

Kunskapsbanksnummer: KB9190349

Datum: 2019-07-05

Händelseanalys

Ung patient vårdas för komplikationer efter tidigare hopp från hög höjd i suicidsyfte. Suiciderar på sjukhuset.

April 2018

Analysledare:

Område 3
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med händelseanalysen är att förbättra patientsäkerheten för de patienter som vårdas inom verksamheten ortopedi Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande genomförs analysen.

Rapporten handlar om en ung patient med blandmissbruk som tidigare vårdats efter hopp från hög höjd i suicidsyfte. Ådrog sig då bilaterala frakturer i fötter och underben. Inkommer nu 4 månader efter traumat på grund av smärtor och svullna ben. Orsaken till detta visar sig vara blodproppar i bäckenhöjd. Patienten läggs in på en elektiv vårdavdelning på grund av platsbrist på traumaavdelningen. Personal och anhöriga är oroliga för patientens psykiska mående, så ett antal psyk konsulter skrivs, men dessa ger varken patient eller personal det stöd som de upplevde behövdes. Patienten kvarstannar därför på den elektiva vårdavdelningen fram till den morgonen då personal finner hen avliden i sängen. Dödsorsaken har fastställts vara orsakad av läkemedel, både icke ordinerade samt ordinerade.

Under analysarbetet har ett antal felhändelser och förbättringsmöjligheter identifierats.

- Kompetensbrist gällande vård och behandling för patientgrupper utöver de ordinära.
- Brister i kommunikationen/informationen mellan vårdavdelningarnas respektive team inom kliniken, psyk-konsult och socialtjänsten
- Det saknas rutin kring hur patienter rondas/följs upp av ansvarigt team både inom och utom kliniken.
- Se över möjligheten att omfördela klinikens patienter, "rätt patient på rätt avdelning"
- Ej följt gällande lagar och förordningar angående läkemedel och dokumentation
- Brister i omvårdnad/kunskap för denna patientgrupp

Följande åtgärdsförslag har presenterats och godkänts av verksamhetschefen.

- Daglig genomgång av de problem och patientsäkerhetsrisker som finns på avdelningen
- Genomgång av Socialstyrelsens föreskrifter och råd gällande läkemedel och dokumentation på sjuksköterske-möte respektive läkarmöten.
- Rutin upprättas angående hur dessa patienter skall rondas/ följas upp
- Rutin upprättas gällande fördelning/inläggning av klinikens patienter
- Utbildning i hot och våld via lärplattformen för personalen

- Utbildning/föreläsning från psykiatri

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

Syftet med händelseanalysen är att förbättra patientsäkerheten för de patienter som vårdas inom verksamheten ortopedi Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande faktorer till det inträffade samt föreslå åtgärder för att förhindra ett upprepande genomförs analysen.

1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef
Område 3
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2018-09-26

Startdatum: 2018-10-19

komplicerat förlopp, många involverade

1.3 Återföringsdatum

2019-07-05

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 3/Ortopedi
Vice analysledare / Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Säkerhet och kvalitetsutveckling

Vice analysledare /Sjuksköterska

Analysteam-medlem/Psykolog

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område
2/Psykiatri Psykos

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område
2/Psykiatri Psykos

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- Intervju med expert/sakkunnig
- Intervju med närstående
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner
- Kunskapsbanken

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Ung patient med blandmissbruk som tidigare vårdats efter hopp från hög höjd i suicidsyfte. Ådrog sig vid det tillfället bilaterala frakturer i fötter och underben.

Inkommer nu 4 månader efter traumat på grund av smärtor och svullna ben. Orsaken till detta visar sig vara blodproppar i bäckenhöjd. Hen läggs in på en elektiv vårdavdelning där personalen har liten vana att vårda patienter med drogmissbruk, och denna patientgrupps komplexa behov. Anledningen till detta beror på platsbrist på traumaavdelningen. Vid utredningen framkommer att patienten borde ha flyttats över till traumaavdelningen där personalen har större vana att vårda denna patientgrupp. På en elektiv avdelning arbetar man efter en strukturerad vårdkedja och patienterna kan i större utsträckning påverka och planera sin vårdtid och hemgång. På en elektiv avdelning är inte kuratorns roll av den anledningen lika stor som på en traumaavdelning.

Efter några dagars vård är patienten medicinskt färdigbehandlad, och klar för utskrivning. Hen har under vårdtiden blivit av med sitt boende, på grund av det aktiva drogmissbruket, och vårdplanering startar. Utredningen visar att kuratorn borde ha kopplats in då hen fungerar som en länk mellan de olika vårdinstanserna som är involverade i patienten. Vid utredningen uppmärksammas brister i kommunikation och information mellan vårdavdelning och socialtjänst. Kuratorns funktion hade här varit till hjälp.

Efter nästan två veckor på avdelningen upplever personal och närstående oro över patientens psykiska mående och en psyk konsult görs. Personalen önskar råd och stöd i hur de ska vårda patienten.

Patienten vill inte medverka till samtal med psykkonsulten, och på dennes rekommendation görs en orosanmälan till socialtjänsten. En sådan anmälan har också gjorts av anhörig till patienten. Eftersom patienten inte ville medverka avlägsnar sig psykkonsulten utan att ge personalen de efterfrågade råden och stödet. Konsultsvaret följs inte upp av ansvarigt traumateam, på grund av att de rondar i första hand "sin egen" avdelning och därefter i mån av tid de patienter som ligger på klinikens andra avdelningar. Detta leder till brister i omhändertagande och kontinuitet. Då patienten fortsatt mår psykiskt dåligt upprättas tre dagar senare ett vårdintyg, men det avslås. Enligt den psykiatriska bedömningen uppfyller inte patienten kriterierna för tvångsvård.

Drygt en vecka senare upplevs patienten trött och är somnolent, och erkänner att hen tagit egna, inte ordinerade läkemedel. Det verifieras med urinprov. Efter denna händelse skrivs ingen ny psykkonsult. Orsaken till detta kan bero på att patientens symtom inte tas på allvar, och man reflekterar inte över att en ny psykkonsult kunde ge stöd och hjälp då de tidigare konsulterna inte gav de svar som verksamheten efterfrågade.

Vid samma tidpunkt uppmärksammas att patienten även fått läkemedel från den generella behovsordinations-listan som kan förklara tröttheten. Dessa läkemedel borde varit insatta på patientens ordinarie läkemedelslista. Ingen personal ur de olika personalgrupperna har reflekterat över detta. De givna läkemedlen var inte heller dokumenterade och signerade i journalen, vilket är en brist i dokumentation. Orsaken till detta kunde inte utredas, men faktorer såsom tidsbrist, glömska och stress kan ha spelat roll.

Ytterligare ett par dagar senare upplever patienten en del motgångar gällande mobilisering och får dessutom ett negativt besked gällande det kommande boendet som gör hen nedstämd. Beskedet om uteblivet boende lämnas av socialsekreteraren till patienten eftermiddagen före den planerade flytten. Avdelningens personal får samma besked av socialsekreteraren senare på kvällen, men hur kommunikationen har skett och mellan vilka är oklart. Den natten önskar patienten inte bli störd, vilket hen haft önskemål om även vid ett flertal tidigare tillfällen och personalen tillgodoser detta önskemål. Personalen frångår i och med detta rutinen gällande nattlig tillsyn.

Nästkommande morgon hittas patienten livlös i sängen. Personalen larmar efter hjälp. Man påbörjar HLR men utan resultat och patienten dödförklaras efter massiva återupplivningsförsök.

4.2 Bakomliggande orsaker

Vid utredningen fann vi följande bakomliggande orsaker

- Kommunikation & information

Brister i kommunikationen/informationen mellan vårdavdelningarnas respektive team inom kliniken, psykkonsult och socialtjänsten

- Omgivning & organisation

Det saknas rutin kring hur patienter rondas/följs upp av ansvarigt team både inom och utom kliniken.

- Omgivning & organisation

Se över möjligheten att omfördela klinikens patienter, "rätt patient på rätt avdelning"

- Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ej följt gällande lagar och förordningar angående läkemedel och dokumentation

- Utbildning & kompetens

Brister i kunskap/omvårdnad för denna patientgrupp

Kompetensbrist gällande vård och behandling för patientgrupper utöver de ordinära.

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga identifierade

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inte penetrerat

4.5 Åtgärdsförslag

- Daglig genomgång av de problem och patientsäkerhetsrisker som finns på avdelningen
- Genomgång av Socialstyrelsens föreskrifter och råd gällande läkemedel och dokumentation på sjuksköterske-möte respektive läkarmöten.
- Rutin upprättas angående hur dessa patienter skall rondas/ följas upp
- Rutin upprättas gällande fördelning/inläggning av klinikens patienter
- Utbildning i hot och våld via lärplattformen för personalen
- Utbildning/föreläsning från psykiatrin

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	40
För analysteam	40
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	15
SUMMA	95

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Samtliga åtgärdsförslag har godkänts och anses genomförbara av verksamhetschefen.

6.2 Återkoppling

Analysen kommer presenteras på avdelningarnas APT, på läkarmöten, samt delges anhöriga.

6.3 Uppföljning

Verksamheten planerar att genomföra utbildningstillfälle tillsammans med psykiatri för alla yrkeskategorier.

Patientens anhöriga erbjuds samtal efter att de har fått ta del av analysen.

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
HLR	Hjärt lung räddning
Trombos	Blodpropp
Elektiv vård	Planerad vård
Bilaterala	På båda sidor

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf