

Datum: 2018-01-17

Händelseanalys

Suicid i nära anslutning till kontakt med mobila teamet psykiatri

Juni 2017

Analysledare:
Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

En patient med många riskfaktorer för självmord har sedan längre tid tillbaka smärtproblematik på grund av en ulcerös prokto-sigmoidit (inflammatoriskt tarmsjukdom) och en kroniskt bakteriell prostatit (inflammation av prostata körteln). Det tillkommer även smärtbesvär i en fot.

Patient har överdoserat läkemedel i självmordssyfte och blir inlagt på medicinavdelningen. Det framkom att patienten här ätit 5990 mg paracetamol, 6 stycken Stilnoct, 4 stycken Venlafaxin och 6 stycken Mirtazapin. Patienten berättar att hen har planerat detta sedan en längre tid tillbaka på grund av att hen inte klarar av smärtor längre.

Enligt sårbo finns det ett tidigare suicidförsök före 2015 (uppföljningen sköts då via vårdcentralen). Patienten har skrivit ett avskedsbrev och uttrycker att hen fortfarande inte orkar mer med smärtor. Ändå antecknar läkaren vid inskrivning att patienten verkar lättad när hen får veta att de doser hen tagit inte kommer att ta livet av hen.

Efter bedömningsamtal med psykiatriska mobila teamet blir patienten utskriven dagen därefter och en uppföljning med mobila teamet beslutas. Nästa besök planeras om en vecka. En felhändelse sker när man vid utskrivning missar att ge patienten information om att ett nytt recept skrevs på Voxra 150 mot depression, vilket först framkommer när mobila teamet pratar med patienten i telefon dagen därefter.

Då patienten uteblir från det planerade besöket försöker sjuksköterska utan framgång att nå hen på telefon. Ytterligare en felhändelse inträffar då mobila teamet inte åker ut till patienten när man inte lyckas ta kontakt med hen. Först två dagar senare lyckas man att få kontakt med sårbo som meddelar att patienten hade tagit livet av sig redan 6 dagar innan genom hängning.

Bakomliggande orsak till felhändelse 1 är att läkemedlet skrevs ut av en psykiatrisk läkare istället av en läkare på medicinavdelningen. Orsaken till detta är att man inte följde rutinerna att det alltid ska vara personal på/från hemmaavdelningen som ska skriva ut och sätta in läkemedel inte konsulterna.

Bakomliggande orsak till felhändelse 2 är att man ingen rutin finns att alltid åka ut och ta fysiskt kontakt när en patient med suicidrisk inte kan kontaktas.

Viktigaste åtgärdsförslaget är därför att utbilda och uppdatera personal både på psykiatri och medicin om vilka rutiner som gäller vid läkemedelsordination av konsulter, samt att skapa en ny rutin att mobila teamet ska alltid åka hem till suicidriskpatienter när dem uteblir från besöket och man får inte tag i dem per telefon eller via anhöriga.

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

Uppdrag ges att genomföra en händelseanalys i ärende där patient suiciderat i nära anslutning till kontakt med psykiatri (se AV-283668).

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-07-06

Startdatum: 2017-07-06

Fördröjt arbete med händelseanalys beror på tidsbrist i verksamhetsområde.

1.3 Återföringsdatum

Ange det datum då händelseanalysens resultat rapporterats till uppdragsgivaren.

2 Deltagare i analysteam

Ange vilka personer som har deltagit i analysteamet eller medverkat i analysen på annat sätt och även vilken roll de har haft.

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Vårdadministratör	Skaraborgs Sjukhus/Område M
Vice analysledare / Övriga personer	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Läkare	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri
Analysteammedlem / Sjuksköterska	Skaraborgs Sjukhus/Område M/M5-Vuxenpsykiatri

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal (en sjuksköterska och en skötare på psykiatri samt en läkare på medicin).
- Anhörig avböjde att delta i analysen med intervju utan att ange en vidare förklaring.
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner om läkemedelsordination av konsulter

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1

En patient med många självmordsriskfaktorer har sedan tidigare smärtproblematik pga. en ulcerös proktosigmoidit (inflammatorisk tarmsjukdom), kronisk bakteriell prostatit (inflammation av prostata körteln). Även smärtbesvär i en fot tillkommer.

Patient blir inlagd på medicinavdelningen med en läkemedelsförgiftning i syfte att ta livet av sig. Enligt patienten har hen ätit 5990 mg paracetamol, 6 stycken Stilnoct, 4 stycken Venlafaxin och 6 stycken Mirtazapin.

Enligt sårbo försökte patienten även ta livet av sig före 2015 (uppföljningen sköts via vårdcentral). Patienten skrev ett aktuellt avskedsbrev.

1.

Dag 1

Läkarkontakt.

En medicin-överläkare träffar patienten i samband med rondan. Patienten är då fullt vaken, klar, ångerfull och förnekar aktuella självmordsplaner.

2.

Dag 2, 13.23

Läkarkontakt

Patienten är fortfarande klar, vaken och har uppenbarlig inga självmordsavsikter, men är deprimerad. En remiss till mobila teamet vuxenpsykiatri skrivs för självmordsriskbedömning. Patienten har inga medicinska besvär längre.

3.

Dag 2, 13.30

VUP (vuxenpsykiatriskt) bedömningsamtal

Det psykiatriska mobila teamet träffar patienten på medicinavdelningen.

Patienten berättar då om sina medicinska besvär (smärtproblematiken) och anger även en hudcancer. Hen har en djup konflikt med bror, mamman har avlidit. Självmordsrisken bedöms som låg till medel. Ärendet diskuteras även med en psykiatrisk överläkare. Patienten vill inte bli inlagd och uppföljning planeras via mobila teamet. Patienten skrivs ut och ett besök av mobila teamet planeras för 2017-06-27 enligt rutin.

4.

Dag 2, 16:07

Nytt recept

Patienten önskar ett läkemedelsbyte och får ett nytt recept på Voxra 150 mg. Ett e-recept skrivs ut av vuxenpsykiatrins psykonsult.

Läkemedelsbyte blir inte kommunicerat till avdelningen och patienten får ingen information om att recept är skrivet.

5.

Dag 3

Telefonsamtal VUP

Mobila team har telefonkontakt med patienten som anger att hen har inte än börjat med Voxra eftersom han inte fick information om det innan hen gick hem dagen innan. Ingen självmordsbenägenhet framkommer.

6.

Dag 9 till dag 11

Uteblivet besök vuxen psykiatrisk mottagning

Patienten uteblir från det planerade besöket och sjuksköterskan försöker kontakta patienten på fast

och mobil telefon utan svar.

Flera kontaktförsök görs utan framgång. Två dagar senare lyckas sjuksköterskan att kontakta särbo som berättar att patienten har tagit livet av sig.

Personalen bara återkoppla till läkaren om suicidriskpatienter uteblir och man inte får tag i patienten per telefon.

Dag 5

Patienten begår självmord genom hängning redan två dagar efter utskrivningen.

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: Omgivning & organisation, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.

Analysteamet upptäckte två felhändelse:

- Patienten inte fick information om att hens nya recept redan var skrivet.
- Mobila teamet åkte inte ut till patienten när hen uteblev och flera kontaktförsök misslyckades.

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak till felhändelse 1:

Rutinen är inte tillräcklig förankrad hos personalen.

Procedurer/rutiner och riktlinjer

Bakomliggande orsak till felhändelse 2:

Ingen rutin finns att skicka mobila teamet till suicidriskpatienter om dem uteblir och man inte lyckas kontakta patienten per telefon.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Analysteamet upptäckte två bifynd i sitt arbete:

Bifynd 1: Analysteam föreslår diskutera att ser över rutinen att uppföljning av mobila teamet ska ske inom en vecka. Det kan vara bra att för tydligare att tidsramen för uppföljningen ska vara mellan en och sju dagar.

Bifynd 2: Att dokumentera bedömningsverktyg som t.ex. Beskows suicidstege med ja - nej svaren i journalen kan anses som överdrivet. Det tillför inget värde och blir därför inte innehållsrikt i journalanteckningar.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Det går inte att räkna fram vårdskadekostnader i föreliggande händelseanalys.

4.5 Åtgärdsförslag

- Utbilda och uppdatera personal på psykiatrin och medicinkliniken om vilka rutiner som gäller vid läkemedelsordination av olika specialistkonsulter från andra verksamheter.
- Skapa en rutin att mobila teamet alltid ska åka hem till suicidriskpatienter som uteblir och man får inte tag i per telefon eller anhöriga heller.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	11
För analysteam	9
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	2
SUMMA	22

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Åtgärdsförslag ett hanteras bättre om beslut tas om att psykiatrikonsult inte skriver recept vid konsultation. Åtgärdsförslag 2 om obligatoriska hembesök vid uteblivande och samtidig suicidrisk hade inte hindrat det aktuella självmordet. Vi har styrdokument när påtaglig självmordsrisk behöver följas upp och detta styr hur uteblivande, telefonkontakt, anhörigkontakt, hembesök och behov av att ta sig in i patientens bostad skall hanteras. Dessa används vid olika risknivåer och ses över i enlighet med händelseanalysens probleminentifiering. Tätare uppföljning än en vecka hade kunnat vara ett alternativ. Förslaget behöver analyseras med hänsyn till resursåtgång, inskränkt personlig integritet i förhållande till den förmodade preventiva effekten av sådan åtgärd. Dessutom skjuts frågan framåt om man vid sådant obligatoriskt hembesök inte får kontakt så kvarstår problemet och då behöver man på samma grund ta ställning till om lässmed och polis skall användas för att ta sig in i hemmet.

6.2 Återkoppling

Läkargruppens beslut eller uppdatering av redan taget beslut återkopplas till ledningsgrupp och vidarebefordras till verksamhetsråd. Behov av revidering av pm och styrdokument till vidare i verksamhetsledning och processarbete samt jämförs med motsvarande rutiner inom VGR-psykiatri och sprids om ändringar görs.

6.3 Uppföljning

Åtgärden att undvika förskrivning vid psykiatrikonsult utvärderas vid läkarforum i höst.

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