

Händelseanalys

Själv mord efter vårdkontakt inom medicin

Februari 2017

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Person som sedan fem år bor på särskilt boende med hög skydds nivå pga gravt självskadebeteende, inkommer till akutmottagning med skärsår på armar och högt alkoholpåverkad.

Sårskador behandlas och då personen inte kunde bedömas helt pga hög alkoholpåverkan togs beslut om inläggning trots att behandlingen var sömn och tillnyktring. Dagen efter skrivs patienten ut till boendet. Efter ett dygn kommer patienten tillbaka med ambulans efter det att hen hittats på boendet inlåst på toalett, försökt strypa sig med ett bälte. Hjärt- och lung-räddning startas direkt av boendepersonal och tas över av ambulans och sedan vårdpersonal på akutmottagningen. Intensivvård ges men utan positiva resultat. Patienten hjärndödsförklaras och patienten förbereds för organdonation.

De viktigaste bakomliggande orsakerna:

- Inte möjlighet att få psykiatrisk konsultation för patient jourtid i staden där sjukhuset är
- Man ser det särskilda boendet som vårdgivande enhet
- Brist i följsamhet till rutin om att skicka remiss till mobila teamet vid intoxikation, förgiftning

De viktigaste åtgärderna:

- Möjlighet till psykiatrisk bedömning i sjukhusstaden jourtid
- Förbättra följsamhet till rutin om att skicka remiss till det mobila teamet vid intoxikationer
- För patienter med samma problematik kan särskilda vådrutiner tas fram tillsammans med, och som kommuniceras med, de olika vårdgivarna

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

Händelseanalysen gäller en ung patient som skickades hem från medicinsk akutvårdsavdelning efter att ha vårdats för kraftig berusning, man reagerade aldrig på multipla skärskador på övre extremiteterna tydande på självska debeteende. Något dygn senare återkom patienten efter hängning i hemmet, som var behandlingsboende, och avled. Frågan för psykiatrin i detta är om psyk konsult skulle skrivits vid första vård tillfället och om det i så fall skulle ha förändrat utgången.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef

Område M

Sjukhus

Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-04-06

Startdatum: 2017-04-26

På grund av många försök att få tag på anhörig för intervju och även svårigheter att få till gemensam träff med analys team drog det ut på tiden för färdigställande av analys och rapport.

1.3 Återföringsdatum

2018-06-01

2 Deltagare i analys team

Följande personer deltog i analys teamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Område Medicin, Neuro/Rehab
Analys team medlem / Läkare	Område M
Analys team medlem / Sjuksköterska	

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner kring vård efter förgiftningstillstånd, psykiatrisk konsult och remissförfarande

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

Tid för händelse

Patient som sedan fem år är boende på det aktuella behandlingshemmet pga svår självskadebeteende med högt skyddsbehov inkommer med akut behov av vård.

Dag 1

Patient kom in med sårskador, sökt för självskadebeteende förut. Det fanns anledning med tanke på kraftig berusning att lägga in patienten för att nyktra till för att kunna ta ställning till om psykiatri behövs kopplas in.

På akutvårdsavdelningen verkar man ha uppfattat att självskadebeteendet är ett kroniskt tillstånd och huvudsyftet för inläggning är tillnyktring. Denna tanke förstärks av boendepersonal som är med på avdelningen.

Dagen efter

Patienten nyktrar till över natten och vaknar vid gott humör enligt läkare, vilket bekräftas av medföljande boendepersonal.

Patienten skrivs ut med hemgång till specialboende med dygnetruntbevakning.

Felhändelse

- Inte kontaktat psykiatri för bedömning
- Remiss till mobila teamet är inte skriven vilket ska göras för alla intoxicationer, förgiftningstillstånd, enligt rutin ("faxmeddelande mobila teamet").
- Utskrivande läkares utskrivningsanteckning med psykiatriska tillståndsbedömning och aktuella suicidala intention är dåligt dokumenterad

- Bristfälligt men inte felaktig sköterske-epikris, -anteckning.
Skulle kunna ha skrivit mer om psykosocial kontakt under vårdtillfället.
Har dock fortlöpande kontakt med boendepersonal vid hela vårdtillfället.
Mallen för omvårdnadsstatus ej ifylld. Pga patienten hade boendepersonal med vid vistelsen.

Bakomliggande orsaker

- Patienten var ung och hade inte haft kontakt med vuxenpsykiatri så länge och patienten var relativt okänd på vårdavdelningen vilket gjorde att man hade stor tillit till personalen från boendet.
- Inte möjlighet att få psykiatrisk konsultation av patient dygnet runt i Staden där sjukhuset är då psykiatriakutmott ligger 3 mil bort.
- Under hela vårdtillfället fanns medföljande personal från behandlingshemmet där patienten bodde och man såg medföljande personal från behandlingshemmet som vårdgivande enhet.

Ett dygn efter besöket på akutmottagningen

Patienten kommer åter till akutmottagningen med ambulans med medföljande personal från boendet. Nu pga suicidförsök (självordsförsök) då patient låst in sig på boendets toalett och med hjälp av bälte runt halsen strypt sig. Personal upptäckte patienten och påbörjade hjärt- och lungräddning och larmade SOS, men hen var mycket påverkad av sin självskada.

Intensivvård startades direkt men utan positivt resultat. Hjärndödsförklaring enligt rutin och patienten hjärndödsförklaras och görs iordning för organdonation.

Själva händelsen bedöms inte vara undvikbar på lång sikt. Om psykiatrisk konsult hade kontaktats vid första vårdtillfället hade det troligtvis inte resulterat i inläggning på akutpsykiatri eller ändrat på utgång för händelsen. Detta grundar sig på journalgranskning som gjorts vid analysarbetet då analysteammedlem sett att de gånger man från somatisk vård kontaktat psykiatri för bedömning vid liknande händelser med denna patient har psykiatri inte tagit emot utan hänvisat till hemgång till särskilda boendet.

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: Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

Omgivning & organisation

- Inte möjlighet att få psykiatrisk konsultation för patient i sjukhusstaden jourtid då psykiatriakutmottagning ligger 3 mil bort.

Kommunikation & information

- Vårdpersonal på vårdavdelningen ser behandlingshemmet som vårdgivande enhet men kommunicerar eller dokumenterar inte strukturerat om det

Procedurer/rutiner & riktlinjer

- Brister i följsamhet till rutiner att skicka remiss till mobila teamet

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

4.5 Åtgärdsförslag

- För denna patient skulle en särskild vådrutin kunna ha varit av värde för patient och vårdpersonal för strukturerat omhändertagande som skulle varit kommunicerad och gemensam med behandlingsboendet. Detta så att rätt vårdnivå och bedömningar dokumenteras och följs upp rätt.
- Förbättra följsamhet till rutiner om skicka remisser till mobila teamet och dokumentation.
- Möjlighet till psykiatrisk bedömning i sjukhusstaden jourtid.

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	8
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	0
SUMMA	48

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

- Att det finns en samordnad vårdplanering som innebär att det medicinska ansvaret för patienten går över från en vårdgivare till en annan. I detta fall mellan sjukhuset till behandlingsboendet. Det är personalens ansvar att se till att det erbjuds rätt stöd och insatser för att patienten ska få en god medicinsk och social omvårdnad.
- Att den somatiska vården begär en basal psykiatrisk konsultation av patienter med psykiatriskt tillstånd
- Att mobila teamet kontaktas
- Att det finns utskrivningsmeddelande
- Att dokumentation finns

6.2 Återkoppling

- Återkoppling på händelseanalysen till läkargruppen berörda områden och omvårdnadspersonal på akutvårdsavdelning. Information av verksamhetsutvecklare för händelseanalysen tillsammans med ansvarig överläkare.

6.3 Uppföljning

- Oktober 2018 uppföljning på åtgärder av händelseanalys. Bevakning läggs i Medcontrol.

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