

Kunskapsbanksnummer: KB7420408

Datum: 2018-06-11

# Händelseanalys

**Suicidförsök tåg**

December 2016

Analysledare:

Västra Götalandsregionen

### ***Sammanfattning***

Händelseanalys på uppdrag av Verksamhetschef inom Vuxenpsykiatriska slutenvårdskliniken, med syfte att upptäcka brister i verksamheten, samt komma med åtgärdsförslag.

Uppdraget består av att genomlysna omständigheterna kring en patient, som under en permission från slutenvården inom psykiatri utförde ett suicidförsök. Utredningen genomförs i syfte att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Patienten hade vårdats en tid utifrån ett allvarligt suicidförsök. Beviljats en permission, som hade fungerat bra. Mot slutet av patientens vårdtillfälle i samband med att utskrivning planerades, fick patienten en ny permission. Permissionen slutade med att patienten, efter att ha köpt och druckit alkohol, gjorde ett suicidförsök genom att hoppa framför ett tåg. Patienten överlevde och vårdades först på IVA och sedan vidare inom psykiatri.

Suicidriskbedömning inför permissionen fanns inte dokumenterad. Även bedömningen som gjorts med hjälp av MADRAS-S i början av vårdtillfället, som indikerat att patienten har en djup depression, följdes inte upp med nya skattningar.

AUDIT som är en kartläggning för bedömning av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion, genomförs inte.

Patienten ordineras läkemedel mot sitt alkoholsug under vårdtillfället. Däremot saknas dokumentation om patienten erbjöds Antabusbehandling i samband med beviljade permissioner.

De bakomliggande orsakerna till att personalen inte använder skattningsinstrument som stöd vid suicidriskbedömningar, är att personalen bedömer sig kunna värdera patientens psykiatriska tillstånd samt suicidrisk genom samtal. Samtidigt saknas forskning som stödjer att skattningsinstrument ger en fullständig bedömning av patienter suicidrisk, men kan ändå vara ett stöd i bedömningen.

De åtgärdsförslag som presenteras, är att verksamheten skall upprätta och implementera rutiner för användande och uppföljning av suicidriskbedömningar samt skattningar och att dessa skall dokumenteras.

## 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

Patient som tidigare vårdas inom sluten psykiatrisk vård fick timpermission för att åka till köpcentra. Patienten dricker sig berusad och ställer sig framför ett tåg med syfte att suicidera. Suicidförsöket anmält till IVO från IVA.

Syftet med analysen är att identifiera systemfel och ge förslag på åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inte händer igen.

### 1.1 Uppdragsgivare

1.2 Verksamhetschef, Vuxenpsykiatrisk slutenvårdsklinik

### 1.3 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-10-09

Startdatum: 2017-10-09

Sent skrivet uppdrag

### 1.4 Återföringsdatum

2018-08-14

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	NU-sjukvården/Område III
Vice analysledare/Sjuksköterska	NU-sjukvården/Område III

## 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport.
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal.
- Intervju med expert/sakkunnig.
- Journalhandlingar.

## 4 Resultat

### 4.1 Händelseförlopp

2016-11-09

Patient kommer in efter överdos av alkohol och tablett.

1.

2016-11-09

Läggs in för vård inom psykiatrisk slutenvård efter allvarligt självmordsförsök. Skrivit avskedsbrev. Bedöms som högriskpatient för suicid främst utifrån sin sociala situation.

Ingen felhändelse

2.

2016-11-14

Patienten bedöms som klart nedstämd av överläkare 2. Depressionsskattning görs av patienten med hjälp av skattningsskattningen MADRS-S. Resulterar ett högt värde, som är tecken på svår depression. Förnekar självmordsplaner i vårdmiljö, bedöms dock som högrisk vid utskrivning.

Felhändelse.

1. Det konstateras att värdet i skattningen är högt, men saknas dokumentation om återkommande uppföljning av patientens grad av depression.
2. AUDIT som är en rutin vid inskrivning i slutenvård genomförs inte.

3.

2016-11-16

Vid granskning av journalanteckningar står det "fortsatt normal tillsyn" trots att tillsynsgraden "extra tillsyn" använts hittills på patientens vårdtillfälle.

Felhändelse.

Troligen felskrivning i journalen. Bifynd.

4.

2016-11-17

Patienten flyttas från avdelningen med inriktning abstinensbehandling till en allmänpsykiatrisk akutvårdsavdelning med inriktning personlighetsyndrom.

Ingen felhändelse.

5.

2016-11-18

Extra tillsyn övergår nu till normal tillsyn efter konsultation där läkare 1 konsulterar överläkare 1. Detta baserat på samtal med patienten 2016-11-18.

Ingen Felhändelse

6.

2016-11-25

Beviljas egen utevistelse efter klinisk bedömning gjord av överläkare 1.

Felhändelse. 1.

Förnyad MADRS-S bedömning saknas för att jämföra med föregående skattning. Då patienten tidigare bedömts som högrisk för suicid utanför sjukhuset, saknas dokumentation kring patientens nuvarande status.

2. Saknas dokumentation kring eventuell insättning av Antabus i samband med permission, där patienten tidigare använt Antabus stöd för sin alkoholproblematik.

7.

2017-11-25 – 2017-12-09

Suicidriskbedömningar

Felhändelse.

Det saknas dokumentation om strukturerade suicidriskbedömningar genomförts under ovan angivet tidsintervall.

8.

Det program för självmordsprevention som gällde på kliniken vid tidpunkten för händelsen, beskriver att skattningsskalor kan vara ett bra stöd vid en strukturerad suicidsriskbedömning.

I klinikens uppdaterade Suicidpreventionsprogram (171221) har man gjort en förändring gällande

suicidriskbedömningar, där det idag råder delade meningar om tilltro till skattningsinstrument vid bedömning av suicidrisk (SBU-rapport 2015). Det finns inga studier som styrker att bedömningen av risken skulle förbättras vid användning av skattningsinstrument som stöd vid bedömningen av suicidrisk

Bifynd

9.

2016-12-05

Permission del av dag beviljas. Patienten kommer åter enligt överenskommelse. Bedöms "ingen suicidal kommunikation".

Bristfällig dokumentation.

10.

2016-12-08

Vårdplanering. Patienten meddelas vid två tillfällen denna vecka att hen börjar betraktas som utskrivningsklar. Bör således förbereda boendefrågor och liknande. Erbjuds kuratorstöd för praktiska bekymmer.

Felhändelse.

Saknas dokumentation kring genomförd suicidriskbedömning inför förestående utskrivning.

11.

2016-12-09

Patienten beviljas permission i en och en halv timma. Enligt journalanteckning: "Inget suicidal framkommer." Patienten skall åka till ett köpcentra för att köpa snus. Går på fel buss. Hamnar inne i staden och inhandlar sprit som hen dricker samt går till tågstationen. Där går patienten framför ett tåg.

Ingen felhändelse.

Patienten vårdas sedan 3 veckor på IVA efter sitt suicidförsök. Efter avslutad somatiskt vårdtillfälle återgår patienten sedan till vård inom psykiatrins slutenvård.

Patienten och patientens närstående har sökt för kommentarer, dock utan framgång.

## 4.2 Bakomliggande orsaker

Läkaren anser att den kliniska bedömningen är tillräcklig. Detta enligt intervju, men läkarens bedömning finns inte tydligt dokumenterat.

Personalen gör bedömningen att de kan värdera patientens depressionsgrad och livslust/självordsrisk med hjälp av samtal.

### **Omgivning & organisation**

Organisationen ger möjlighet att rutinen för suicidriskbedömningar inte följs. Saknas kontrollsystem av att gällande rutiner efterföljs.

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Bristande följsamhet till rutin för bedömning av suicidrisk.

En tilltro till sina egna bedömningar av patientens mående.

Införandet av rutinen att genomföra AUDIT på alla patienter som vårdas i slutenvård, har inte fått genomslag på kliniken.

Saknas rutin för återkommande uppföljning av MADRS-S skattning.

Tydliggörande av rutin samt följsamhet kring suicidriskbedömningar enligt kliniken självordspreventionsprogram.

### **Utbildning & kompetens**

Saknas mer ingående kompetens kring beroendeproblematik på avdelningen som har en inriktning mot personlighetsyndrom.

## 4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Vid granskning av journalanteckningar står det ”fortsatt normal tillsyn” trots att tillsynsgraden ”extra tillsyn” använts hittills på patientens vårdtillfälle.

Det program för självordsprevention som gällde på kliniken vid tidpunkten för händelsen, beskriver att skattningsskalor kan vara ett bra stöd vid en strukturerad suicidriskbedömning. I kliniken uppdaterade suicidriskprogram (171221) har man gjort en förändring gällande suicidriskbedömningar, där det idag råder delade meningar om tilltro till skattningsinstrument vid bedömning av suicidrisk (SBU-rapport 2105). Det finns inga studier idag som styrker att bedömningen av risken skulle förbättras vid användning av skattningsinstrument som stöd vid bedömning av suicidrisk.

## 4.4 Vårdskadepkostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej beräknade.

## 4.5 Åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag.

Upprättande och implementering av rutiner för användande och uppföljning av kliniska bedömningar samt skattningar.



Följsamhet gällande rutin för suicidriskbedömningar. Återkommande information om suicidriskbedömningar på läkarmöten och arbetsplatsträffar.

Rutin för att inför permission/ utskrivning tydligt dokumentera bedömd suicidrisk.

Rutin för att upprepa MADRS-S eller annan relevant skattning som stöd för bedömning av suicidrisk inför permission alternativt utskrivning.

Skapa system som innebär att suicidriskbedömning måste genomföras och dokumenteras.

Utbildningsinsatser för personalen gällande patienter med missbruk/beroendeproblematik.

Implementering av rutin att genomföra AUDIT på alla patienter i samband med inskrivning i slutenvård.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart: Inga åtgärder har vidtagits omedelbart.

## 5 Tidsåtgång

*Gör en beräkning kring hur mycket tid som analyssteamet och andra involverade avsatt för uppdraget uppdelat enligt nedan.*

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	31
För analyssteam	4
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	37

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

De åtgärder som föreslagits i analysen är relevanta och är genomförda eller kommer att genomföras.

Skriftlig rutin för användande av AUDIT har implementerats.

Skriftlig rutin för användande av MADRS-S utarbetas för närvarande och kommer att implementeras senast oktober 2018.

Rutin för att suicidrisk inför permission/utskrivning utförs och dokumenteras i journal tas fram och implementeras senast oktober 2018. Rutinen skall omfatta de patienter där det under vårdtiden, bedöms finnas en suicidrisk.

Information om nya rutiner skall ske på verksamhetsledningsmöte, läkarmöte samt arbetsplatsträffar.

Verksamhetschef skall undersöka möjligheten att alla anställda skall få utbildning gällande missbruk/beroendeproblematik.

### 6.2 Återkoppling

Återkoppling av analysen kommer att ske till berörd avdelning samt på verksamhetsledning och läkarmöte. Återföring av analysen till personen som skadades är tyvärr inte möjlig, då personen inte gått att nå, varken via telefon eller brevlades. Inte heller närstående har gått att nå.

### 6.3 Uppföljning

Följsamhet till att nya och befintliga rutiner följs, kommer att ske genom granskning av slumpvis utvalda journaler.

## 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
Förkortning/begrepp	<i>AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test. MADRS-S – Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (självskattning)</i>

## **8 Bilagor**

Bilaga 1: Analysgraf.