

Kunskapsbanksnummer: KB5313639

Datum: 2020-02-25

Händelseanalys

Inskrivning via LPT efter självmordsförsök

December 2018

Sammanfattning

Patient intagit en okänd mängd tabletter i självmordssyfte. Inkommer till akutmottagning i ambulans och får adekvat behandling och övervakning. Det planeras att patienten ska fortsätta övervakas samt träffa psykiatriker för bedömning av fortsatt vård. Patienten vill inte kvarstanna och känner sig trängd vid övertalningsförsök. Väktare tillkallas för att kvarhålla patienten tills psykiatriker kan bedöma suicidrisken. I samband med att väktare tvingar ner patienten på britsen skadas knät vilket inte uppmärksammades förrän dagen efter. Patienten var inlagd på psykiatrisk avdelning en vecka. Cirka ett år efter händelsen opererades patienten för knäskadan.

Bakomliggande orsaker

- Omgivning & organisation
Att vårda patienter på övervakningssal ökar risken att den enskildes psykiska behov inte tillgodoses
- Utbildning & kompetens
Frånvaro av psykiatrikompetens ökar risken att felaktigt omhändertagande ges

Åtgärdsförslag

- Skapa möjlighet att övervaka patienten på enskilt rum när patienten inte är i behov av medicinsk övervakning
- Stärka samarbetet mellan akutmottagningen och psykiatrin så att vid ett inkommande suicidförsök informeras psykiatrin omgående. Detta för att omhändertagandet skall bli så optimalt som möjligt och att förutsättningar finns att akutpersonalen kan få akut hjälp av personal från psykiatrin
- Återkommande utbildningstillfällen för akutpersonal gällande bemötande av patienter som inkommer efter misstanke om suicidförsök

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	5
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	7
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.5	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	7
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	8
6.1	Åtgärder.....	8
6.2	Återkoppling	8
6.3	Uppföljning	8
7	Ordförklaringar	9
8	Bilagor.....	10

1 Uppdrag

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef Akutmedicin

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-10-31

Startdatum: 2019-11-28

1.3 Återföringsdatum

2020-03-19

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel

Analysledare

Vice analysledare

Akutläkare

Akutsjuksköterska

Akutundersköterska

Psykiatriker

Psykiatrisjuksköterska

Väktare

Säkerhetssamordnare

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med närstående
- Intervju med patient/brukare
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Internutredning eller motsvarande

Händelseanalysen har följt principerna för metodiken i den nationella handboken: Riskanalys och händelseanalys, analysmetoder för att öka patientsäkerheten, 2015. Åtgärdsförslag har utarbetats för att eliminera eller bevaka/begränsa identifierade orsaker och kan leda till att nya barriärer/skydd eventuellt kan skapas. Analysen genomförs i IT stödet NITHA (nationellt IT stöd för händelseanalys) och efter återföring till uppdragsgivare läggs analysen ut, aidentifierad till NITHA kunskapsbank

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

15:03

Ambulans kommer till 57-årig patient som intagit ett okänt antal tabletter i syfte att ta livet av sig.

1. 15:45

Patient ankommer till akutmottagning

Ingen felhändelse

2. 15:51

Prover tas på patient för att identifiera vilka preparat som patienten tagit

Ingen felhändelse

3. 17:45

Patienten får motgift (kol, Naloxone)

Ingen felhändelse

4. 18:16

Patienten bedöms kunna överföras till observationsenheten för att där övervaka hjärtrytm och träffa psykiatriker

Ingen felhändelse

5. 19:06

Patienten vill åka hem och försöker lämna akutmottagningen och känner sig trängd när personalen försöker hindra detta. Personalen lyckas inte att övertala patienten att stanna kvar.

Felhändelse

Personalen saknar förutsättningar att bemöta patienter i detta tillstånd då fokus är på den medicinska övervakningen. Patient som intoxikerat sig kan vara i ett livshotande tillstånd och behöver därför övervakas på övervakningsplats och inte inne på ett enskilt rum. Det är mer resurskrävande att vårda på enskilt rum.

6. 20:16

Väktare anländer för att kvarhålla patienten inför bedömning av psykiatriker och eventuell LPT

Ingen felhändelse

7.

I samband med att patienten skall läggas ner på britsen upplever patienten en kraftig smärta och skriker rakt ut

Felhändelse

Tolkar skriket som ilska. Patienten har tidigare skrikit i affekt vid fasthållandet och det är svårt att särskilja skriken

8.

Patienten är utåtagerande och beläggs med handfängsel

Ingen felhändelse

9. 20:30

Kvarhållningsbeslut tas av psykiatriläkare 1
Patienten får lugnande injektion mot sin vilja

10. Ingen felhändelse

11. 20:40

Intagningsbedömning görs av psykiatriker 2

Ingen felhändelse

20:59

Patient skrivs in på psykiatrisk avdelning med LPT
Dagen efter uppdragas att patienten fått en knäskada i samband med tumultet på akutmottagningen

4.2 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation

Att vårda patienter på övervakningssal ökar risken att den enskildes psykiska behov inte tillgodoses

Utbildning & kompetens

Frånvaro av psykiatrikompetens ökar risken att felaktigt omhändertagande ges

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd eller andra upptäckta risker har identifierats

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Extra kostnader för knäskada uppgår till 59 580: -

4.5 Åtgärdsförslag

Skapa möjlighet att övervaka patienten på enskilt rum när patienten inte är i behov av medicinsk övervakning

Stärka samarbetet mellan akutmottagningen och psykiatrin så att vid ett inkommande suicidförsök informeras psykiatrin omgående. Detta för att omhändertagandet skall bli så optimalt som möjligt och att förutsättningar finns att akutpersonalen kan få akut hjälp av personal från psykiatrin

Återkommande utbildningstillfällen för akutpersonal gällande bemötande av patienter som inkommer efter misstanke om suicidförsök

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	14
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	3
SUMMA	57

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga föreslagna åtgärdsförslag är adekvata, relevanta och genomförbara. Planeras och genomförs med fördel i samarbete med psykiatrin.

6.2 Återkoppling

Återkoppling kring analysresultatet och rapporten sker till patienten under maj-månad av uppdragsgivare och chefläkare.

Rapporten överförs till VC för akutmottagning och paramedicin.

Återkoppling till medarbetare på akutmottagningen sker via APT

6.3 Uppföljning

Uppföljning av genomförda och beslutade åtgärder kan ske via Verksamhetsledning akutmottagning och paramedicin.

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
Naloxene	Motgift mot droger
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
Intoxikera	Förgiftning

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf