

Tid för händelse	171203	171204	171213	171220 08:32	171220 14:45	171222 08:53	171222- 171223
------------------	--------	--------	--------	--------------	--------------	--------------	----------------

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

1. Aktivitet
Patienten söker psykiatrisk jourmottagning pga. sömnsvärigheter 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 med fastställda sökord av strukturerad suicidrisksbedömning.

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

Ingen felhändelse.

4. Aktivitet
Patienten besöker HC. Kände ett förbättrat psykiskt mående en vecka efter senaste besöket på HC men åter försämrad med oro, sömnsvärigheter samt katastroftankar. Justering av läkemedel och nytt sjukintyg utfärdas av läkare 2.

Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall:
Avsaknad av dokumentation med fastställda sökord av strukturerad suicidrisksbedömning samt dokumentation av psykiskt status.

5. Aktivitet
Patienten uppsöker psykiatrisk jourmottagning. Söker för sömnsvärigheter 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 med fastställda sökord av strukturerad suicidrisksbedömning.

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

Ingen felhändelse.

7. Aktivitet
Patienten uppsöker psykiatrisk jourmottagning och blir inlagd på avdelning 1. Frivillig vård. Orsak sömnsvärigheter 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 med fastställda sökord av strukturerad suicidrisksbedömning.

Orsak (Varför?/ Därför att): Det finns en medvetenhet om rutinen av dokumentation med fastställda sökord av strukturerad suicidrisksbedömning samt psykiskt status, men den efterföljs inte alltid.

Orsak (Varför?/ Därför att): Oklart varför läkarna inte dokumenterar suicidrisksbedömning i journal under fastställda sökord enligt gällande rutin. Det framkommer i händelseanalysarbetet att tidsbrist kan vara en orsak.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

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

Åtgärdsförslag: 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.

171224

180105 09:00

180105 15:47

180106

180108

180109 06:00

180109

8. 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.

9. 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 neget 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 med fastställda sökord av strukturerad suicidriskbedömning.

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

11. Aktivitet
Bedöms av läkare 7 som deprimerad med gränspsykotiska föreställningar. Har skuldkänslor och förnekar suicidplaner. Ordinerar antidepressivt läkemedel.
Felhändelse finns, bedöms ej bidragit till händelsens utfall: 1. Avsaknad av dokumentation med fastställda sökord av strukturerad suicidriskbedömning samt dokumentation av psykiskt status. 2. Ordinerad/ ändrad tillsyn av patient dokumenteras inte i journal.

12. 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 med fastställda sökord av psykiskt status.

13. 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.

Händelsens utfall
Oväntad suicid på avdelning till följd av depression.

Orsak (Varför?/ Därför att): Det framkommer i intervju av läkare att dokumentationen bortprioriterades pga. hög arbetsbelastning och sedan glömdes det bort att dokumentera anteckningen i efterhand.

Orsak (Varför?/ Därför att): 2. Vid intervju framkommer att ordinationen om graden av tillsyn av patienten gjordes muntligt.

Orsak (Varför?/ Därför att): Patienten uppvisade tecken som gjorde att personalens bedömning blev att HLR inte var meningsfull att påbörja.

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

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak: Bristande följsamhet till nationella riktlinjer HLR.

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

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

Atgärdsförslag: 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.