



Ambulans larmades enl prio 1 till bostad. Knivskuren person med synliga skador, rikligt med blod i vardagsrum. Polis på plats. Ambulanspersonalen upplevde personen som paranoid, agiterad och orolig. Transport till akutmottagningen.

1. Undersöktes och behandlades. Patienten var lugn men kände sig förföljd och var misstänksam mot personal på plats. Avvek från platsen någon gång mellan kl 9- 10. Läkare begärde polishandräkning för att föra tillbaka patienten för behandling och bedömning av vårdintyg.
 Psykkonsult gjordes inte innan patient avvek.
 Sparsamt med dokumentation från inblandande professioner, svårt att följa förloppet.
 Brister i kommunikation mellan yrkesgrupper och enheter.
 Vårdtillfället avslutades inte när patienten avvek.

2. Ambulans larmades till platsen där patienten befann sig. Status var försämrat och patient fördes åter till akuten. Pneumothorax hade blivit större, drän behövdes.
 Riskbedömning finns inte dokumenterad.
 Patient planerades till intensivvård för hjälp med drän på "konsultbas", sparsam dokumentation och överrapportering.
 Patientens psykiska mående togs inte i beaktning vid planering av fortsatt vård.
 Bedömning av vårdintyg blev inte utförd innan patienten flyttades.

3. Flyttades till intensivvård, läkare skulle bli a suturera sårskador. Lämndes ensam på rummet när suturtråd behövde hämtas från förråd. Patienten överföll läkare, tog halsgrepp och utdelade flera slag. Vaktare utanför salen samt annan läkare ingrep. Patient knuffade vaktare, fick tag på batongen och svingade den omkring sig. En läkare träffades av batongen och klämdes i dörren vid flykt ut från salen.
 Hotbild bedömdes inte under dagen
 Personal som skulle assistera vid dränläggningen hade inte fått information om patienten.
 Läkare lämnades ensam på rummet, hade inte överfallsalarm.
 Vaktare och sjukvårdspersonal hade inte samma syn på läget och aktuell bevakning. Vaktare placerades slentrianmässigt utanför rummet.
 Stängd dörr mellan vaktare och patient.

4. Patient sövdes för att kunna få rätt behandling efter psykiatrisk bedömning. Två läkare behövde undersökas pga av sina skador.

5. Vårdades på avd, först sövd sedan sederad med daglig psykbudömning tills drän avvecklades. Därefter överförd till Psykiatriska kliniken.

Medarbetarnas fysiska skador behövde inte behandlas och var övergående. Ingen medarbetare behövde sjukskrivning.

Vid traumalarmerat fokuserades åtgärderna på de fysiska skadorna. Många uppmärksammade patientens psykiska tillstånd under fm men psykjour kontaktades inte. Dokumenterat i journalen att det bör planeras in längre fram. Ambulanspersonal upplevde att de inte blev hörda vid överrapportering till traumateam.

Många professioner från olika verksamheter kom som konsulter på traumalarmerat, bedömningarna dokumenterades inte.

När patienten återkom till akuten som prio 1 från ambulans fortsatte man föregående vårdtillfälle, det är oklart om traumalarmerat utlöstes eftersom det saknas dokumentation.

Saknas underlag/stöd för hur vårdpersonal ska göra riskbedömningar av hotbild samt kunskap om när de ska göras.

Vårdpersonalen upplevde patienten som psykiskt instabil men inte hotfull, de beskrev patienten som lugn.

Vaktaren som blev kvar som vak hade inte fått info om syftet med vaket eller om patienten.

Patienten reagerade negativt på vaktarens närvaro och blev mer aggressiv vid åsynen av denne. Vårdpersonalen stängde dörren för att lugna patienten, vaktaren satt utanför.

Inläggande av dränet planerades ske på IVA på "konsultbas", dvs en tillfällig lösning innan patienten flyttades till annan vårdavdelning. Vanlig överrapportering skedde inte, IVA fick sparsamt med info om patienten.

Medarbetare som skulle assistera vid dränläggningen hade ingen info om patientens tillstånd.

