

# Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i helsehjelpen ved akuttinnleggelse av psykotisk pasient

Saksnummer: [REDACTED]

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





# HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Unntatt fra offentlighet i henhold til offl. § 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

██████████4 ██████████

██████████2020

## Oversendelse av endelig rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til varsel av ██████████ etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a fra ██████████. Saken gjelder en pasient som hadde vært innlagt ved psykiatrisk divisjon ██████████. Virksomheten mente pasienten var i behov for tvungent psykisk helsevern, men etter klage over vedtaket kom kontrollkommissjonen til at pasienten var samtykkekompetent, og ██████████ skrev seg selv ut fra behandling. ██████████

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke har fått forsvarlig helsehjelp og at foretaket ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Vi har også kommet til at virksomheten ikke har oppfylt sine plikter ovenfor pasientens pårørende, jf. lov om tvungent helsevern § 3-9, og at tjenesten ikke er tilrettelagt slik at helsepersonell i virksomheten kan utføre sitt arbeid ovenfor psykotiske pasienter med behov for akuttinnleggelse og behandling i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Dette utgjør ytterligere brudd på krav i spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, jf. samme lovs 3-4 a og helsepersonelloven §§ 4 og 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-7.

Vi har merket oss virksomhetens tilbakemelding til vår foreløpige rapport, og ser at det er satt i verk og gjennomført flere relevante tiltak i forhold til den avdekkete svikten i helsetjenesten. Det gjenstår fortsatt noe arbeid med gjennomføring og kontroll med at de iverksatte/planlagte tiltakene har den ønskede effekten for kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenesten. Vi har kommet til at det også foreligger brudd på kravet til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av denne rapporten er også sendt til pasienten ved ██████████ advokat.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved [REDACTED] har en gjennomgang av vår endelige rapport, og at dette brevet blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen og som vi hadde samtaler med ved det stedlige tilsynet.

Vi ber om en tilbakemelding på rapporten innen fire – 4 – uker fra mottakelsen av rapporten. Vi viser til rapporten og våre forventninger til virksomheten. Det er blant annet ønskelig med en tilbakemelding om ytterligere tiltak som er iverksatt/planlegges iverksatt, samt på hvilken måte ledelsen ved [REDACTED] vil sikre at tiltak som iverksettes får den ønskede effekten for pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenesten til den aktuelle pasientgruppen.

Vi ber også om at ledelsen informerer pasienten [REDACTED] advokat om de tiltak som settes i verk for at lignende svikt i helsehjelpen ikke skal skje igjen.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen  
direktør



*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:

Fylkesmannen [REDACTED]  
advokat [REDACTED]

Helsefaglige saksbehandlere:

seniorrådgiver [REDACTED]  
seniorrådgiver [REDACTED]

Juridisk saksbehandler:

seniorrådgiver [REDACTED]

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Tilsynets tema og omfang</b> .....	<b>8</b>
<b>2 Aktuelt lovgrunnlag</b> .....	<b>9</b>
2.1 Forsvarlig helsehjelp .....	9
2.2 Virksomhetens plikt til styring og ledelse samt plikt til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	9
2.3 Krav til helsepersonell .....	10
2.4 Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.....	10
2.5 Pasientens samtykkekompetanse .....	11
2.6 Krav til dokumentasjon.....	11
2.7 Pårørendes rett til informasjon og medvirkning .....	12
<b>3 Faglige normeringer</b> .....	<b>12</b>
3.1 Mottak av pasient med psykose for akuttinnleggelse og tvungent psykisk helsevern .....	13
3.2 Utredning og behandling etter innleggelsen .....	13
3.3 Voldsrisikoanalyse/konfrontasjon om voldsepisoder .....	14
3.4 Vedtak og klage over vedtak om tvungent psykisk helsevern .....	14
3.5 Krav til oppfølging ved utskrivelse.....	15
<b>4 Forhold ved virksomheten</b> .....	<b>15</b>
4.1 Organisering [REDACTED] .....	15
4.2 Avdeling psykiatrisk akuttmottak [REDACTED] .....	16
4.3 Avdeling spesialisert psykosebehandling (herunder post [REDACTED] .....	16
4.4 Rutiner for utredning og dokumentasjon av vilkårene for tvungent psykisk helsevern .....	16
4.5 Praksis ved mottak, vurdering og oppfølging av pasient .....	18
<b>5 Pasientbehandlingen</b> .....	<b>20</b>
5.1 Tidligere psykisk sykdom.....	20
5.2 Helsehjelpen ved psykiatrisk klinikk.....	21
5.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende.....	25
<b>6 Virksomhetens gjennomgang av hendelsen</b> .....	<b>26</b>
6.1 Umiddelbare tiltak etter hendelsen .....	26
6.2 Virksomhetens tilbakemelding til den foreløpige rapporten.....	26
<b>7 Pasientens tilbakemelding til den foreløpige rapporten</b> .....	<b>26</b>
<b>8 Opplysninger til Statens helsetilsyn fra pårørende</b> .....	<b>26</b>
<b>9 Hendelses- og årsaksanalyse</b> .....	<b>26</b>
<b>10 Statens helsetilsyns vurderinger</b> .....	<b>28</b>

