

Psykisk helsevern – hvilke feil bør varsles?

Varsler fra psykisk helsevern og rus står for nær halvparten av alle hendelser som varsles til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å vurdere om en hendelse skal varsles. De må legge vekt på feil, forsømmelser og uhell på system- og/eller individnivå når de vurderer om hendelsen er varslingspliktig. Særlig bør det varsles når svikten kan ramme andre pasienter og føre til fremtidig svikt i behandlingen.

Statens helsetilsyn nedsatte våren 2014 en arbeidsgruppe med klinikere med kompetanse innen pasientsikkerhetsarbeid, for å sammenfatte erfaringer fra varslene fra psykisk helsevern. I arbeidet har gruppen samlet eksempler på ulike hendelser som er varslet etter varslingsbestemmelsen. Resultatet av arbeidet skal bli en veileder til bruk i helseforetakene.

Vi har sett noen typer svikt i pasientbehandlingen som forekommer i flere av varslene:

Manglende selvmordsrisikovurderinger etter de nasjonale retningslinjene

En pasient begikk selvmord ved henging i hjemmet. Pasienten var henvist til behandling for selvmordsproblematikk, men behandler gjennomførte ikke gjennomgående selvmordsrisikovurderinger. Behandler hadde heller ikke dokumentert konsultasjonene i journalsystemet. Pasienten mottok derfor ikke behandling for selvmordsproblematikken han var henvist for.

Det er svært vanskelig å forutsi selvmord på individnivå. Selvmordsrisikovurderingene er ikke i hovedsak ment å skulle forutsi mulige selvmord, men å øke kvalitet og pasientsikkerhet for alle pasienter gjennom målrettede tiltak på bakgrunn av vurderingen. For at pasienter innen psykisk helsevern skal få forsvarlig behandling, må behandlerne iverksette tiltak og gi behandling for å redusere risikoen for selvmord. Statens helsetilsyn mener derfor at ved hendelser der virksomheten ikke har utført selvmordsrisikovurderinger i tråd med de nasjonale retningslinjene, bør de varsle om saken til Helsetilsynet.

Manglende ansvarsfordeling mellom ulike behandlingsnivåer

En pasient begikk selvmord inne på døgnavdeling, da det ikke ble oppdaget at hun var tiltagende selvmordstruet. Hun hadde blitt overført fra en akuttpost dagen før. Det var ikke gjort selvmordsrisikovurderinger, verken ved utskrivelse fra akuttavdelingen eller ved innkost på døgnavdelingen.

Statens helsetilsyn mener det er særlig viktig at vi får varsler om hendelser som skyldes systemsvikt. Ved svikt i samhandling vil en tilsynsmessig oppfølging kunne bidra til å avdekke uklarheter ved behandlingsansvar, og dermed bidra til at andre pasienter ikke risikerer å havne i samme situasjon.

I tillegg til de to eksemplene vi har vist til, er det en rekke andre områder med fare for svikt innen psykisk helsevern. Svikt i helsehjelpen også på disse områdene bør føre til at virksomheten varsler om hendelsen.

I varslene vi har mottatt, har vi blant annet sett manglende vurderinger av diagnoser og oppfølging på bakgrunn av erkjente diagnoser, manglende vurdering av medikamentelle tiltak; som oppstart, oppfølging og avslutning av medikamentell behandling. Vi har også hatt flere varsler som gjelder svikt ved overganger mellom eller samhandling på tvers av nivåer, ulike behandlere og ulike behandlingsnivåer, uhensiktsmessige ansvarsforhold mellom ulike instanser og manglende vurdering av behandling på tving etter lov om psykisk helsevern. Videre er det viktig å være oppmerksom på hendelser der det har vært manglende individuell plan, behandlingsplan eller rettighetsvurderinger. Ved hendelser med svikt på et eller flere av de nevnte risikoområdene, bør terskelen for å varsle etter § 3-3 a være lav.