

Kunskapsbanksnummer: KB9356542

Datum: 2018-04-20

Händelseanalys

Patient söker på psykakuten, går hem och suiciderar.

Augusti 2017

Analysledare:

och Kristina Ehne

Område III

NU-sjukvården

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Uppdrag och syfte är att analysera händelse där patient sökt på akutmottagningen för depression och suicidrisk, blivit bedömd av läkare att kunna gå hem med uppdrag till mobila akutteamet. Patienten suiciderade efterföljande natt.

Analysen noterar att det kan finnas brister i suicidriskbedömningen, samt att det finns brister i dokumentation och i andra kommunikationsvägar för informationsöverföring mellan olika personer och vårdinstanser, samt i bedömning patientens suicidrisk

Det har visat sig svårt att hitta de orsaker som kan ligga bakom dessa brister. Händelsen skedde under semesterperioden, men det var inga överbeläggningar på kliniken och det var ingen stressig miljö på mottagningen enligt intervju med personal. Tjänstgörande bakjour hade dock en hög arbetsbelastning på grund av rådande semesterperiod

Det framkommer att man behöver se över rutiner, riktlinjer för dokumentation samt att mer utbildning i suicidbedömning krävs.

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

Händelseanalys av händelse/avvikelse med nr i Med Control PRO

Patient kommer den 21 augusti 2017 till psykiatrisk akutmottagning med remiss från vårdcentral. Remissförfrågan bedömning av depression, suicidrisk, ångest samt ställningstagande till inläggning. Patient undersöks och bedöms kunna åka hem med uppdrag till mobila akutteamet och återremiss till remitterande vårdcentral. Patienten suiciderar i hemmet samma natt eller tidigt påföljande morgon.

1.1 Uppdragsgivare

Kent Storm, verksamhetschef, psykiatriska slutenvårdskliniken NU-sjukvården.

Område III
NU-sjukvården
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-10-13

Startdatum: 2018-01-22

Försenad start av analys på grund av, vid tillfället, för få analysledare.

1.3 Återföringsdatum

2018-05-17

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

| Roll / titel | Enhet |
|-----------------------------------|---|
| Analysledare / Sjuksköterska | NU-sjukvården/Område III/Administration |
| Vice analysledare / Sjuksköterska | NU-sjukvården/Område III/Vuxen psykiatrisk slutenvård. |
| Granskare/Sjuksköterska | " |
| Granskare/Specialistläkare | " |

3 Metodik

Beskrivningen av händelsen bygger på fakta från:

- Intervjuer med två sjuksköterskor och två läkare.
- Intervjuer med tre anhöriga.
- Granskning av journalhandlingar.

4 Resultat

Patient kommer på akutremiss från vårdcentral till psykiatrisk akutmottagning för bedömning av depressionstillstånd och ställningstagande till inläggning. I remissen står beskrivet att patienten försämrats successivt, flera medicinändringar har gjorts och patienten har fått ökad ångest i samband med dem. Tillkommit impulser/tankar på att till exempel ta för mycket medicin. Patienten känner inte igen sig själv. Efter läkarsamtal revideras patientens medicinering. Patienten blir inte inlagd, utan bedöms kunna gå hem med återremiss till vårdcentral. Patienten bedöms ha gott stöd av sina anhöriga och villkoret för hemgång är att hen vistas hos dem. Uppdrag skrivs till psykiatriskt akut mobilt team för kontakt och förnyad suicidbedömning per telefon samma kväll. Under det telefonsamtalet föreslår sjuksköterska på mobila teamet hembesök, vilket patienten avböjer. Under följande natt suiciderar patienten.

Bakomliggande orsaker som identifierats är brister i rutiner, kommunikation och utbildning.

Åtgärdsförslagen innebär översyn av befintliga rutiner och utbildningsinsatser.

4.1 Händelseförlopp

Händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i samband med faktainsamling.

170821

Patient kommer på remiss från vårdcentral till psykiatriskt akutmottagning för bedömning av depression, suicidrisk, ångest och ställningstagande till inläggning. Efter samtal med läkare bedöms patienten kunna gå hem med uppdrag till psykiatriskt akut mobilt team att göra suicidriskbedömning per telefon. Det skrivs även återremiss till vårdcentral.

1.

170821

eftermiddag

Mottagningsjuksköterska på psykiatriska akutmottagningen pratar med vårdcentralsläkare som ringer och vill boka tid för patienten. Patient och anhörig anländer till mottagningen före bokad tid med remiss från vårdcentralen, för bedömning och ställningstagande till inläggning. Sjuksköterskan samtalar med patient och anhörig i väntrummet, informerar om att hen inte vill att patienten lämnar mottagningen (som är låst) före läkarbedömning, samt ger patienten ett självskattningsformulär om depression att fylla i (MADRS-S).

Felhändelse

1. Sjuksköterskans muntliga rapport till läkaren finns inte med i läkarens dokumentation.
2. Dokumentation från sjuksköterskan saknas.

2.

170821

Eftermiddag

Patienten och patientens anhörig träffar tillsammans Läkare 1 (primärjournen) på psykiatriska akutmottagningen för bedömningssamtal. Patienten uppger psykiskt illabefinnande med mörka tankar och dödsönskan, men enligt läkarens anteckningar förnekar hen att hen har suicidplaner. Skattning med MADRS-S visar 35 poäng med sömnmedicin och 39 utan, vilket är en väldigt hög negativ skattning.

Läkare 1 konsulterar Läkare 2 (bakjournen) vid ett eller flera tillfällen i samband med samtalet. Beslutas om att höjning av antidepressiv medicin, samt insättning av ångestdämpande läkemedel ska prövas innan inläggning blir aktuell. Bedöms att patienten ska gå hem, ska vistas tillsammans med sina anhöriga. Telefonuppdrag för samma kväll skrivs till det mobila akutteamet. I uppdraget ingår att göra bedömning av suicidrisk och ångestnivå. Sjuksköterskan som patienten har pratat med på

mottagningen har en avvikande uppfattning om beslutet att inte lägga in patienten, vilket hen framför. Läkaren tar in patient och anhörig på ännu ett samtal, men beslutet om hemgång står fast.

Felhändelse.

1. Patienten bedömdes ha låg suicidrisk. I journaldokumentationen saknas uppgifter om suicidplaner som anhöriga och sjuksköterskan på mottagningen i intervjuerna uppgivit att de lämnat till Läkare 1 vid besöket.
2. Kontakt tas inte med psykiatrisk öppenvårdsmottagning, dit remiss också skickats från vårdcentral, för att påskynda återbesök där. Det framgår inte av akutremissen till psykiatriska akutmottagningen att remiss tidigare gått till öppenvårdsmottagning och det är oklart om remissen hade hunnit registreras där.
3. Uppdraget till mobila akutteamet är ett telefonuppdrag. Enligt klinikens praxis ska suicidriskbedömningar göras via hembesök. Patienten var helt okänd för psykiatrin och de personer som skulle ringa upp och göra bedömningen hade aldrig träffat hen.

3.

170821

Kl. 18.44

Sjuksköterska på mobilt akutteam ringer upp patienten enligt uppdrag. Hen har fått en muntlig överrapportering av ärendet från tjänstgörande sjuksköterska på psykiatriska akutmottagningen. Sjuksköterskan på mobila akutteamet hittar inget diktat från dagens läkarbesök inskrivet i journalen. Patienten uppger sig vara besviken på att inte blivit inlagd. Nöjd med medicinering, men berättar att hen har erfarenhet av försämring vid höjning. Sjuksköterskan föreslår hembesök samma kväll, men patienten avböjer. Fortsatt planering är kontakt med eventuellt hembesök påföljande kväll.

Felhändelse

1. Det saknas dokumentation av överrapportering mellan sjuksköterskorna på mottagning och akuta mobila teamet.
2. Vid tidpunkten för sjuksköterskans kontakt med patienten fanns ett diktat från läkarbesöket att lyssna på, men det var inte utskrivet av sekreterare ännu. Sjuksköterskan lyssnade inte på diktatet.

170821

Kväll/natt

Patienten suiciderar under natten.

Kunskapsbanksnummer: KB9356542

170822

När mobila akutteamet startar sitt arbetspass på eftermiddagen och sjuksköterskan är i tjänst igen, ringer hen upp patienten som planerat, för att stämma av inför det eventuella hembesöket samma kväll. Patienten svarar inte, så sjuksköterskan ringer anhörig. Anhörig uppger att patienten suiciderat under natten. Sjuksköterskan erbjuder enligt rutin stöd till anhöriga, vilket de avböjer.

Ingen felhändelse

4.2 Bakomliggande orsaker

Kommunikation & information

Otydlighet/brister i hur det kommuniceras att remiss gått till fler än en vårdinstans inom samma klinik.

Bristande dokumentation

Omgivning & organisation

Otydlighet i den administrativa rutinen för remissöverföring mellan vårdcentral och psykiatrisk öppenvård.

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Viktigt med repetition/utbildning av personal om rutiner för dokumentation av suicidriskbedömning.

Utbildning & kompetens

Otillräcklig utbildningsinsats till personal om suicidriskbedömningar.

I följande orsaksområden har inte någon bakomliggande orsak kunnat identifieras:

Teknik, utrustning & apparatur

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Bifynd 1: 170914 ringer chef på aktuell vårdcentral till sekreterare på psykiatriska akutmottagningen och efterfrågar remissvar på remiss skriven av vårdcentralsläkaren till psykiatriska akutmottagningen 170821. Sekreteraren hittar inget svar, vare sig utskrivet eller i diktatform och kontaktar därför Läkare 1 som dikterar ett svar. Vid samma tillfälle uppdagas också att återremissen som skickats per post från psykiatriska akutmottagningen till vårdcentralen inte har kommit fram.

Kommentar [GC]: Komplettera med vilken rutin som avses

Kommentar [GC]: Komplettera med vilken utbildning som avses

Bifynd 2: Klinikens processriktlinjer för deprimerade patienter innehåller information om GAF-skattning, trots att GAF inte längre används.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Inte beräknat i denna analys

4.5 Åtgärdsförslag?

- Det finns rutiner för diktering, vilket innebär att läkaren ska göra bedömning om det ska vara hög eller låg prioritet på diktat. Rutinen behöver eventuellt ses över och påminnas om.
- Införa rutin att mobila akutteamet ska lyssna på diktat om de inte hunnit skrivas ut.
- Se över klinikens utbildningsinsatser gällande suicidriskbedömning och hur uppdrag till mobila akutteamet ska skrivas.
- Se över rutin för hur remisser skickas och tas emot.
- Undersöka möjlighet till elektronisk remissöverföring.
- Se över rutiner för dokumentation.
- Ta mer hjälp av anhöriga för att få så mycket information så möjligt till bra bedömning.

5 Tidsåtgång

| Tidsåtgång | Tid i timmar |
|---|--------------|
| För analysledare | 2530 |
| För analysteam | 3 |
| För involverade (intervjuer, återkoppling etc.) | 7 |
| SUMMA | 3140 |

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Tagit del av analysen och ställer mig bakom föreslagna förbättringsåtgärder. Vill också lägga till att rutin skall tas fram för att säkerställa att insats från akutteamet är hembesök, och inte telefonkontakt, när det är patient som sedan tidigare är okänd för oss och där vi inte i bedömningen kan använda oss av någon historik kring patienten.

6.2 Återkoppling

Återföring av analysen till inblandad personal görs genom verksamhetschef och analysledare.

Återföring till närstående görs genom verksamhetschef, chefsöverläkare och analysledare.

6.3 Uppföljning

Uppföljning av att befintliga och nya rutiner görs genom att 30 slumpvis utvalda journaler granskas om ca sex månader.

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