

Kunskapsbanksnummer: KB6011939

Datum: 2018-05-22

Händelseanalys

Suicid på avdelning

Januari 2018

Analysledare:

Verksamheten för kvalitet- och patientsäkerhet
Regionledningsförvaltningen
Region Västernorrland

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen var att undersöka om patienten hade riskerat eller hade drabbats av vårdskada, samt finna eventuella systemfel och hitta åtgärdsförslag som kan förebygga återupprepning.

Patient med successivt sämre psykiskt mående under höst/vinter 2017 pga. hög arbetsbelastning med sömnsvårigheter och ångestattacker som följd, sökte psykiatrisk jourmottagning. Patienten hade inte haft psykiatrisk kontakt tidigare, hänvisades till hälsocentralen (HC) där patienten blev deltidssjukskriven samt att kontakt initierades med kurator, där patienten bedömdes ha mild depression och planerades för KBT.

Patienten sökte psykiatrisk jourmottagning (ca. 2 veckor efter första besöket på jourmottagningen) för sömnsvårigheter och panikattacker. Bedömdes av läkare att inte vara deprimerad eller suicidal. Patienten fick återgå till hemmet och remiss skickades till HC för uppföljning och bedömning av depression. Patienten uppsökte ånyo psykiatrisk jourmottagning 2 dagar senare och blev inlagd på avdelning, frivillig vård. Orsaken var sömnsvårigheter och panikattacker. Utskrevs på egen begäran efter 3 vård dygn.

Inkom åter till psykiatrisk jourmottagning ca 2 veckor senare pga. kraftig ångest och panikattacker, sänkt grundstämning och ett suicidförsök i hemmet. Lades in på avdelning på frivillig basis. Började må psykiskt bättre under vårdtillfället, hade ångrat sig gällande tidigare suicidhandling. Patienten uttryckte inga suicidtankar och bedömning gjordes som visade måttlig depression samt lågt utfall på suicidrisk. Patienten var inte konverteringsmässig. Patient hittades livlös på toaletten vid tillsynskontroll tidig morgon av sjuksköterska. Patienten hade avlidit till följd av suicid.

Händelseanalysen visade på att felhändelser finns men bedöms ej ha bidragit till händelsens utfall. Analysteamet har hittat systemfel, men har inte kunnat se att händelsen var undvikbar. Bakomliggande orsaker finns inom orsaksområdet Procedurer/rutiner & riktlinjer samt Omgivning & organisation. De åtgärdsförslag som ges är att;

- Aktivt arbeta för att öka förutsättningarna för läkarna att sköta sitt administrativa arbete.
- Ta upp händelsen som ett lärande och aktualisera rutinerna "Suicidprevention för vuxenpsykiatri" och "Omvårdnadsaspekter på självmordsnära patienter" med fokus på dokumentation samt arbeta aktivt att rutinen efterföljs.
- Ta denna händelse som ett lärande och diskutera och utarbeta rutin för HLR vid speciella omständigheter som exempelvis en checklista med lokala instruktioner vid oväntat dödsfall/suicid inom slutenvård.
- Vid årliga HLR repetitioner göra praktiska övningar som exempelvis suicid.

Som ett bifynd ses brist av strukturerat arbete/genomgång av klinikens lokaler gällande ligatur punkter. Som åtgärdsförslag ges att aktivt arbeta för att införa återkommande säkerhets ronder.

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	12
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	12
4.4	Riskbedömning	13
4.5	Händelser av liknande art.....	13
4.6	Förebyggande åtgärder	13
4.7	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	13
4.8	Åtgärdsförslag.....	14
5	Tidsåtgång	14
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	15
6.1	Åtgärder.....	15
6.2	Återkoppling	15
6.3	Uppföljning	15
7	Ordförklaringar	17
8	Bilagor.....	18

1 Uppdrag

Syftet med händelseanalysen är att undersöka om patienten riskerats eller har drabbats av vårdskada, samt finna eventuella systemfel och hitta åtgärdsförslag som kan förebygga återupprepning.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Länsverksamhet Vuxenpsykiatri
Region Västernorrland

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-01-10

Startdatum: 2018-02-12

1.3 Återföringsdatum

Återföringsdatum: 2018 - 05 - 28

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Regionledningsförvaltning /Verksamheten för Kvalitet- och patientsäkerhet
Vice analysledare / Sjuksköterska	Regionledningsförvaltning/Verksamheten för Kvalitet- och patientsäkerhet
Analysteammedlem / Läkare	Specialistvården Västernorrland/ Länsverksamhet Psykiatri
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Specialistvården Västernorrland/ Länsverksamhet Psykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från:

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal: 1 Enhetschef, 1 samordnare, 1 behandlingsassistent, 2 läkare, 1 kurator
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner: Suicidprevention för vuxenpsykiatri, Omvårdnadsaspekter på självmordsnära patienter, Tillsyn av patienter på avdelning X och X. Hjärtstopp på sjukhus - Behandling och utbildning. Riktlinjer från Svenska rådet för hjärt-lungräddning
- Skriftlig redogörelse från direkt/indirekt involverad personal: 3 läkare, 4 sjuksköterskor
- Skriftlig redogörelse från närstående: 1 anhörig
- Skriftligt utlåtande och samtal med expert/sakkunnig: 1 läkare

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling, se även den grafiska presentationen i bilaga 1.

Förutsättning:

Patient med successivt sämre psykiskt mående under höst/vinter 2017 pga. hög arbetsbelastning med sömnsvårigheter och ångestattacker som följd. Ingen tidigare psykiatrisk kontakt.

Patient med hypertoni och hormonell hypofunktion. Enligt anteckning i journal från november 2017, från ett besök på specialistmottagning, uppges att patienten varit lite nedstämd under hösten som man tror sig kunna relatera till lågt hormonvärde, men värdet bedömdes nu vara normal.

Analysteamet bedömer att det inte har påverkat händelsen.

1. Tid för händelse 2017-12-03

Aktivitet

Patienten söker psykiatrisk jourmottagning pga. sömnsvårigheter sedan 1 månad tillbaka. Träffar sjuksköterska 1, bedöms ej suicidal. Patienten uppvisar sänkt grundstämning med inslag av ångest. Läkare 1 konsulteras som ordinerar sömnmedicin samt ångestdämpande farmaka. Hänvisas till hälsocentral (HC) för uppföljning.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall:

Avsaknad av dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning.

2. Tid för händelse 2017-12-04

Aktivitet

Patienten besöker HC. Träffar läkare 2 och blir deltidssjukskriven. Det görs justering av läkemedel samt att kuratorskontakt initieras från HC. Patient avbryter själv sin sjukskrivning efter några dagars behandling, tyckte sig må bättre

Ingen felhändelse.

3. Tid för händelse 2017-12-13

Aktivitet

Träffar kurator HC. MADRS 14p. Bedöms som mild depression och planeras för KBT.

Ingen felhändelse.

Det framkommer i intervju att patienten vid besök hos kurator skattar och uppvisar 2p på suicidalitet (MADRS) vilket innebär att det inte finns suicidtankar men att livet inte känns så meningsfullt.

Patienten skattar stress och utmattning med KEDS formulär; 11p. Resultatet talar inte för någon hög stress eller utmattning. Planeras för återbesök för start av KBT den 29/12 till kurator men avbokas av patient som mår bättre. Ny tid 5/1 (2018) avbokas även den pga. pågående vårdtillfälle psykiatri. Nästa planerade tid 19/1 (2018) blir aldrig aktuellt.

4. Tid för händelse 2017- 12-20 kl. 8:32

Aktivitet

Patienten besöker HC. Kände ett förbättrat psykiskt mående en vecka efter senaste besöket på HC men åter försämrade med oro, sömnsvårigheter samt katastroftankar. Justering av läkemedel och nytt sjukintyg utfärdades av läkare 2.

Felhändelse finns, bedöms ej bidra till händelsens utfall: Avsaknad av dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning samt dokumentation av psykiskt status.

Analysteamet ser att det i journalen inte framkommer någon diskussion på HC angående ev. depression och behov av annan antidepressiv behandling än vid behovsmedicinering. Man skulle ev. ha kunnat överväga antidepressiv behandling från HC enligt sakkunnig i analysteam.

Enligt extern sakkunnig var det korrekt att avvakta med antidepressiv behandling, på HC har läkare och kuratorn gjort rimliga bedömningar. Man har skattat symtom och funnit lindrig depression, ångest och sömnstörning. Behandling med KBT är enligt gällande riktlinjer.

5. Tid för händelse 2017-12-20 kl. 14:45

Aktivitet

Patienten uppsöker psykiatrisk jourmottagning. Söker för sömnsvårigheter och panikattacker. Bedöms av läkare 3 att i nuläget inte vara deprimerad och ej suicidal. Patient åter till hemmet. Remiss till HC för uppföljning och bedömning av depression.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall: Avsaknad av dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning.

Patienten uppfyller kriterier för depression men bedöms mer som sömnstörning än depression. Läkare 3 skriver i remiss till HC om återbesök om 4-6v för bedömning om det föreligger depression.

Sakkunniga i analysteamet anser att bedömning var korrekt. Patienten var inte i behov av psykiatrisk specialistvård, därav remiss till HC.

Enligt extern sakkunnig är bedömningen rimlig.

6. Tid för händelse 2017-12-22 kl. 8:53

Aktivitet

Närstående kontaktar psykjour via telefon. Uttrycker oro för patient som har fortsatta sömnsvårigheter. Får rekommendation att uppsöka psykjour för att träffa läkare.

Ingen felhändelse.

7. Tid för händelse 2017-12-22 tom 17-12- 23

Aktivitet

Patienten uppsöker psykiatrisk jourmottagning och blir inlagd på avdelning 1. Frivillig vård. Orsak sömnsvårigheter och panikattacker. Patienten träffar läkare 3 och läkare 4. Bedöms som sömnstörning med tilltagande ångest pga. belastningsfaktorer. Ställningstagande till SSRI mot ångest vid utskrivning. (MADRS 20p). Bedöms som ej suicidal. Vårdplaneras 23/12.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall: Avsaknad av dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning.

MADRS 20 p (23/12) vilket tyder på måttlig depression: Patienten skattar oro och sömn högst, visar ingen påverkan på livslusten.

Patient även haft viktnedgång med 5 kg på tre veckor. Enligt extern sakkunnig kan viktnedgång på 5 kilo de senaste tre veckor talar för mer än lindrig depression. Kliniskt har patienten dock inte verkat så deprimerad.

8. Tid för händelse 2017-12-24

Aktivitet

Utskrivs 24/12 på egen begäran av läkare 5.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall: Daganteckning och epikris från utskrivningssamtalet 24/12 saknas.

Då anteckningar (daganteckning och epikris) saknas i journalen blir det oklart hur uppföljningen planerades. Det finns inget resonemang om SSRI ska sättas in och vad det rör sig om för tillstånd.

Enligt extern sakkunnig skulle insatt antidepressiv behandling här nog kunnat göra skillnad men patienten verkar ha varit svårbedömd. Det beror dock på om man under vårdtiden 22 - 24/12 bedömt om patienten har en depression eller ångesttillstånd som behöver behandlas med antidepressiva.

Vid intervju av läkare 5 framkommer att patienten vid utskrivning bedömdes som välfungerande och adekvat. Bedömdes ej depressiv eller suicidal. Patient beskrev framtidsplaner på ett adekvat sett. Patient bedömdes ha sömnsvårigheter som dessutom blivit bättre under vårdtiden. Behandling med SSRI preparat bedömdes ej vara aktuellt.

9. Tid för händelse 2018-01-05 kl. 9:00

Aktivitet

Inkommer till psykiatrisk jourmottagning pga. kraftig ångest och panikattacker. Sänkt grundstämning. Suicidförsök i hemmet. Avbrutet försök av patienten själv. Inläggning på frivillig basis. Patienten känner ånger för suicidförsöket och negerar aktiva suicidplaner. Skrivs in på avdelning 1 av läkare 6. Skall vidare till avdelning 2 när plats finnes. Ordinerar tillsyn var 30 min.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall:
Avsaknad av dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning.

10. Tid för händelse 2018-01-05 kl. 15:47

Aktivitet

Patienten kommer till avdelning 2. Hög ångestnivå och motoriskt orolig. Får enkelsal med tillsyn var 30 min.

Ingen felhändelse.

Enkelsal bör undvikas till patienter med suicidrisk enligt klinikens dokumenterade rutiner. I analysarbetet framkommer det att patienter placeras efter bedömning av vårdpersonal antingen i

enkelrum eller dubbelrum. Medvetenhet bland personal att dubbelrum bör övervägas till suicidnära patienter finns. I aktuellt fall gjordes bedömningen att enkelrum var mest lämplig.

Sakkunniga i analysteamet ser ingen felhändelse att patienten fick enkelrum, utan bedömningen anses korrekt.

11. Tid för händelse 2018-01-06

Aktivitet

Bedöms av läkare 7 som deprimerad med gränspsykotiska föreställningar. Har skuld känslor och förnekar suicidplaner. Ordinerar antidepressivt läkemedel.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall:

1. Avsaknad av dokumentation av strukturerad suicidriskbedömning samt dokumentation av psykisk status.
2. Ordinerad/ändrad tillsyn av patient dokumenteras inte i journal.

I intervju av läkare 7 framkommer att de gränspsykotiska symtomen som beskrevs i journalanteckningen handlade om att patienten hade mycket ångest och överdriven oro av skuld, ej helt realistiska. Patienten hade inga vanföreställningar. Tillsynen av patienten ändrades till 1 gång/timme. Ordinerad tillsyn gjordes muntligt och dokumenterades inte i patientjournal av läkare på avdelningen.

Det framkommer även i intervju att patienten önskade bli utskriven från avdelningen men valde att stanna kvar efter läkarsamtalet. Den psykiska ohälsan bedömdes av läkare 7 inte vara i den grad att LPT hade varit en åtgärd om inte patienten frivilligt stannat på avdelningen.

12. Tid för händelse 2018-01-08

Aktivitet

Mår psykiskt bättre, har ångrat sig helt gällande tidigare suicidhandling. Önskar att få komma hem. Familjesamtal med läkare 8 och 3 samt sjuksköterska 2 anhörig. Patienten uttrycker inga suicidtankar. Bedömning görs som visar måttlig depression samt lågt utfall på suicidrisk. Ej konverteringsmässig. Normal tillsyn ordinerar av läkare 8.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall:
Avsaknad av dokumentation av psykisk status.

På familjesamtalet, bedyrar patienten att det inte finns några planer på suicid. Patienten motiveras av personalen att stanna kvar ytterligare på avdelningen för att se effekt av medicinering, med en ny utvärdering nästkommande dag. Patienten får lämna avdelningen för att själv ta en timmes promenad på kvällen.

MADRS 21 p (måttlig depression). 0 poäng på livsleda och suicidtankar.

13. Tid för händelse 2018-01-09 kl. 6:00

Aktivitet

Patient hittas till synes livlös på toaletten vid tillsyn av sjuksköterska 3. Snara runt hals. Läkare 9 tillkallas som konstaterar dödsfall. Oklart vilken tidpunkt suicidet ägde rum.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall: Återupplivningsförsök (HLR) påbörjas ej.

Det framkommer i intervju att tillsyn görs av samtliga patienter nattetid ca. var 60 minut om inget annat är ordinerat, och dokumenteras inte. Denna tillsyn görs lite oregelbundet, dvs. ibland efter 45 min. ibland efter 70 min. Många patienter blir störda vid tillsyn så den utförs så diskret som möjligt. En sjuksköterska och två behandlingsassistenter (alt. skötare) är grundbemanningen natt på avdelningen. Den aktuella natten var stökig då många larm hade skett, dels rörelselarm från olika rum som kräver extra tillsyn, dels larm från närliggande avdelning som kräver att någon av behandlingsassistenterna går dit och är behjälpliga. Trots flera larm aktuell natt upplevdes nattens arbetspass som hanterbar och inte betungande och stressigt utöver det normala.

Vid aktuell natt gjordes tillsyn av aktuell patient och inget avvikande hade skett förrän tillsyn vid klockan 06.00. Uppskattningsvis hade patienten varit avliden ca 20 - 50 minuter, återupplivningsförsök bedömdes av personal inte vara rimligt.

