



## **Fylkesmennenes tilsynsmessige oppfølging av varslede hendelser fra psykisk helsevern i 2013**

***Få varsler innen psykisk helsevern fører til stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn, men mange av varslene følges opp tilsynsmessig fra fylkesmannen. Vi har ved vår gjennomgang oppsummert noen funn fra fylkesmennenes behandling av varsler fra 2013.***

Per første tertial i 2015 varierte det hvor langt fylkesmennene har kommet i saksbehandlingen av varslene fra 2014. Vi har derfor valgt å se nærmere på varsler om alvorlige hendelser fra psykisk helsevern i 2013 som er avsluttet som tilsynssaker av fylkesmennene. Vi har gjennomgått alle avslutningsbrev i sakene vi har mottatt fra fylkesmennene, og sett på om fylkesmennene har konstatert lovbrudd på bakgrunn av varslene, hvilke lovbestemmelser som er brutt og hvilke typer faglig svikt som er funnet.

### **Overføring av varsler til fylkesmennene**

I 2013 overførte Statens helsetilsyn 154 (39 %) av de i alt 399 varslene til fylkesmennene for videre tilsynsmessig oppfølging. Av de overførte sakene var 94 varsler (61 %) fra psykisk helsevern og rus. Vi har mottatt kopi av avslutningsbrevet fra fylkesmennene i 73 (81 %) av varslene vi overførte i 2013.

I nesten alle saker som er varslet har Undersøkelsenheten telefonmøte med fylkesmannen, der valg av videre tilsynsmessig behandling av saken blir besluttet. Det blir lagt vekt på om fylkesmannen har særlige bekymringer i forhold til den virksomheten hendelsen skjedde ved. Lokalkunnskap og fylkesmannens portefølje av lignende saker, er forhold som kan spille inn ved avgjørelse om saken skal følges opp som tilsynssak i fylket. I den perioden vi har gjennomgått, var det særlig mange avslutningsbrev fra Fylkesmannen i Vest-Agder sammenlignet med landet for øvrig. Dette henger sammen med at Fylkesmannen i Vest-Agder valgte å åpne tilsynssak etter alle varsler fra psykisk helsevern i sitt fylke. Vi har ikke sett på fylkesvise forskjeller i sakene, da utvalget av saker er for lite til å gi valide funn.

Kriteriene for hvilke saker som blir overført til fylkesmannen, er skjønnsmessige. Valg av tilsynsmessig oppfølging beror på en konkret vurdering av den innhentede informasjonen i det enkelte varsel. Statens helsetilsyn legger i samråd med fylkesmennene særlig vekt på om vi har avdekket mulig svikt ved helsehjelpen, og på risikoen for at svikten kan ramme andre pasienter.

## Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i cirka en tredjedel av de varslede sakene

Tabell 1 Fylkesmannens konklusjon i varselsaker fra psykisk helsevern i 2013 – lovbrudd fordelt på bestemmelse i helselovgivningen (n=75)

	Antall
Ingen lovbrudd	48
Brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2	22
Brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2	3
Brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1	1
Brudd på helsepersonelloven § 4	1
<b>Totalt</b>	<b>75</b>

I sakene Statens helsetilsyn overførte til fylkesmannen, ble det påvist lovbrudd i om lag i en tredjedel av sakene (27). I 48 (66 %) av sakene ble det ikke konstatert lovbrudd.

At en pasient tar livet av seg er ikke i seg selv nok til å konstatere lovbrudd for virksomhet eller involvert helsepersonell. I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) fremgår det at:

*«Til tross for at mange risikofaktorer ved selvmord er kjent, er det som regel ikke mulig å forutse det enkelte selvmordstilfellet.»*

De fleste saker behandlet hos fylkesmannen konkluderte med at pasienten ikke fikk uforsvarlig behandling. Selv om det i en konkret hendelse ble påvist avvik fra «god praksis», er ikke dette i seg selv tilstrekkelig for å konstatere brudd på forsvarlighetskravene i helselovgivningen.

Det er mulig at de sakene vi har gjennomgått ikke gir et fullstendig bilde, og at andelen saker der fylkesmennene konstatere lovbrudd vil øke noe når vi får tilbakemelding om de resterende sakene fra 2013 som fylkesmannen fortsatt behandler. Vi har grunn til å anta at de tilsynssakene som foreløpig ikke er avsluttet, kan dreie seg om komplekse og alvorlige saker, der det vil være en høyere andel lovbrudd enn i saker som lar seg avslutte raskere.

De fleste lovbruddene var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det var kun i en sak at fylkesmannen konkluderte med at det var helsepersonell som hadde brutt forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4.

I en annen sak ble det konstatert brudd på kommunens plikt til å yte forsvarlige tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, mens det i tre saker ble konstatert brudd på journalbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

### Hva bestod lovbruddene i?

I de 27 varselsakene der fylkesmannen påviste lovbrudd, ble det til sammen påvist 32 lovbrudd.

Tabell 2 Type lovbrudd påpekt av fylkesmennene (n=32)

	<i>Antall</i>
Manglende selvmordsrisikovurdering	10
Manglende/forsinket behandling	9
Manglende kartlegging	4
Manglende journalføring	3
Manglende utredning/diagnostisering	2
Manglende individuell plan	1
Manglende vurdering av tvungen psykisk helsevern	1
Manglende tilsyn på avdeling	1
Manglende rutiner	1
<b>Totalt</b>	<b>32</b>

I flere av sakene har det vært flere årsaker til at det er konstatert lovbrudd. Antallet funn er derfor høyere enn antall saker med påvist lovbrudd. I flere saker har det blitt konstatert manglende kartlegging av selvmordsrisiko, sammen med manglende psykiatrisk utredning. Vi har ved vår gjennomgang ikke funnet forskjell i andelen lovbrudd mellom innlagte pasienter og de andre pasientgruppene.

Selve hendelsen der pasienten blir alvorlig skadet eller dør, kan ofte være siste element i et lengre behandlingsforløp. Mange ulike faktorer kan spille inn og ha betydning for utfallet. De ulike faktorene kan være relevante i en tilsynsmessig vurdering, selv om de i tid ligger forut for den alvorlige hendelsen.

De vanligste lovbruddene var manglende selvmordsrisikovurdering (10) og manglende eller forsinket behandling (9).

Selv om det på individnivå kan være svært vanskelig å forutse selvmord, og vanskelig å forebygge, er selvmordsrisikovurderinger nyttig for å kunne iverksette riktige behandlingmessige tiltak. Manglende selvmordsrisikovurderinger kan derfor gi pasientene et dårligere behandlingstilbud, enn i tilfeller der man får iverksatt nødvendige tiltak som tar hensyn til funn i selvmordsrisikovurderingene. I enkelte saker (4) har fylkesmennene også funnet svikt i kartleggingen av pasienten forut for en selvmordsrisikovurdering.

Ved vår gjennomgang ser vi at det er flere alvorlige saker der pasienten ikke har mottatt et adekvat behandlingstilbud. Slike saker er særlig viktig at varsles etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, fordi de kan være utslag av systemsvikt som kan ramme også fremtidige pasienter. Det vil særlig gjelde de tilfellene der pasienten står uten tilbud etter utskrivelse fra døgnopphold.

I kun en av sakene konstaterte fylkesmennene brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, som følge av manglende vurdering av tvang. Pasienter som er i en slik tilstand at det foreligger grunnlag for bruk av tvang etter lov om psykisk helsevern, har et særlig behov for behandling. Dersom pasientene motsetter seg behandling i slike situasjoner, og bruk av tvang ikke blir vurdert, kan det være risiko for pasientskade.

I de sakene der det er konstatert mangelfull journalføring (3) er det også funnet brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Ved vurdering av svikt i helsehjelpen og brudd på forsvarlighetskravet, har fylkesmennene også vektlagt om det har vært mangelfull utredning/diagnostisering, manglende individuell plan eller mangelfullt tilsyn med pasienter som er innlagt i døgnavdeling.

### **Eksempel fra tilsynssak hos fylkesmannen**

En pasient ble funnet død da personalet gikk morgenrunden ved en døgnavdeling. Pasienten hadde tatt beltet til morgenkåpen rundt halsen og hengt seg på badet som var tilknyttet pasientrommet. Det lyktes ikke å gjenopprette sirkulasjon ved hjerte-lunge-redning. Pasienten var innlagt frivillig ved psykiatrisk avdeling på bakgrunn av angst og uro, med økende skyldfølelse og dårlig samvittighet. Pasienten ble ikke vurdert som selvmordstruet, men viste tegn på alvorlig depresjon med betydelig angstproblematikk.

Under innleggelsen ble pasienten etter fire dager informert om at hun skulle utskrives. Hun skulle følges opp videre med poliklinisk behandling, og det ble senere planlagt innleggelse med utredning, diagnostisering og behandling. Pasienten opplyste i denne samtalen at hun ikke ønsket utskrivelse. Dagen før hendelsen og den planlagte utskrivelsen beskrev pasienten fortsatt spredte selvmordstanker, men hun hadde ikke konkrete selvmordsplaner. Det ble ikke undersøkt hvorfor pasienten ikke ønsket utskrivelsen. Pasientens pårørende eller den kommunale helsetjenesten ble ikke informert om den planlagte utskrivelsen.

Fylkesmannen fant i sin vurdering at det ble gjort forsvarlige selvmordsrisikovurderinger av pasienten. Pasienten ble imidlertid ikke screenet med diagnostiske verktøy, og det ble ikke kartlagt hvor deprimert pasienten var. Det ble ikke gjort undersøkelser for å fastslå om depresjonen var av alvorlig eller moderat grad.

Fylkesmannen konkluderte med at pasienten ikke hadde mottatt forsvarlig helsehjelp, uten at enkelte helsepersonell kunne kritiseres. De begrunnet lovbruddet på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 med at pasienten ble utskrevet uten at hennes tilstand var tilstrekkelig diagnostisert, hun hadde fortsatt psykiske symptomer, og det var ikke kartlagt hvorfor hun motsatte seg utskrivelse.

Fylkesmannen trakk også frem at pasienten tross sin alvorlige tilstand, ikke var blitt undersøkt eller behandlet av spesialist i psykiatri eller psykologspesialist.

### **Oppsummering**

I vår gjennomgang av fylkesmennenes behandling av varsler fra psykisk helsevern har vi sett at varslene kan gi helseforetakene god hjelp i gjennomgangen av uønskede pasienthendelser. Slike hendelser kan være et godt utgangspunkt for læring ute i helseforetakene, og det er særlig viktig at hendelser som avdekker systemsvikt varsles, slik at man kan forebygge fremtidig svikt i pasientbehandlingen.