



Beskyttelse af selvmordstruede patienter
fysiske rammer og patientsikkerhed



Med afsæt i viden og erfaringer fra nationale og internationale kilder har vi i dette hæfte samlet en række forslag til tiltag, der kan bidrage til øget patientsikkerhed. Vi håber, at hæftet vil blive anvendt som led i planlægning af nyt sygehusbyggeri eller ved renovering af ældre bygninger på de danske sygehuse.

Hæftet er en del af projektet "Sikker Patient", som er et samarbejde mellem TrygFonden smba (TryghedsGruppen smba) og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

*Dansk Selskab for Patientsikkerhed
marts 2010*

Indhold

Forord	4
Introduktion	6
Epidemiologi	8
Er selvmord og selvmordsforsøg en utilsigtet hændelse?	14
Forebyggende tiltag mod hængning	16
Forebyggende tiltag mod kvælning	32
Forebyggende tiltag mod udspring	34
Forebyggende tiltag mod selvskade	38
P.S.	41
Referencer	43

Forord

”Similar to experiences in safety and quality improvement no single environmental design interventions will produce significant and sustainable results. Design interventions should be part of an integrated set of changes containing several components that are implemented together”.

Kilde: Using Evidence-Based Environmental Design to Enhance Safety and Quality.
Institute for Healthcare Improvement. Innovation Series 2009

Når det gælder om at beskytte patienter mod skade ved selvmordsforsøg eller forhindre død ved fuldbyrdet selvmord, har det afgørende betydning, at læring fra utilsigtede hændelser bliver anvendt til at forebygge lignende hændelser. Herved bliver det muligt at opnå øget patientsikkerhed.

Naturligvis drejer forebyggelse på dette område sig først og fremmest om klinisk intervention; men stærk psykisk ustabilitet, følelse af håbløshed eller pludselige impulser kan få patienter – i såvel psykiatriske som somatiske afdelinger – til at planlægge, forsøge eller gennemføre selvmord. Her har de fysiske rammer særlig betydning.

De hyppigst anvendte metoder til selvmord eller selvmordsforsøg på et sygehus er hængning, omsnøring af halsen og spærring af luftveje, der medfører kvælning, samt udspring. Hængning kan ske ved brug af rynkeband og snore fra gardiner eller

persienner eller patientens eget tøj – fx jakkesnor, livrem eller nylonstrømpe, der bliver bundet fast til rørføringer, hængsler, brusearmaturer eller stænger til bruseforhæng. Omsnøring kan ske ved anvendelse af ledninger fra radioer, tv og lamper. Spærring af luftveje sker typisk ved at tage en plastikpose over hovedet og snøre den fast om halsen. Udspring sker fra vinduer, altaner, gangbroer eller i trappeopgange.

Da det kan være vanskeligt at vurdere, om en patient er selvmordstruet, er beslutninger i forhold til design og indretning et aspekt af beskyttelse af patienterne. Dette er især relevant for afdelinger og afsnit, der skal rumme psykiatriske patienter, men også i somatisk regi og generelt giver det mening at overveje barrierer på dette område.



Introduktion

Fra lægens perspektiv:

"... saalænge altsaa Hensynet til forebyggelsen af en Ulykke ikke som en Indicatio Vitalis må trænge andre Hensyn til side for at hindre Patienten i at udføre sit fortsæt, saalænge er det også en mislig Sag at gjøre meget følelige Indskrænkninger i den personlige Frihed, Patienten efter sin øvrige Tilstand har naturligt Krav paa".

Sådan skrev overlæge Harald Selmer i årsberetningen fra 1863 for Den Nørrejdyske Helbredelsesanstalt for Sindsyge i Riis Skov på baggrund af, at to kvinder i "et Øjeblikks Eensomhed" i halvt knælende stilling havde hængt sig i dørgrebet på latrinet.

Selmer var optaget af fænomenerne renlighed og urenlighed og gjorde sig mange overvejelser om den tekniske og rumlige indretning af latriner, der på den ene side skånedes patienten mod "Pinligheden af en personlig Opsigt", og på den anden side tilgodeså observation af de isolerede patienter, der var til fare for sig selv og deres omgivelser.

Kendetegn for Harald Selmer var også fremsynethed, da han sammen med arkitekten Gottlieb Bindesbøll planlagde det nye hospital: Især smukke bygninger og udsigt til den omgivende natur og den skønne have, antog man, kunne være befordrende for helbredelse af sindssyge.

Harald Selmer kendte ikke til, hvad vi i dag kalder "helbredende arkitektur", men alligevel lå dette indlejret i byggeriet, idet anstalten i Riis Skov skulle fremtræde smuk og værdig, hjemlig og hyggelig, og den måtte på ingen måde ligne et fort eller fængsel.

Ej heller kendte Selmer til begrebet patientsikkerhed, men han tog beslutninger, der kunne beskytte patienterne mod skade, fx skulle hjørner være rundet af, så de afsindige ikke blev skadet, når de blev slæbt rundt (1).

Harald Selmers overvejelser fra for snart 150 år siden kan omsættes til nutiden i såvel psykiatriske som somatiske afdelinger. I dag eksisterer samme dilemma, idet patienter på en og samme tid har behov for privatliv og respekt for naturlig blufærdighed samt behov for et højt observationsniveau, når sygdomstilstanden indikerer dette.

Dette dilemma er nærværende i kliniske vurderinger af, hvorvidt en patient er selvmordstruet eller ej og dermed beslutninger om observationsniveau samt beskyttende foranstaltninger i de fysiske rammer.

I forhold til design og indretning er dette dilemma relevant, idet elementer af "helbredende arkitektur" nødvendigvis må forenes med konkrete tiltag, der beskytter patienterne mod skade, men uden at de fysiske rammer får et markant institutionelt præg.

Epidemiologi

Siden 2004 har det været obligatorisk for sundhedspersoner at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), der drives af Sundhedsstyrelsen. Datagrundlag i denne database er hovedsagelig kvalitativt, idet rapportøren i fritekst beskriver selve hændelsen, de formodede årsager, konsekvenser for patienten samt forslag til, hvordan gentagelse kan undgås.

De enkelte rapporter går fra rapportøren direkte til den/de ansvarlige for patientsikkerhed på det sygehus og i den region, hvor hændelsen skete. Her varetager man sagsbehandling og analyse, hvorefter rapporten i anonymiseret form sendes til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen gennemgår herefter materialet, der er fremsendt fra regionerne med henblik på at sikre formidling nationalt. Det sker i form af nyhedsbreve, temarapporter, obs-meddelelser og andet informationsmateriale, der offentliggøres på www.dpsd.dk.

Af årsrapport for 2009 fra DPSD (2) fremgår det, at der blev indsendt 166 rapporter vedrørende selvmord og selvmordsforsøg.

85 af disse rapporter – 54 selvmord og 31 selvmordsforsøg – var analyseret mere dybtgående med henblik på at uddrage læring og iværksætte forebyggende tiltag. 25 af de fuldbyrdede selvmord forekom, mens patienterne var indlagt i psykiatriske afdelinger, heraf skete de 17 hændelser i afdelingen eller på sygehuset, mens de øvrige otte skete under udgang eller hjemmebesøg. To selvmord skete i somatisk afdeling.



I alt 12 selvmordsforsøg, der alle havde væsentlige konsekvenser for patienten, skete i selve afdelingen, mens patienten var indlagt.

De anvendte metoder var hængning, drukning, kvælning ved brug af plastikpose, spring fra højder, overskæring af pulsårer, kulilteforgiftning eller overdosis medicin.

Baseret på rapporterede hændelser i 2004, 2005 samt januar 2006 udgav Sundhedsstyrelsen i 2006 en temarapport vedrørende selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse (3). Heraf fremgår det, at 26 rapporter omhandlede selvmord i psykiatrisk afdeling og fem rapporter selvmord i somatisk afdeling. I samme periode blev der rapporteret henholdsvis 50 selvmordsforsøg i psykiatrisk afdeling og to i somatisk afdeling. Ser man nærmere på de hændelser, der involverede fysiske rammer i psykiatriske afdelinger, var hængning, udspring og brug af plastikpose hyppigst forekommende. I somatisk regi skete hændelserne ved udspring fra vindue på sengestue eller fra trappegang. Fra ovennævnte temarapport kan refereres følgende eksempler på kvalitative data:

"Patienten blev indlagt på lukket afdeling efter at have snittet sig overfladisk. Patienten vurderedes nærpsykotisk, specielt var der mistanke om paranoide forestillinger, men blev ikke vurderet til at være selvmordstruet. Virkede bange og ville ikke gerne være alene på stue. Patienten blev fundet død på stuen to timer efter indlæggelsen. Havde hængt sig i livrem fastgjort til dørhåndtag".

”En destruktiv patient med mange tidligere selvmordsforsøg henvendte sig i skadestuen på grund af selvmordstanker. Blev tilbudt overnatning med henblik på vurdering af indlæggelse. Gik på badeværelse og forsøgte at hænge sig i bruserslange”.

”En ældre patient blev indlagt på medicinsk afdeling. Var forvirret og opkørt. Gik rastløs rundt i afdelingen. Patienten var hallucineret. Tog om natten overtøj på og vandrede rundt på gangen. Blev ledt ind på stuen. Patienten sagde, at hun ville gå i seng. Sprang senere på natten ud af vinduet på stuen. Hun døde af kvæstelserne”.

International litteratur vedrørende patientsikkerhed giver yderligere oplysninger som supplement til de danske tal.

Eksempelvis forekom der i USA i 2001 i alt 30.622 selvmord, heraf omkring 1.500 blandt indlagte patienter. Det fremgår af en artikel, som hospitalskæden Veterans Affairs offentliggjorde i 2008 (4). I artiklen refereres til en gennemgang af 185 rapporterede hændelser, hvoraf 42 omhandlede fuldbyrdede selvmord og 143 selvmordsforsøg. 52 % af det totale antal hændelser forekom, mens patienten var indlagt i psykiatrisk afdeling.

De hyppigst anvendte metoder var overdosis medicin, anvendelse af skarp genstand samt hængning. De udgjorde 71 % af det totale antal hændelser. Garderobeskabe og døre blev typisk anvendt i forbindelse med hængning. Hvad angår udspring, skete det fra altaner og gangbroer.

En rapport fra den britiske organisation National Patient Safety Agency (5) nævner, at der i 2003 forekom 4.860 selvmord i England og Wales, heraf 179 hændelser blandt indlagte patienter.

32 selvmord blandt indlagte patienter indgik i rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, heraf forekom de 22 på selve hospitalet, mens de øvrige skete under udgang eller ved absentering (rømning). 14 af de 22 selvmord forekom i afdelingen, heraf syv på



sengestuen, seks på badeværelset og et i fælles arealer. Tre hændelser forekom på hospitalets område, og i fem tilfælde var stedet ukendt.