Enligt sakkunniga (interna och externa) har inte handläggningen och bedömningen av patienten att inte starta HLR gjort någon skillnad i utfallet. Men bedömning att inte påbörja återupplivningsförsök skall göras av läkare enligt nationella HLR riktlinjer.

2018-01-09

Händelsens utfall

Oväntad suicid på avdelning till följd av depression.

Händelseanalysen visar på att felhändelser finns men bedöms ej ha bidragit till händelsens utfall. Analysteamet har hittat systemfel, men har inte kunnat se att händelsen var undvikbar. Patienten bedöms ej ha drabbats av vårdskada.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt avsnittet nedan.

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

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak: Hög arbetsbelastning under arbetspassen leder till att dokumentationen prioriteras ned/bort.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande följsamhet till att dokumentera suicidriskbedömning i journal under fastställda sökord enligt den gällande rutinen "Suicidprevention för vuxenpsykiatri".

Kulturen i hur man dokumenterar har förändrats över en tioårs period, där kraven på mer strukturerad dokumentation har ökat, men där finns svårigheter att möta dessa krav pga. den höga arbetsbelastningen på jourerna.

Angående bristande dokumentation, såsom avsaknaden av strukturerade suicidriskbedömningar (aktivitet 1, 4, 5, 7, 9, 11, 12 i grafen) under händelseförloppet samt i något fall avsaknad av psykiskt status, ska inte enligt extern sakkunnig gjort någon skillnad på utfallet.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Bakomliggande orsak: Bristande följsamhet till nationella riktlinjer HLR.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

1. Brist av strukturerat arbete/genomgång av kliniken lokaler gällande ligatur punkter.

I händelseanalysarbetet framkommer att det gjordes en genomgång av avdelningens (kliniken) lokaler 2015, där man listade tänkbara risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Genomgången utfördes utifrån en liknande händelseanalys, där ett åtgärdsförslag var att upprätta system för strukturerade säkerhets ronder på hela kliniken. Det har inte gjorts några fler strukturerade genomgångar av patientrum eller gemensamma ytor där man ser över säkerheten tex vad gäller vassa föremål och möjligheter att hänga sig i. Psykiatrins lokaler är förhållandevis gamla och man hade inte samma tanke kring ligaturpunkter vid uppförandet av byggnaden som man har vid nybyggnation i dagsläget.

Det framkommer även i händelseanalysarbetet att det inte finns några specifika krav på avdelningens utformning, men att vid nyinstallation som tex duschdraperi så installeras de nya, för att ej hålla för kroppsvikt. Persiensnören finns kvar men ska bytas ut till rullgardiner. Inga planer på andra förändringar i dagsläget. Angående säkerhets ronder så finns inga sådana planer dags dato.

Åtgärdsförslag utifrån bifynd: Aktivt arbeta för att införa återkommande säkerhets ronder ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

4.4 Riskbedömning

Rapporterande avdelning hade 213 vårdtillfällen 2017. Avdelningen vårdar patienter som är äldre än 45 år och som har affektiva diagnoser som depression, bipolär sjukdom, ångesttillstånd och personlighetsstörning. Den ineliggande vården sker främst under den akuta fasen av sjukdomen.

Denna typ av händelse, fullbordad suicid, har aldrig tidigare inträffat på den avdelningen. På kliniken har denna typ av händelse noterats vid 2 tidigare tillfällen sedan år 2012. Sannolikheten att det skall inträffa igen betecknas som mycket liten. Allvaret i händelsen måste dock betraktas som katastrofal mot bakgrund av att patienten avlider till följd av fullbordad suicid under pågående vårdtillfälle på avdelningen. En sammanvägd bedömning av risken för en enskild patient att råka ut för liknande händelse baserat på sannolikheten för återupprepande och allvarlighetsgrad betecknas som mycket liten och bör minska ytterligare vid genomförande av föreslagna åtgärder.

För den enskilde och närstående som drabbats är det olyckligt och betraktas som en negativ händelse, vilket ytterligare motiverar att vidta åtgärder för att minska riskerna för suicid.

4.5 Händelser av liknande art

Liknade händelser har rapporterats vid 2 tillfällen tidigare på kliniken, se ovan.

4.6 Förebyggande åtgärder

Förslag på förebyggande åtgärder utifrån händelseanalysen och verksamhetschefens kommentarer inklusive dennes åtgärdsplan återfinns under punkterna 4.8, 6 samt i bilaga 2.

4.7 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Beaktat men ej aktuellt i denna händelse.

4.8 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag 1: Aktivt arbeta för att öka förutsättningarna för läkarna att sköta sitt administrativa arbete.

Åtgärdsförslag 2: Ta upp händelsen som ett lärande och aktualisera rutinerna "Suicidprevention för vuxenpsykiatri" och "Omvårdnadsaspekter på självmordsnära patienter" med fokus på dokumentation samt arbeta aktivt att rutinen efterföljs.

Åtgärdsförslag 3: Ta denna händelse som ett lärande och diskutera och utarbeta rutin för HLR vid speciella omständigheter som exempelvis en checklista med lokala instruktioner vid oväntat dödsfall/suicid inom slutenvård.

Åtgärdsförslag 4: Vid årliga HLR repetitioner göra praktiska övningar som exempelvis suicid.

Åtgärdsförslagen definieras som begränsat till effektiva åtgärder enligt Handbok för Riskanalys och Händelseanalys. Åtgärdsförslagen bör helt eller delvis eliminera riskerna och bidra till en ökad patientsäkerhet.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	35
För analysteam	12
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6 + 12
SUMMA	65

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Analysteamet har identifierat brister när det gäller att dokumentera suicidriskbedömningar i rätt tid och under rätt sökord i journalen. Av tidsskäl skjuter man ibland upp denna dokumentation, som kan ta tid och därmed finns risken att det blir bortglömt. Likaså saknas epikriser och daganteckningar i patientjournalen, vilket också sannolikt beror på att det blir bortprioriterat när tidsutrymmet är knappt.

Vikten av att dokumentera behöver lyftas fram, och vi kommer att påminna om att det är en prioriterad arbetsuppgift och patientsäkerhetsfråga. Om belastningen på jourmottagningen är hög, måste nästa patientsamtal få dröja tills nödvändig dokumentation är gjord i varje patientärende. Vi strävar efter att ha underläkare på samtliga vårdavdelningar, som kan avlasta överläkarna med administrativa uppgifter och viss dokumentation.

I det nya vårddokumentationssystemet som är under upphandling kommer sannolikt vissa delar att underlättas, men till dess behöver vi också arbeta med våra dokumentationsrutiner så att endast det nödvändiga journalförs. Information om det viktigaste som ska finnas med i en journalanteckning ingår i AT läkarnas introduktion.

Riktlinjerna för suicidriskbedömningar, suicidprevention, och rutiner vid ineliggande vård av suicidnära patienter är uppdaterade och aktuella, men vi behöver ständigt arbeta aktivt med att den är känd och efterföljs av alla medarbetare. En kortare standardiserad "checklista" behöver utarbetas.

HLR rutiner finns, men behöver anpassas till situationer där det rör sig om suicidförsök, eftersom det är den typen av oväntade dödsfall som kan inträffa inom psykiatri. Ett arbete med att göra lokala rutiner för HLR vid suicidförsök har redan påbörjats inom kliniken. Praktiska övningar med suicidförsök/suicid behöver ingå i HLR undervisningen.

Slutligen kommer vi att föreslå att den årligen återkommande skyddsronen kompletteras med en punkt där man kontrollerar ligatur punkter i lokalerna.

6.2 Återkoppling

Återkoppling till berörda medarbetare görs vid APT.

6.3 Uppföljning

Uppföljning görs vid berörd avdelning.

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
MADRS	Särskilt bedömningsinstrument som används som stöd för att kartlägga och bedöma risken för suicid eller suicidförsök
KEDS formulär	Det är ett självskattningstest som visar hur nära man är att drabbas av utmattningssyndrom. Den som får högre poäng än 18 på testet ligger i riskzonen.
SSRI	Läkemedel vid depression (selektiva serotoninåterupptagshämmare)
KBT	Kognitiv beteendeterapi är ett samlingsnamn för olika former av psykoterapier.
HLR	Hjärt- och lungräddning
Ligaturpunkter	Varje inslag i en miljö som skulle kunna användas för att stödja en snara eller annan strypning i syfte att försöka begå självmord.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Handlingsplan