Läkare arbetar ofta ensamma och rör sig över hela sjukhusområdet dygnets alla timmar men saknar överfallsalarm, kan ta hjälp av vaktare vid misstanke om att hamna i farliga situationer.

Fokus hos berörda låg på att åtgärda de livshotande fysiska skadorna.

Omgivning & organisation
 Somatisk vård och psykiatrisk vård löper ofta i två olika spår istället för parallellt. I traumamanualen framgår inte hur man ska agera vid omhändertagande av traumapatienter med psykisk ohälsa.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
 Rutinen för traumalarmerat har inte följts, det framgår inte av dokumentationen varför avsteg gjordes eller hur planeringen såg ut.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
 Rutinen för Personssäkerhet innehåller ingen information om hur medarbetare ska agera vid misstanke om att patient kan bli hotfull mot omgivningen. Det saknas skriftligt stöd/ rutin för riskbedömningar inom den somatiska vården.

Utbildning & kompetens
 Brister i bedömningar av patientens psykiska tillstånd eftersom psykiatrisk kompetens inte kopplades in förrän i ett senare skede.

Kommunikation & information
 Kommunikation brast i många led under dagen, både mellan verksamheter och mellan professioner. Otillräcklig informationsöverföring som följde.

Teknik, utrustning & apparatur
 Överfallsalarm saknar täckning över hela sjukhuset och löser inte problem överallt.

Träna liknande situationer och påminn alla om att det är viktigt att ambulanspersonal inte släpps iväg för tidigt. LANS kan be dem vänta kvar på platsen för att överlämna rapport efter att det akuta skedet är bedömt (gäller även polis och vaktare som kan ha viktig info).

Påminn polis om att de kan aktivera §47 redan på skadeplatsen om de t ex upplever misstanke om pågående psykos. Då kan psyk göra initial bedömning direkt på akuten parallellt med pågående behandling.

Komplettera traumamanualen med instruktioner om hur

Gör rutinen för traumalarmerat känd av alla som arbetar med traumalarmerat så att de vet vad som förväntas av den egna rollen och andra närvarande samt känner till hur det ska dokumenteras. Kontrollera att den efterlevs.

Lägg till ett avsnitt i aktuell rutin om hur medarbetare kan arbeta med riskbedömning och agera vid misstanke om att patient kan bli hotfull eller våldsam mot medarbetare.

Kontrollera att alla medarbetare har fått utbildning kring hot och våld, ex genom att gå regionens e- utbildning och diskutera säkerhet på arbetsplatsträffar. Använd broschyr och fickfolder från Säkerhetsenheten. Diskutera t ex hur säkerhet upprätthålls vid kirurgiska eller stickande/ skärande ingrepp och hur man ska tänka kring ensamarbete.

Diskutera inom enheten att det är viktigt att psyk kopplas in direkt när misstanke om psykos uppstår, antingen via vårdintyg eller genom att läkare ringer psykjour och ber om bedömning.

När vaktare behövs på salen kan man skärma av så att de ser men inte syns.

Uppmuntra medarbetare att lyssna på "dålig känsla" och reagera.

Förändra arbetssättet inom enheten så att vaktare som ska vara vak informeras om syftet med vaket, viktigt att alla har samsyn med vårdpersonal om hur vaket ska gå till. Både vårdpersonal och vaktare måste efterfråga information från varandra.

Överlämna alltid relevant rapport

Diskutera inom verksamheten när psykvak ska användas istället för vaktare. Medarbetare behöver känna till att syftet med vak och vaktare är helt olika.

Inför överfallsalarm för läkare som tjänstgör på akuten.

Se över hur larmmöjlighet för jourläkare kan lösas så att det täcker hela sjukhusområdet (via larm eller telefon).

man ska agera vid
samtidig psykisk
ohälsa samt gör
ändring känd hos
medarbetare som
arbetar med
traumalarm.

relevant rapport
enligt SBAR till
mottagande enhet,
även om det bara är
ett kort ingrepp.