

KB414124

190611 kl 11:45

190611 kl 16.00

190612 kl 10:20

190612 kl 14.47

190612 sen em

Tid för händelse 12/6 kl 22.00

190613 kl 01:00, 03:00, 05:00

Man med nedstämdhet och psykotiska symptom söker akut till psykiatrin tillsammans med närstående

1. Ankomst vårdinrättning
Ingen felhändelse

2. Läkarbedömning. Vårdintyg och inläggning avd, återinsättning läkemedel - Tillsyn 4A (avdelningstillsyn, ingen utgång) S- risk bedöms låg
Ingen felhändelse

3. Överläkarens bedömning; patienten är misstänksam med psykotiska symptom. Suicidrisk låg. Intagningsbeslut fattas. Oförändrad tillsynsgrad.

4. MADR- S poäng 44 Poäng indikerar svår depression (livslust 2P, sinnesstämning 2P, pessimism 6P)
Felhändelse: Inget dokumenterat Omv.status eller S-basuppgifter.

5. Patienten sitter en längre period utanför tv- rummet och ter sig misstänksam
Bifynd: Ingen dokumentation

6. Vid tillsyn är patienten vaken i sin säng

7. Vid tillsyn låg patienten i sängen
Enl akuten anteckning hade patienten tillsyn kl 05.00 Ingen uppgift om tillsyn mellan 05.00 och 08.00??

Bifynd: Riskfaktorer ej ifyllda i RETTS- PSY

Bifynd - samma samtal dokumenterat av två olika läkare med olika klockslag angivna.

Vid intervju framkommer uppgifter om observationer kring patientens mående som inte går att återfinna i journaldokumentationen

Patienten erhöll inga ytterligare instatser, tex samtal med vårdpersonal, efter förmiddagens läkarsamtal.

Framkommer vid intervju oklarheter hur tillsyn ska ske.

Bifynd: Positivt att det finns en välgrundad och väl dokumenterad suicidriskbedömning av läkare

Beskrivning är otydlig i rutin på när uppgifter bör vara dokumenterade samt vilka aktiviteter som ska användas i Melior.

Otydlighet kring vilka omvårdnadsinsatser patienter bör erhålla med utgångspunkt från individens mående

Varför: I rutin saknas definierade klockslag för tillsyn efter klockan 05:00
Varför: tillsyn kl 06:00 togs bort då rutinen på avd blev justerad avseende tidsspannet.
Varför: Tillsyn 24.00 togs bort pga störd nattsömn för patienterna.

Utbildning & kompetens
Bakomliggande orsak: Varierande kunskap i vad som ska dokumenteras och hur

Utbildning & kompetens
Bakomliggande orsak - bristans kompetens personcentrerad vård

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak: Otydligt vid introduktion, otydligt i rutin avseende dokumentation. Otydligt hur avdelningstillsyn ska utföras.

Åtgärdsförslag: Se över behovet av kompetensförstärkning avseende journaldokumentation för VUP. En "dokumentationsskola" för både ny och ord personal.

Utbildning "Personcentrerad vård" som tagits fram av Svensk sjuksköterskeförening - se handlingsplan

Åtgärdsförslag: att alla avdelningar ser över och använder elektroniskt introduktionsdokument. Färdig mall för VUP finns

Åtgärdsförslag Översyn och förtydligande av rutinen "Heldygnsvårdens vårdflöde och basutbud" gällande dokumentation.

Åtgärdsförslag: Förtydliga hur avdelningstillsyn ska ske samt vilka klockslag överdygnet. Göras lika för samtliga vårdavdelningar
Översyn och förtydligande av rutiner slutenvård.

190613 kl 08.00

190613 strax efter 8:00

190613 kl 8:29

8. Patient hittas livlös i sin säng med påse över ansiktet - HLR påbörjas, hjärtlarm

Kommentar: Plastpåse i papperskorgen

Befintlig utrustning

9. Hjärtteam anländer och fortsatt HLR

Hjärtlarmsteam går till fel entré på utsidan som är låst vilket gör att det blir en fördröjning att komma till "uppsamlingsplats Hjärtlarm", avvikelse skriven som utreds separat

Dödsfall konstateras

Bifynd: Positiv återkoppling från hjärtteamet till vårdpersonalen för deras goda initiativ och arbete vid HLR

Omgivning & organisation
Bakomliggande orsak: Plastpåse tillgänglig på patientrum

Direkt vidtagen åtgärd: VEC beslutar om att ersätta plastpåse med papperspåse

Säkerställa att åtgärd gällande plastpåse på patientrum ersätts med papperspåse