

Datum: 2017-03-23

Händelseanalys

Suicidförsök på enheten 6

Februari 2017

Analysledare:

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Genomföra händelseanalys efter tillbud på enhet 6, Rättpsykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Händelsen har av verksamhetschefen bedömts till allvarlighetsgrad måttlig och sannolikhet för upprepande har bedömts som mycket liten. Händelsen kan ses som en icke undvikbar händelse. 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.

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

Område 2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-02-21

Startdatum: 2017-02-27

1.3 Återföringsdatum

2017-03-31

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Övriga personer	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Skötare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Analysteammedlem / Övriga personer	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri
Vice analysledare / Arbetsterapeut	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2/Rättpsykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal

- Journalhandlingar

4 Resultat

Analysteamet har kommit fram till att tillbudet inte hade kunnat förhindras.

4.1 Händelseförlopp

Dag 1

Patient med tillsyn x 4

1.

Dag 1

Läkarsamtal. Negativt besked. Låg suicidrisk vid bedömning.

Felhändelse

2.

Dag 1

Personal 1 låser upp patientens toalettdörr. Personal 1 lämnar patienten.

Felhändelse

3.

Dag 1

Personal 1 återvänder till patientrum. Patient hittas hängandes i lakan fäst i kranen på handfatet.

Felhändelse

4.

Dag 1

Personal 1 larmar.

Larmande personal uppfattar att det inte går att larma.

5.

Dag 1

Personal lösgör patienten och larmar igen.

Felhändelse

6.

Dag 1

Tillarmad personal kommer till platsen och syrgas och akutvagn hämtas.

Felhändelse

Dag 1

Patienten klarar sig. Läkare anländer och x-vak sätts in.

4.2 Bakomliggande orsaker

Teknik, utrustning & apparatur

Ingen tydlig indikering på att larmet är aktivt/har skickat iväg larm. Funktionen "testlarm" finns inte. Larmloggen i Ascomsystemet är granskad och visar att larm utlöst vid tidpunkten för händelsen.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Dokumentationen i patientens journal gällande ordinationer såsom tillsyn dokumenteras inte enligt Meliorrutinen kring anteckningar.

Brister i medarbetarnas kunskaper om vart rutiner kring suicid finns.

Kunskaper kring överfallslarmet funktioner.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inga

4.5 Åtgärdsförslag

Information av överfallslarmets funktioner.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Omhändertagande av patienten	Läkarsamtal och undersökning.	VÖL	Omgående

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	4
För analysteam	15
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	19

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Information ska rekapituleras kring både var rutin vid suicid finns och dess innehåll. Gällande överfallslarm och dess funktioner ska kunskap ökas på APT. På APT ska det också diskuteras ökad efterlevnad av rutinen kring dokumentation av ordination av tillsyn. Stickprov av journaldokumentation ska göras.

6.2 Återkoppling

Återkoppling sker från Händelseanalys direkt till ansvarig Vec och säkerhetschef

6.3 Uppföljning

Genom dialog med veck och säkerhetschef

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