De hyppigst anvendte metoder var hængning ved anvendelse af snørebånd, tørklæder eller bæltter, bundet til døre, vinduer, loft eller stænger. I rapporten er der givet flere eksempler, fx dette:

"A patient was found tied with a silk scarf, hanging from a curtain rail. Attempts to resuscitate the patient failed. Prior to the incident the patient had disconnected the rail and positioned it on the door, so that it would not collapse. The patient had been on a 15 minute observation programme and had timed the suicide to be in between observation points, and also at the handover of care between shifts when fewer staff was circulating the ward".

Med afsæt i de epidemiologiske data skal fokus for indretning og design af fysiske rammer være rettet mod sengestuer og badeværelser, især i psykiatrisk regi. I den forbindelse må der naturligvis skelnes mellem åbne og lukkede afsnit.

Endelig er det væsentligt at overveje, hvordan vinduespartier, trappeopgange og eventuelle gangbroer kan designes, så de beskytter mod såvel udspring som faldulykker, men samtidig giver mulighed for udluftning samt oplevelsen af "ikke at være spærret inde".



Er selvmord en utilsigtet hændelse?

En utilsigtet hændelse er en ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller medfører risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Spørgsmålet er, om selvmord eller selvmordsforsøg kan siges at være en utilsigtet hændelse eller udløst af patientens underliggende sygdom.

Uagtet sådanne overvejelser, vil der altid være tale om en utilsigtet hændelse, hvis en indlagt patient begår selvmord eller forsøger dette, hvad enten det sker i en psykiatrisk eller somatisk afdeling. Når en patient er i hospitalets varetægt, skal den pågældende være beskyttet mod at skade sig selv. I den forbindelse har klinisk intervention størst betydning. Herudover er det vigtigt at være fremsynet og indrette de fysiske rammer – især i psykiatriske afdelinger - med patientsikkerhed for øje. Dog må man erkende, at:

"It is unrealistic to believe that all suicides can be prevented on inpatient psychiatric units. However because these facilities treat patients who are at risk of violent, self-destructive behaviour, it is important to take reasonable precautions to avoid a foreseeable tragedy.

The physical environment of inpatient unit is the most frequently identified root cause of suicide, and the evaluation of these risks is less likely to be a focus of medical training. Greater attention to the physical environment represents an important way to decrease the overall risk" (6).



Forebyggende tiltag mod hængning

Med afsæt i epidemiologien kan man konstatere, at hængning – typisk på patientstuen eller i badeværelset – er den hyppigst forekommende metode, som patienter anvender til selvmord eller selvmordsforsøg.

Hængning er en form for strangulation, hvor det er legemsvægten, der bevirker stramning af en løkke eller strik (ligatur), hvorved halsen komprimeres og blodcirkulation til hjernen stopper. Man kan skelne mellem komplet hængning, hvor legemet hænger frit og inkomplet hængning, hvor fødder, knæ eller sæde støder mod underlaget (7). Begge former for hængning er forekommet og rapporteret som utilsigtede hændelser.

Erfaringer fra rapporterede utilsigtede hændelser, suppleret med litteraturgennemgang (8, 9, 10, 11) giver et billede af de ligaturer, som patienten selv kan medbringe, og som kan forefindes i afdelingen.

Endvidere er nævnt de typisk anvendte ligaturpunkter, det vil sige de steder, hvor patienten kan fastgøre ligaturer.

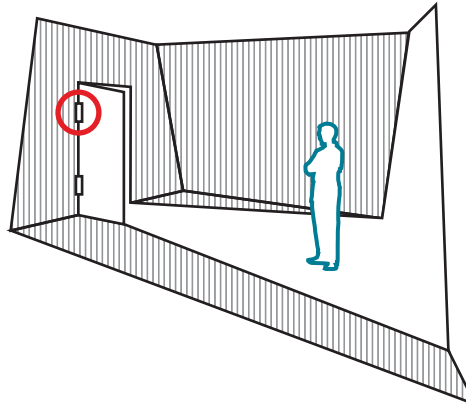
Typisk anvendte ligaturer

- BH
- Bælte, fx til badekåbe eller kjole
- Livrem
- Nylonstrømpe (strømpebukser)
- Pyjamasbukser
- Skjorte
- Snor, fx fra jakke, anorak, bukser
- Snørebånd
- Taskerem
- Tørklæde
- Bruseforhæng
- Gardin
- Gardinsnor (rynkebånd)
- Håndklæde
- Lagen (revet i stykker)
- Ledning, fx til lampe, radio, tv, computer, telefon, patientkald
- Persiennesnor
- Strop, bånd og bændel
- Plastikpose (klippet i strimler)

Typisk anvendte ligaturpunkter

- Blandingsbatteri
- Brusearmatur
- Bøjlestang (garderobe)
- Dørgreb
- Gardinstang
- Gelænder
- Hængsel
- Håndtag, fx på garderober
- Håndgreb eller håndliste
- Krog, fx til håndklæde eller tøj
- Lampe
- Radiator, inkl. radiatortermostat
- Ribbe (til motion)
- Rist (ventilationskanal)
- Rækværk
- Rørføringer
- Seng
- Skabslåge
- Sprinkler
- Stang til sengeforhæng
- Stang til bruseforhæng
- Vindueshasper

Hængsler



En utilsigtet hændelse

Patienten viklede et bændel flere gange om halsen. Bændlet var fastgjort til det øverste hængsel på indersiden af døren til sengestuen. Patienten blev genoplivet, men afgik senere ved døden.

En lignende hændelse "The Dangerous Detour" er refereret på hjemmesiden Web M&M Morbidity and Mortality Rounds on the Web (12).

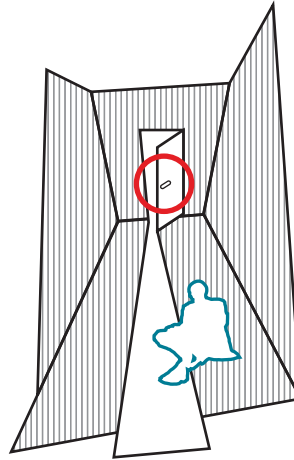
Forslag til tiltag

Pianohængsler, der går ubrudt fra toppen til bunden af døren (6).

Søgeord

Anti-Ligature Hinges.

Dørgreb



En utilsigtet hændelse

Patienten blev initialt indlagt i lukket afsnit; efter to dage overflyttet til åbent afsnit. Udskrives efter ca. tre uger. 14 dage senere indlægges patienten igen i åbent afsnit. Knap en uge senere blev patienten fundet død på toilettet. Havde hængt sig i livrem, der var fastgjort til dørhåndtag. Patienten havde formentlig været død i nogen tid.

Forslag til tiltag

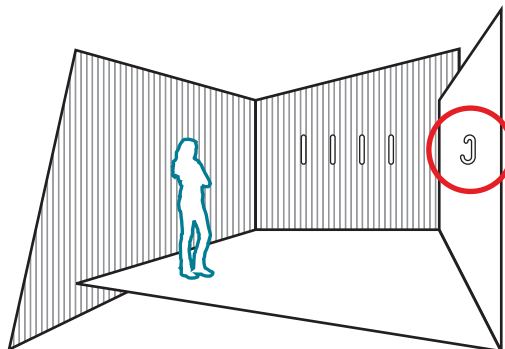
Dørgreb mod patientstuen vender nedad, så en ligatur vil glide af. Dørgreb på den modsatte side - mod gangen - vender opad. Herved kan man forhindre, at en ligatur fastgøres på dørens yderside og trækkes hen over døren til patientstuen. Et alternativ er anvendelse af knopper, hvor det ikke er muligt at fastgøre en ligatur.

Søgeord

Anti-Ligature Door Handles.

Herudover henvises til Børne- og ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Viborg, hvor man har valgt et dørgreb, hvor en ligatur glider af, hvis en patient forsøger at hænge sig i håndtaget (13).

Kroge



En utilsigtet hændelse

Patienten blev fundet på badeværelset. Hun havde bundet to snørebånd sammen og lagt dem rundt om halsen. Den ene ende af snørebåndet var bundet fast til håndklædekrogen. Patienten blev løftet op, så båndet kunne løsnes. Patienten var vågen og klar og orienteret i tid, sted og egne data. Blev overflyttet til observation i somatisk afdeling.

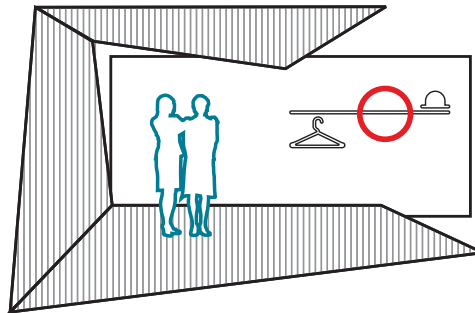
Forslag til tiltag

Kroge til håndklæder, tøj, tasker m.v. bør ikke kunne bære en vægt på mere end 25 kg (3). Ved belastning skal krogen klappe sammen eller falde ned, fx ved at krogen er fastgjort af en magnet.

Søgeord

Collapsible Hook og Anti-ligature Hook.

Bøjlestænger



En utilsigtet hændelse

Patienten havde været indlagt adskillige gange i psykiatrisk regi. Var netop genindlagt efter at have været hjemme i kort tid. Efter ca. en uges indlæggelse blev patienten en nat fundet af personalet. Patienten havde hængt sig i en el-ledning, der var fastgjort til bøjlestangen i skabet på sengestuen.

Forslag til tiltag

Bøjlestænger bør ikke kunne bære en vægt på mere end 25 kg (3).

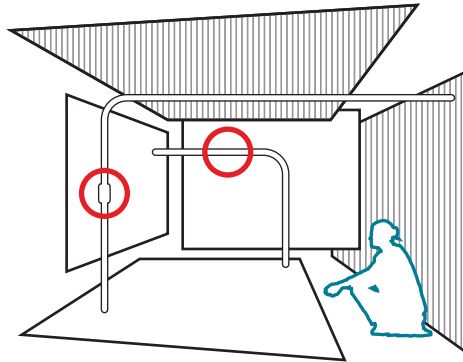
En mulig løsning i eksisterende skabe, er anvendelse af et "afhøvlet" elektriskerrør som bøjlestang. Et alternativ er at fravælge bøjlestænger og udelukkende anvende kroge, der højst kan bære 25 kg.

Herudover anbefales det at anvende plasticbøjler, da de er mindre robuste end bøjler af træ (14).

Søgeord

Anti-ligature wardrobe rail.

Lofter Rørføringer



En utilsigtet hændelse

En patient, indlagt i lukket afsnit blev fundet livløs hængende i et gardin, der var fastgjort til en rørføring.

Forslag til tiltag

Rørføringer bør skjules (3).

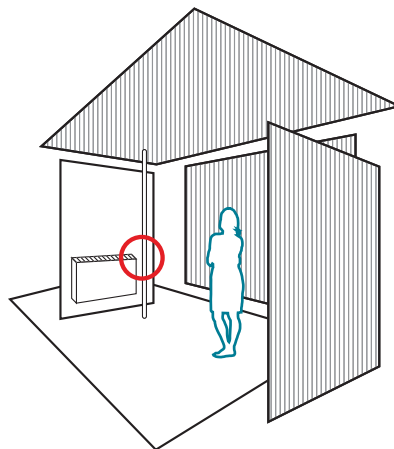
Såfremt der anvendes nedhængte lofter, må loftpladerne være fastgjort, så de ikke uden videre kan fjernes. Begrundelsen er, at pladerne kan anvendes ved voldsepisoder, samt at adgang til hulrummet giver mulighed for at gemme medicin, euforiserende stoffer m.v. (16).

I fald det alligevel lykkes en patient at fjerne pladerne med henblik på at finde et ligaturpunkt i loftet, bør selve rammen til loftpladerne ikke kunne bære vægten af en person.

Søgeord

Suicide resistant products, ceiling grid samt ceiling tiles.

Radiatorer



En utilsigtet hændelse

Da patienten havde fået det dårligere, blev det besluttet at tilse patienten hver 5. minut. Patienten fik sin natmedicin og lagde sig til at sove. Det blev aftalt, at døren skulle stå på klem, så de mange tilsyn ikke forstyrrede. Ved tilsyn ved midnat havde patienten hængt sig i et strikket halstørklæde, der var bundet fast til radiatoren. Patienten blev "klippet fri" og lagt på gulvet. Fik maske på og begyndte kort efter at trække vejret.

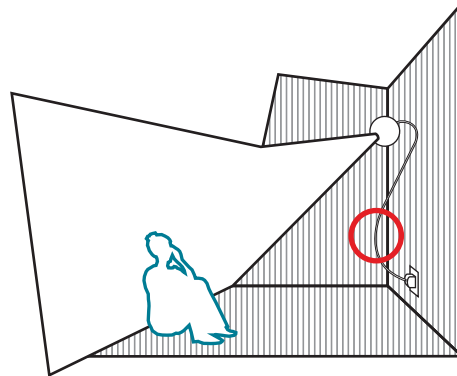
Forslag til tiltag

Eksisterende radiatorer er i mange psykiatriske afdelinger indkapslet af en skjuler med glat overflade. Nye radiatorer er i dag af et lettere materiale med en hel eller delvis glat overflade. Herudover giver søgeordene eksempler på varmepaneler.

Søgeord

Anti-ligature radiator, anti-ligature radiant heating panel eller anti-ligature ceiling mounted heating.

Ledninger



En utilsigtet hændelse

Patienten var uden opsyn i få minutter. Da kontaktpersonen kom tilbage, sad patienten foroverbøjet på knæ på gulvet og ind over sengen med ledningen fra arkitektlampen om halsen. Genoplivning blev indstillet, da den var udsigtsløs.

Forslag til tiltag

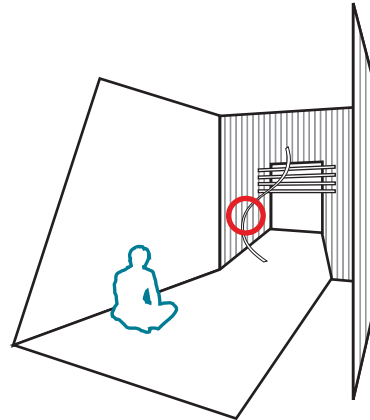
Generelt bør ledninger til lamper og andet udstyr være kortet af, herunder radioer, tv, computer, telefoner mv.

Søgeord

Anti-ligature luminaires eller *anti-ligature lamp*.

I rapporten *Patient Safety Standard Materials and System Guidelines* (14) indgår et afsnit om belysning generelt i forhold til psykiatriske afdelinger.

Gardiner Persiener



En utilsigtet hændelse

Patienten blev observeret tæt på grund af flere forsøg på selvmord. Da vagten atter gik ind på stuen, kunne hun ikke få øje på patienten. Vagten gik derfor straks ud på toilettet, hvor patienten havde hængt sig med snoren fra rynkebåndet i gardinet fastgjort til brusestangen.

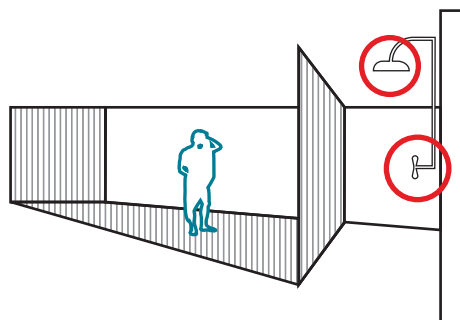
Forslag til tiltag

Gardiner og persiener kan monteres uden snore og med stænger, der højst kan bære 25 kg (3). Samme forhold gør sig gældende, såfremt der anvendes forhæng omkring senge eller lejer.

Søgeord

Anti-ligature system, anti-ligature curtain track system samt anti-ligature blind.

Blandingsbatterier Brusearmaturer



En utilsigtet hændelse

Ved sikkerhedsrunden lå patienten i sengen med sit bælte i hånden. Patienten havde ondt og var rød på halsen som følge af forsøg på selvmord. Bruseren på badeværelset var skæv og præget af, at patienten havde forsøgt at hænge sig.

Tilsvarende er der eksempler på utilsigtede hændelser, hvor patienten har benyttet blandingsbatteriet som ligaturpunkt.

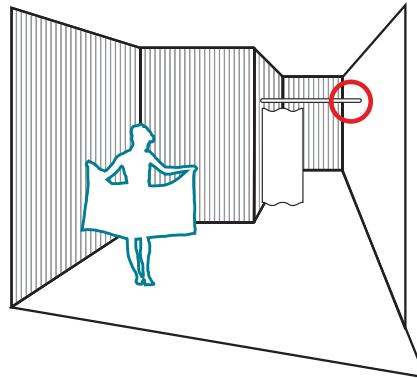
Forslag til tiltag

I stedet for et traditionelt blandingsbatteri, kan der installeres et trykknapsystem. Herudover er der udviklet brusearmaturer, hvor en ligatur vil glide af.

Søgeord

Anti-ligature shower eller *anti-ligature shower head*.

Stænger til bruseforhæng



En utilsigtet hændelse

En nyindlagt patient var gået på toilettet. Da patienten havde været derude i mere end fem minutter og ikke svarede på tiltale, åbnede personalet døren. Patienten havde hængt sig i sine elastiske gamacher, der var bundet til stangen på bruseforhænget. Patienten blev genoplivet og overflyttet til intensiv afdeling.

Forslag til tiltag

Den stærkeste sikkerhedsbarriere vil være at undlade anvendelse af bruseforhæng med ophæng i en stang. Hvis der anvendes forhæng, bør stangen højst kunne bære 25 kg (3).

Søgeord

Anti-ligature shower track.

Håndgreb



En utilsigtet hændelse

Patienten hørte stemmer, der opfordrede til selvmord. Forsøgte at hænge sig ved at binde snor fra joggingbukser til håndgrebet på badeværelset.

Forslag til tiltag

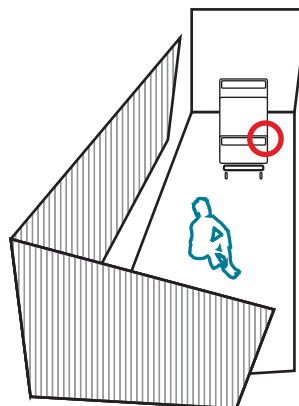
Det må vurderes, om patienter i det aktuelle afsnit generelt er fysisk svækkede og dermed har behov for et håndgreb at støtte sig til.

Alternativt kan det overvejes at installere et håndgreb, der er uden mellemrum til væggen (16).

Søgeord

Safebar eller *grab bars*.

Senge



En utilsigtet hændelse

Patienten blev fundet livløs på stuen, hængende i en nylonstrømpe, der var bundet til sengen. Patientens hoved var ca. 10 cm fra gulvet. Genoplivningsforsøg var forgæves.

Forslag til tiltag

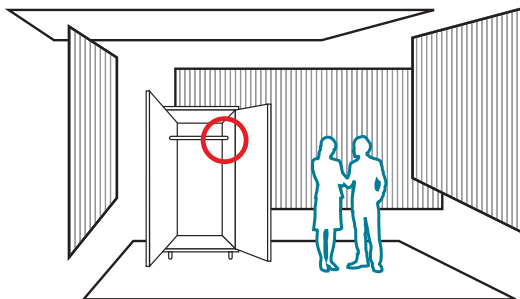
Ofte er patientstuer i psykiatriske afsnit udstyret med hospitalssenge. Lokalt har man derfor nogle steder konstrueret løsninger, hvor ledninger på elsenge er gemt i en kasse ved fodenden.

Det må vurderes, om patienterne generelt har behov for en hospitalsseng. Hvis ikke vil en briks eller kasseseng rumme færre eller ingen ligaturpunkter.

Søgeord

I rapporten *Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities* (16) er der præciseret en række forholdsregler ved brug af hospitalssenge.

Skabe



En utilsigtet hændelse

Der blev hørt et nødråb fra en medpatient. Patienten blev fundet med sin livrem om halsen. Remmen var fæstnet til klædeskabet. Hvis ikke det var blevet opdaget i tide, var patienten død.

Forslag til tiltag

Skabe med hylder og uden bøjlestang rummer færre eller ingen ligaturpunkter, hvis hylderne er solidt fastgjort og uden gab til bagkant. Herudover bør skabsdøren være forsynet med pianohængsler fra top til bund. Dørhåndtaget bør ikke kunne bære vægten af en person.

Alternativt kan det overvejes, om det er nødvendigt med en skabsdør – især hvis patienten har enestue. Æstetisk vil det være en fordel at kunne opbevare sine ejendele bag en dør, men i forhold til patientsikkerhed vil en løsning uden dør rumme færre risici.

Søgeord

Anti-ligature wardrobe.

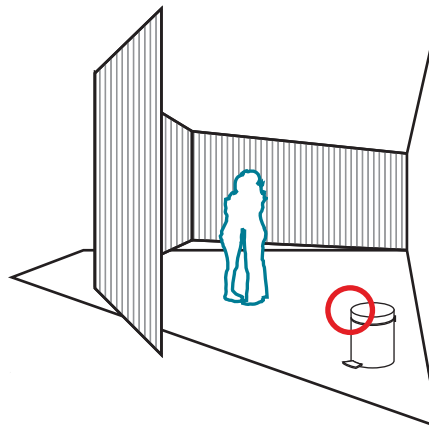
Se også den tidligere beskrivelse af sikkerhedsforanstaltninger for bøjlestænger. Side 21.



Forebyggende tiltag imod kvælning

På baggrund af en hændelse, hvor en patient begik selvmord ved at trække en plastikpose over hovedet, udsendte Sundhedsstyrelsen en OBS-meddelelse. Heri anbefales det, at landets psykiatriske afdelinger overvejer den risiko, plastikposer i affaldsspande udgør og finder alternativer dertil (17).

Affaldsspande Plastikposer



En utilsigtet hændelse

Om morgenen, da nattevagten gik den sidste runde, fandt hun patienten siddende i sengen med en plastikpose over hovedet. Patienten blev erklæret død.

Forslag til tiltag

Brug af plastikposer tilgodeser hygiejniske hensyn. Alternativer hertil vil være plastspande, der kan vaskes af. Dette inkluderer en rengøringsopgave. Runde spande vil lette rengøringen og formentlig afbøde skader, hvis der bliver kastet med spanden.

Søgeord

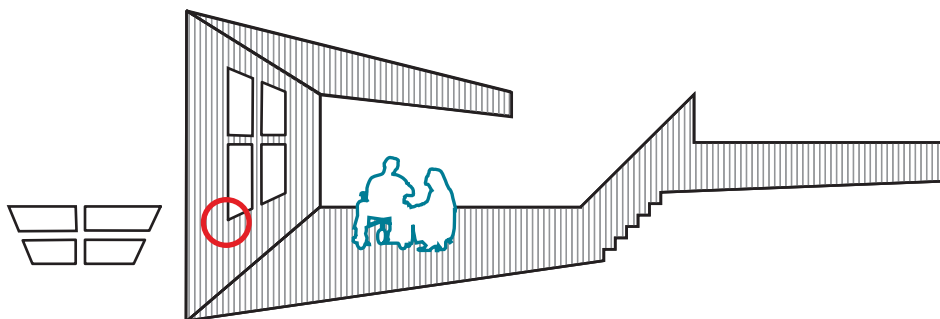
Trash can liner giver henvisninger til papirposer, der er "åndbare", men alligevel vandfaste.

Forebyggende tiltag imod udspring

Ved gennemgang af rapporter for utilsigtede hændelser kan det konstateres, at selvmord og selvmordsforsøg ved udspring umiddelbart synes hyppigst forekommende i somatiske afdelinger.



Vinduer
Rækværk
Altaner



En utilsigtet hændelse

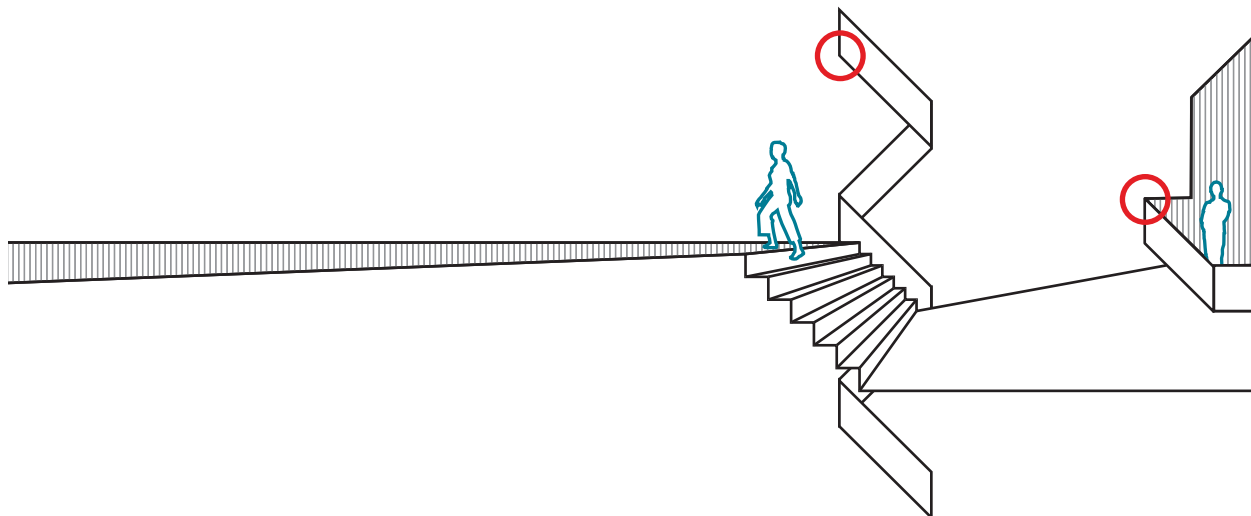
Patienten stod op på en stol og faldt/sprang ud af vinduet fra stueetagen og ned i en kælderskakt. Efter faldet var patienten vågen, men desorienteret. Patienten blev overflyttet til anden afdeling.

En utilsigtet hændelse

En medpatient kontaktede personalet og fortalte, at patienten i sengen ved siden af havde været væk i længere tid. Det blev konstateret, at patienten lå i bunden af trappeopgangen. Det var uklart, om patienten var faldet eller sprunget over rækværket.

En utilsigtet hændelse

Patienten løb pludselig forbi den faste vagt og ud gennem den åbne altandør. Her klatrede patienten over rækværket; faldt ned fra 1.sal gennem et ovenlysvindue og ned i kælderen. Patienten pådrog sig snitsår og flere knoglebrud.



Forslag til tiltag

Der gennemføres en fejlkildeanalyse forud for beslutninger om altaner, vinduer, trappeopgange eller balustrader. Herved kan man identificere potentielle kilder til utilsigtede hændelser.

Eksempelvis skal der tages stilling til generelle risici i forhold til faldulykker, hvis børn kan kravle op, demente patienter vil forsøge at komme væk, eller selvmordstruede patienter forsøger selvmord. Dette indebærer stillingtagen til anvendelse af sikkerhedsglas, lukkemekanismer i vinduer, kombineret med krav til brandsikkerhed, hvis vinduet skal anvendes som redningsåbning. Det kræver stillingtagen til højde på rækværk og adgangsforhold til altaner.

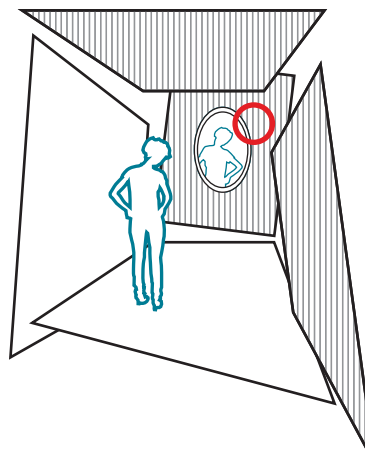
Søgeord

Fejlkildeanalyse, Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA).

Forebyggende tiltag mod selvskade

Ved selvskade eller selvmutilerende adfærd forstår man en adfærd, hvor en patient påfører sig selv fysisk smerte eller legemsbeskadigelse, fx ved at skære sig med skarpe genstande. I forhold til fysiske rammer må opmærksomheden rettes mod især ruder, spejle, lamper, elpærer samt billedrammer.

Ruder
Spejle
Elpærer



En utilsigtet hændelse

En patient påførte sig selv skade ved i løbet af indlæggelsen at skære sig i tungen med et stykke glas, at skære sig i armen med et stykke metal fra en kuglepen samt at knuse en elpære og sluge stykkerne.

Forslag til tiltag

Det må vurderes, hvorvidt der skal anvendes sikkerhedsglas i arealer, hvor patienter opholder sig. Sikkerhedsglas beskytter mod selvskade, og udgør samtidig beskyttelse mod absentering (rømning).

Sikkerhedsspejle kan i nogle tilfælde forvrænge billedet af den person, der spejler sig. For den psykisk syge patient vil det have betydning, at der er valgt en løsning, der giver mindst mulig forvrængning.

Sikkerhed i forhold til lamper og belysning er beskrevet i referencerne 14 og 16.

Søgeord

Sikkerhedsglas, sikringsglas, safety glass, spejle splintfrit glas, safety mirrors, shatter-resistant light bulbs.



P.S.

Dette hæfte giver eksempler på overvejelser og løsninger, der kan tages i betragtning i forhold til at beskytte selvmordstruede patienter og dermed opnå øget patientsikkerhed. Tiltag og søgeord er ikke udtømmende, men giver et billede af mulighederne.

Løsningerne kan ikke betragtes isoleret, men må ses i sammenhæng med de øvrige krav og behov, der skal tilgodeses i beslutninger vedrørende nyt sygehusbyggeri eller renovering af ældre bygninger.

Tak for hjælp og inspiration til:

Region Nordjylland – Anlæg og bygning
Region Hovedstadens Psykiatri.



Referencer

1. Lyhne V.
Kropsarkitekten
Tidsskriftet for Idehistorie
Slagmark, nr. 27 1998.
2. Årsrapport 2009 – DPSD
Dansk Patientsikkerhedsdatabase
Sundhedsstyrelsen februar 2010.
3. Temarapport 2006
Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse
DPSD Dansk Patient-Sikkerheds-Database
Sundhedsstyrelsen maj 2006.
4. Mills. P. D. et al
Inpatient Suicide and Suicide Attempts in Veterans
Affairs Hospitals
The Joint Commission Journal on Quality and
Patient Safety
August 2008 Volume 34 Number 8.

5. With safety in mind: mental health services and patient safety
National Patient Safety Agency,
Observatory Report 2, July 2006
6. Lieberman D. Z. et al.
Environmental Risk Factors in Hospital Suicide.
Suicide and Life-Threatening Behavior 34(4)
Winter 2004.
The American Association of Suicidology.
7. Simonsen J.
Retsmedicin og medicinallovgivning
9. udgave FADL's Forlag 1999.
8. Gunnell D. et al. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review.
International Journal of Epidemiology 2005;
34:433-442.

9. Bennewith. O. et al. Suicide by hanging: multicentre study based on coronors' records in England. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:260-261.
10. Cardell R. et al. Revisiting "Suicide Proofing" an Inpatient Unit Through Environmental Safe-guards: A Review. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 45, No1, January 2009.
11. Hanna S. J. A Study of 13 cases of near-hanging presenting to an Accident and Emergency Department. *Injury, International Journal of the Care of the Injured* 2004;35:253-256.
12. Web M&M Morbidity and Mortality Rounds on the Web Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. www.webmm.ahrq.gov.

13. Sikkerhed lige fra tegnebrættet
Midt i psykiatrien. Regionspsykiatriens blad
Region Midtjylland februar 2007.
14. Patient Safety Standard Materials and System
Guidelines
The New York State Office of Mental Health. May
2009.
15. Patient Suicide VA Medical Center Augusta Georgia
Department of Veterans Affairs Office of Inspector
General. July 2007.
16. Sine D. M. et al. Design Guide for the Built Environ-
ment of Behavioral Health Facilities. Edition 3.0.
Distributed by the National Association of Psychiatric
Health Systems. Spring 2009.
17. Plastikposer i affaldsspande på psykiatriske afdelin-
ger og selvmord.
Dansk Patientsikkerhedsdatabase.





Dansk Selskab for
Patientsikkerhed

TrygFonden

www.patientsikkerhed.dk

Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside.

www.sikkerpatient.dk

Undervisningsmateriale og cases om utilsigtede hændelser.

www.godtsygehusbyggeri.dk

Danske Regioners hjemmeside om sygehusbyggeri.

www.dpsd.dk

Sundhedsstyrelsens hjemmeside om patientsikkerhed.

Kontakt

Flere informationer fås ved henvendelse til Dansk Selskab for Patientsikkerhed, projektleder Elisabeth Brøgger Jensen, tlf. 3632 6022 eller elisabeth.broegger.jensen@regionh.dk.