyn ska utföras.* Det saknas definierade klockslag för tillsyn efter klockan 05:00. Tidigare fanns ytterligare klockslag för tillsyn (06:00) men det justerades då tillsyn kl 24.00 togs bort pga störd nattsömn för patienterna.

Utbildning & kompetens:

Vid intervju framkommer uppgifter om observationer kring patientens mående som inte går att återfinna i journaldokumentationen.

Bakomliggande orsak: Varierande kunskap i vad som ska dokumenteras och hur

Omgivning & organisation:

Bakomliggande orsak: Plastpåse tillgänglig på patientrum

4.3 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag: Se över behovet av kompetensförstärkning avseende journaldokumentation för VUP. En "dokumentationsskola" för både ny och ordinarie personal.

Åtgärdsförslag: Översyn och förtydligande av rutinen "Heldygnsvårdens vårdflöde och basutbud" gällande dokumentation.

Åtgärdsförslag: Förtydliga hur avdelningstillsyn ska ske samt vilka klockslag över dygnet. Göras lika för samtliga vårdavdelningar.

Översyn och förtydligande av rutiner i slutenvård.

Åtgärdsförslag: att alla avdelningar ser över och använder elektroniskt introduktionsdokument. Färdig mall för VUP finns.

Åtgärdsförslag: Se över behovet av kompetensförstärkning avseende journaldokumentation för VUP. En "dokumentationsskola" för både ny och ord personal.

Åtgärdsförslag: Utbildning "Personcentrerad vård" som tagits fram av Svensk sjuksköterskeförening.

Ett bifynd är att personalen upplever att det kan bli utträngningseffekter vid vård av patienter med beroendeproblematik. Vårdenhetschef arbetar med att öka personalens kunskap om beroendemedicin.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
VEC beslutar om att ersätta plastpåse med papperspåse.	Åtgärden är genomförd på verksamhetsområdets samtliga vårdavdelningar.	VEC heldygnsvård	September 2019

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	30
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	4
SUMMA	0

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Genomgång av föreslagna åtgärder görs tillsammans med VC, berörd vårdenhetschef, vårdutvecklare samt vårdledare. Samtliga åtgärdsförslag föreslås att genomföras och dokumenteras i en handlingsplan.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen återförs till den aktuella enheten på APT, där både händelsen, aktuella brister samt planerade åtgärder kommuniceras.

Därefter kommer planerade åtgärder att vidtas, där kopplingen till aktuell händelse är viktig för förståelsen för patientsäkerheten.

Vårdenhetschefen bjuder in närstående att ta del av händelseanalysen samt de planerade vidtagna åtgärderna, analysteamet kan delta för att föredra den.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av åtgärder enl handlingsplan sker i november 2020.

7 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf