

Kunskapsbanksnummer: KB9661596

Datum: 2018-08-31

Händelseanalys

Patienten hänger sig i bälte, brister i anslutande HLR utförande

Oktober 2017

Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Analysen avser en äldre patient som inkommer till sjukhuset på remiss från vårdcentralen och skrivs in på psykosavdelningen på grund av platsbrist på allmänpsykiatrisk avdelning. Orsak till inläggning är patientens förhöjda ångestnivå med psykomotorisk oro, tvångstankar och dödstankar. Patienten har dessutom balansproblem enligt egna ord efter prostataoperation 14 dagar innan och har en urinvägskateter insatt. Han har även sedan tidigare en bekräftad hjärninflammation (encefalit). Patienten behandlades tidigare inom psykiatrin på grund av depression 1989 och 2004 där patient även gjort ett självmordsförsök på avdelningen. En ECT-behandling (electroconvulsive therapy) genomfördes 2004.

Efter knappt tre veckor på avdelningen försöker patienten ta sitt liv genom att hänga sig i ett bälte på sitt rum, där han upptäcks av städerskan som larmar personal. Hjärt- och lungräddning startas snabbt och ambulans tillkallas till platsen och tar med patienten till somatisk akutvårdsavdelning på annan ort. Några timmar senare avlider patienten där.

Under vårddagen flyttas patienten från psykosavdelning till allmänpsykiatrisk avdelning. Omvårdnadspersonalen har haft en ökad tillsyn till patienten utan en direkt läkarordination, då en oro fanns att patienten skulle skada sig. I journalen kan utläsas en försämring av patientens tillstånd under vårddagen.

Analysgruppen tycker att det genomgående under vårdtillfället finns en brist på kommunikation mellan vårdpersonal och läkare samt att en helhetssyn på patienten saknas. Brister har också identifierats kring dokumentation i journal, där rutiner inte följts helt. Analysteamet vill gärna uppmärksamma att bristen på dokumentation är ett genomgående problem inom psykiatrin och att cheferna har letat, utan framgång, efter någon som kan utbilda.

Kompetens saknas kring patienter med allvarliga somatiska tillstånd och hur akutvagnen är utrustad och placerad.

Rutin av att säkerställa att patient inte har bälte med sig till avdelningen följdes inte saknas.

Analysteam föreslår:

Utbildning om vikten av att följa rutinen både när det gäller dokumentation och handhavande av patienter med självmordsrisk.

Utbildning om vikten av att ha en bra kommunikation mellan olika yrkeskategorier.

Upprätta rutin kring utbildning av akutvagnen och dess utrustning.

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	9
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	10
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	10
4.5	Åtgärdsförslag.....	10
5	Tidsåtgång	10
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
6.1	Åtgärder.....	11
6.2	Återkoppling	11
6.3	Uppföljning	11
7	Ordförklaringar	12
8	Bilagor.....	13

1 Uppdrag

Syftet med analysen är att utreda om vården fullföljt sitt uppdrag eller skulle agerat på annat sätt för att förhindra vårdskada.

1.1 Uppdragsgivare

Område M
Skaraborgs Sjukhus
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2017-11-14

Startdatum: 2017-12-11

1.3 Återföringsdatum

2018-09-10

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

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

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelsesrapport
- Intervju med direkt/indirekt involverad personal (läkare, sjuksköterska, skötare och ambulansförare)
- Intervju med närstående (sonen)
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner (dokumentation, patienter med hög självmordsrisk samt handhavande av akutvagnen och dess utrustning).

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Dag 1

En äldre patient skrivs in på psykos på grund av platsbrist på allmänpsykiatrin. Inskrivningsorsaken är ångest, tvångstankar och dödstankar. Har även balansproblem efter en operation 14 dagar innan. Ökad självmordsrisk. Tidigare behandling på grund av depression 1989 och 2004 (suicidförsök på avdelning). ECT behandling 2004. Verifierad TBE infektion i höstas. Patient har en urinvägskateter sedan en prostataoperation två veckor innan.

1.

Dag 2 Läkarsamtal

Patient uppger att hans problem är svårigheter med balansen sedan den 27/9. Han uppger att han haft självmordstankar.

Framkommer också att patient har en TBE-infektion och en LP (lumbalpunktion) ska genomföras.

2.

Dag 3 Lumbalpunktion

Lumbalpunktion (punktion av ryggmärgsvätska) på grund av TBE infektion. Cellräkning kunde inte genomföras då proverna blev stående och därför för gamla.

Felhändelse: Felaktig hantering av prover.

Orsak: Ingen dokumentation om provtagningen. Brist i dokumentation.

Kunskapsbanksnummer: KB9661596

Bakomliggande orsak: Rutinen om dokumentation följdes inte.

3.

Dag 3 Rondanteckning

Cellräkning kunde inte genomföras då proverna blev för gamla då laboratoriet inte fick någon beställning.

Felhändelse:

1. I remissen framgick inte vilken analys som skulle göras?
2. Remittent finns inte i journal.

Orsak: Brist i dokumentation samt kommunikation.

Bakomliggande orsak:

1. Rutinen om dokumentation följdes inte.
2. Bristande kommunikation om vem som skulle skicka remissen.

4.

Dag 3 till dag 4 Flytt

Patienten flyttas från psykos till allmänpsykiatrisk avdelning.

Felhändelse: Finns ingen dokumentation om att patient flyttas till allmänpsykiatrisk avdelning i journalen.

Orsak: Brist i dokumentation

Bakomliggande orsak: Rutin om dokumentation följdes inte.

5.

Dag 4 Avvikelse

Avvikelse skrivits då personal hittar 2 rakhyvlar på sängbordet.

6.

Dag 8 Läkarsamtal

Patient får information om sin TBE infektion. Patient är mycket ångestladdad och självmordsrisken bedöms som förhöjd. Byte av antidepressiv medicinering från serotoninåterupptagshämmare till Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare, Duloxetin.

Felhändelse: För lång tid mellan läkarsamtal trots omvårdnadspersonalens dokumenterade oro.

Orsak: Brist i kommunikation mellan omvårdnadspersonal och läkare. Detta beror på brist i läkarkontinuitet samt att ingen i omvårdnadspersonalen har haft personlig kontakt med läkare om patientens försämrade mående enligt journal.

Bakomliggande orsak: 1. Ordinarie läkare är sjukskriven
 2. Brist i kommunikation.

7.

Dag 12 Skötare-samtal

Suicidstegen görs (bedömningsinstrument för självmordsrisk). Det framkommer att patient känner sig nedstämd och har dödstankar.

Felhändelse: Ingen uppföljning av medicinjustering görs, trots fortsatt hög ångestnivå och nedstämdhet. Ingen uppföljning av självmordsbedömning.

Orsak: Ingen ny läkarkontakt tas

Bakomliggande orsak: Brist i kommunikation

8.

Dag 15 Stödsamtal Sjuksköterska

Patient vill först inte medverka i stödsamtal och suicidstege. Han ändrar sig men avbryter samtal efter två frågor. Suicidstege kan därför inte utföras. Patient bedöms som deprimerad och har en hög självmordsrisk.

9.

Dag 15 Läkarsamtal

Närvarande: patient och sonen. Ingen större skillnad i patientens mående framkommer. Läkare funderar på att omvärdera behandlingsstrategin till ECT-behandling.

Felhändelse

Läkare verkar inte ha tagit del av omvårdnadspersonalens journaldokumentation kring patient, där en försämring kan utläsas.

Inga bakomliggande orsaker kunde identifieras.

10.

Dag 17

Patient tappar balansen och faller bakåt och hamnar på golvet. Patient nekar till att ta blodtrycket.

11.

Dag 18

Patient vill inte ta blodtrycksmedicin på morgonen med går med att ta dem på eftermiddagen.

Duloxetindosen höjs i väntan till ECT behandlingsstart.

Personal misstänker begynnande vanföreställningar med somatisering.

12.

Dag 21

Patient klagar på lågt sittande buksmärtor, troligen på grund av stopp i urinvägskatetern. Kontakt tas med urologen som rekommenderar att avveckla katetern och PM (instruktioner) ska följas.

Innan läkare kommer drar patient själv ut sin kateter, inga ytliga skador syns. Patient tappas med engångskateter då han är orolig för att inte kunna tömma urinblåsan.

13.

Dag 21

Patienten utför ett hängningsförsök med bälte på sitt rum. När städerska hittar honom och kallar på hjälp är patient medvetslös och andas inte. Hjärt- och lungräddning (HLR) påbörjas direkt och ambulansen larmas. Efter 3:e dosen adrenalin har patienten puls.

Felhändelse

1. Akutvagnen-personal vet inte vad som finns på akutvagnen och därför tog det längre tid att hitta rätt utrustning.

2. Bälte-patient hade bälte på sig trots hög suicidrisk.

Orsak

1. HLR är en ovanligt förekommande händelse på psykiatriska vårdavdelningar, då det vårdas få allvarligt somatiskt sjuka patienter.
2. Patienten var svårbedömd

Bakomliggande orsak:

- 1.1 Bristande praktisk kompetens hos omvårdnadspersonalen
- 1.2 Rutin kring utbildning av personal kring akutvagnen och dess utrustning finns inte
- 2.1 Rutinen att patienter med hög självmordsrisk inte ska ha bälte på eller med sig följs inte.

Dag 21

Patient i behov av intensivvård.

Ambulans för patient till akutvårdsavdelning, där patienten dog samma dag.

Bättre kommunikation bland alla involverade kunde möjligen ha resulterat i att undvika utfallet. Samma gäller även för att man inte följde rutinen angående bälte.

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:
Procedurer/rutiner & riktlinjer och Teknik, utrustning & apparatur.

1. Ovanligt förekommande händelse

Kommunikation & information

Bakomliggande orsak

Brist i kommunikation

Omgivning & organisation

Bakomliggande orsak

Ordinarie läkare är sjuk

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak

Rutinen följdes inte

Utbildning & kompetens

Bakomliggande orsak

Bristande praktisk kompetens vid allvarliga somatiska sjukdomstillstånd

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Analysgruppen tycker att det genomgående under vårdtillfället finns en brist på kommunikation mellan vårdpersonal och läkare samt att en helhetssyn på patienten saknas. Dessutom tycker analysgruppen att man inte har använt journalen som det kommunikationsmedel som det är tänkt att användas.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Ej aktuellt.

4.5 Åtgärdsförslag

- Utbildning om vikten av att följa rutinen för dokumentation.
- Utbildning om vikten av att följa rutinen att patienter med hög självmordsrisk inte ska ha bälte på eller med sig.
- Regelbunden kontroll av akututrustningen
- Utbildning av personal i kommunikation på exempelvis APT
- Utbildning av personal i akutvagnen och dess utrustning
- Skapa en rutin till utbildning av personal kring akutvagnen och dess utrustning

Följande åtgärd har vidtagits omedelbart: Genomgång av akututrustningen

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	30
För analysteam	16
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	51

6 Uppdragsgivarens kommentarer

Verksamheten kommer att arbeta vidare med att både implementera och tydliggöra de rutiner som finns. Analysteamet lyfter fram flera viktiga aspekter i den genomförda händelseanalysen, dock ser jag inte att vi behöver tillskapa nya rutiner utan snarare tillse att det som finns används.

6.1 Åtgärder

Verksamheten kommer från och med årsskiftet inte använda sig av bemanningsläkare utan vi har istället tills vidare anställda läkare för att säkra kontinuitet, kompetens och tillse att god kännedom finns avseende rutiner.

Rutin finns kring HLR-utbildning, denna implementeras och efterföljs.

Kontinuerligt gå igenom rutiner kring journalföring vid rond kommer att följas upp på APT och vid markörbaserad journalgranskning.

Kontinuerligt gå igenom rutiner gällande för patienter med hög självmordsrisk – inte ha tillgång till föremål som ger möjlighet till självskada.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysledare och läkarchef/chefsöverläkare ihop med enhetschef gör besök på arbetsplatsen under november månad för att gå igenom och tydliggöra/återkoppla kring rutiner som påtalas ovan.

6.3 Uppföljning

Användandet av bemanningsföretag ses över och följs upp kvartalsvis, från årsskiftet kommer bemanningsläkare inte användas inom verksamheten.

HLR-utbildning ska ske en gång/år.

Journalföring vid rond så kallade rondanteckningar kommer att följas upp genom markörbaserad journalgranskning 2 gånger/år.

Gå igenom rutiner gällande för patienter med hög självmordsrisk – att dessa inte har tillgång till föremål som ger möjlighet till självskada sker kvartalsvis.

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
Somatisering	Symtom som inte kan tillskrivas en organisk sjukdom
PM	En promemoria, latin "för minnet", en sammanfattad redogörelse för ett avgränsat ämne.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf