

Tid för händelse

dag 1

dagen efter

ett dygn efter

19årig kvinna sedan fem år boende på det aktuella behandlingshemmet pga svår självskadebeteendemed högt skyddsbehov

1. Patient kom in med sårskador, sökt för självskadebeteendeförut. Det fanns anledning med tanke på kraftigt berusning att lägga in patienten för att nyktra till för att kunna ta ställning till om psykiatrin behöver kopplas in.

På MAVA verkar man ha uppfattat att självskadebeteendear ett kroniskt tillstånd och huvudsyfte för inläggning är tillnyktring. Denna tanke förstärks av boendepersonal som är med på avdelningen.

2. Patienten nyktrar till över natten och vaknar vid gott humör enligt läkare, vilket bekräftas av medföljande boendepersonal.

Skrivs ut med hemgång till specialboende med dygnetruntbevakning.
Felhändelse

Inte kontaktat psykiatrin för bedömning.
Remiss till mobila teamet är inte skriven vilket ska göras för alla intoxikationer enligt rutin ("faxmeddelande mobila teamet").

Utskrivande läkares utskrivningsanteckning med psykiatriska tillståndsbedömning och aktuella suicidala intention är dåligt dokumenterad

Bristfälligt men inte felaktigt sköterskeepikris.
Skulle kunna ha skrivit mer om psykosocial kontakt under vårdtillfället.
Dock fortlopande kontakt med boendepersonal vid hela vårdtillfället.
Mallen för omvårdnadsstatus ej ifyllt. pga pat hade boendepersonal med.

Patient kommer åter till akutmottagningen. Nu pga suicidförsök inlåst på boendets toalett med hjälp av bälte runt halsen.
Personal upptäckte patienten och påbörjade HLR och larmade SOS.

IVA- vård startades direkt men utan positivt resultat. Hjärndödsförklaring enligt rutin. Patienten hjärndödsförklaras och görs iordning för organdonation.

Själva händelsen bedöms inte vara undvikbar på lång sikt, pga kronisk självskadebeteende. Om psyk.konsult hade kontaktats hade det troligtvis inte resulterat i inläggning på akutpsykiatri eller ändrat på utgång då boendet ses som en skyddande faktor i bedömning.

Orsak (Varför?/ Därför att)
Patienten var bara 19 år. Det innebär att patienten bara sista åre haft kontakt med vuxen psykiatri och vuxen medicin/ ortopedi. Vilket gör att patient är relativt okänd på avdelningen vilket också gör att man har stor tillit till personalen från boendet

Orsak (Varför?/ Därför att)
Dokumentationen uppfattades som administrativ produkt utan riktig mottagare då behandlingenspersonal var med under vårdtillfället.

Orsak (Varför?/ Därför att)
Pga pat hade boendepersonal med.

Orsak (Varför?/ Därför att) Vid tidigare liknande situationer för denna patient när Medicinläkare kontaktat Psykiatrin har psykiatrin hänvisat till särskilda boendet för behandling

Orsak (Varför?/ Därför att)
Behandlingshemmet ses som en behandlande enhet/ vårdgivare. Våldigt kort vårdtillfälle sjukhusets akutsjukvårdsavdelning.

Omgivning & organisation
Bakomliggande orsak
Inte möjlighet att få psykiatrisk konsultation av patient dygnet runt i sjukhusstaden.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bakomliggande orsak
Brist i följsamhet till rutiner

Kommunikation & information
Bakomliggande orsak
Ser behandlingshemmet som vårdgivande enhet men kommunicerar eller dokumenterar inte strukturerat om det.

Åtgärdsförslag:
Möjlighet till psykiatrisk bedömning i Sjukhusstaden jourtid.

Åtgärdsförslag
Förbättra följsamhet till rutiner om skicka remisser till mobila teamet och dokumentation.

Åtgärdsförslag
För denna patient skulle en särskild vårdrutin kunna ha varit av värde för patient för strukturerat omhändertagande som skulle varit kommunicerad och gemensam med behandlingsboendet.