<b>11</b>	<b>Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp? .....</b>	<b>28</b>
11.1	Mottak og vurdering av pasienten .....	29
11.2	Den medikamentelle behandlingen av pasienten.....	30
11.3	Voldsrisikovurderingen, og herunder kartleggingen av rusmiddelmisbruk.	31
11.4	Oppfølgingen av pasienten ved utskrivelsen .....	34
<b>12</b>	<b>Har [redacted] tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til psykotiske pasienter med paranoid schizofreni?.....</b>	<b>35</b>
12.1	Medvirkning fra, og informasjon til, de pårørende .....	35
12.2	Drøfting av de ulike vilkår for vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern.....	36
12.3	Har [redacted] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelser skjer igjen? .....	37
<b>13</b>	<b>Statens helsetilsyn konklusjon .....</b>	<b>38</b>
<b>14</b>	<b>Videre tilsynsmessig oppfølging .....</b>	<b>38</b>
•	<b>Vedlegg .....</b>	<b>40</b>

## Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn det stedlige tilsynet ved [REDACTED] etter varsel om en alvorlig hendelse som involverte en nylig utskrevet pasient.

Pasientens psykiske helse hadde blitt dårligere over tid. Pasienten har diagnosen paranoid schizofreni, og var i forbindelse med det aktuelle innlagt i ca. en måned frem til [REDACTED]. Før dette hadde [REDACTED] selv avsluttet behandlingen ved et DPS. Forut for innleggelsen hadde [REDACTED] [REDACTED], og ved innleggelsen ble [REDACTED] vurdert å ha forhøyet voldsrisiko, hovedsakelig fordi [REDACTED] over tid hadde vært uten legemidler for psykisk sykdom. Tilsvarende vurdering fremkom i opplysninger etter innleggelse i annen institusjon ett år tidligere. Det ble først fattet vedtak om tvungen observasjon etter lov om psykisk helsevern ved sykehusets akuttavdeling, og deretter vedtak om tvungent psykisk helsevern etter samme lov ved sykehusets psykoosepost.

Pasienten ble gjennomgående oppfattet som tildekkende, uten sykdomsinnsikt og med psykotiske gjennombrudd. [REDACTED] Det var utenom dette ikke særlige utfordringer med pasienten, og [REDACTED] deltok i daglige aktiviteter. Pasienten var skeptisk til medikamentell behandling. [REDACTED] samtykket til behandling med antipsykotiske legemidler, men det er noe usikkert hvor mange tabletter [REDACTED] tok.

Pasienten klaget over vedtakene. Kontrollkommisjonen kom til at pasienten var samtykkekompetent og kunne vurdere behovet for behandling selv. Pasienten skrev seg ut fra avdelingen samme dag som [REDACTED] fikk medhold i klagen, til tross for at [REDACTED] ble anbefalt å bli frivillig innlagt i avdelingen. [REDACTED]

Statens helsetilsyn har vurdert helsehjelpen som ble gitt pasienten. Vi har blant annet sett på vurderingene til grunn for behandlingsvalg og vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern. Vi har også sett på involveringen av pasientens pårørende, og vi har sett på virksomhetens håndtering da pasienten ville skrive seg ut etter kontrollkommisjonens vedtak.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Gjennomgangen av saken har vist at overflyttingen av pasienten fra akuttavdeling til psykoosepost tok lengre tid enn planlagt, og pasienten ble derved lengre i akuttavdelingen enn det som var normen ved sykehuset. Vi mener at vedtak om tvungent psykisk helsevern og igangsetting av medikamentell behandling, skulle skjedd på et mye tidligere tidspunkt. Virksomhetens oppfølging av prøvesvar var i tillegg mangelfull. Vi har også kommet til at det foreligger mangler ved vurderingen av pasientens voldsrisiko, herunder også dokumentasjonen av funn og vurderinger.

Tilsynssaken har videre avdekket at det også foreligger svikt i virksomhetens organisering og styring av helsetjenester for andre pasienter i lignende situasjoner. Virksomheten har ikke sikret at helsepersonellet i de involverte avdelingene kan oppfylle lovbestemte krav ved helsehjelp til pasienter med paranoid schizofreni som blir psykotiske og akuttinnlegges. Dette gjelder blant annet i forhold til involvering av pårørende i forkant av tvangsvedtak. Virksomheten skulle dessuten sikret et bedre samarbeid internt mellom avdelingene da pasienten ble liggende lengre enn ønskelig i akuttavdelingen. Den manglende samhandlingen medvirket også til at virksomheten kom for sent i gang med nødvendige behandlingstiltak.

Det følger av lovendringen i 2017 at det gjelder strengere krav for å kunne fastslå at pasienten mangler samtykkekompetanse, og at lovgiver ønsker mindre bruk av tvang.

Kontrollkommisjonens saksbehandling har ikke vært eget tema i tilsynssaken, da dette ligger utenfor Statens helsetilsyns mandat å vurdere. Omgjøringen av sykehusets vedtak om tvungent psykisk helsehjelp fikk imidlertid betydning ved at pasienten kunne skrive seg ut fra behandling. Vi vil peke på at det var en gradvis forverring og vold mot pårørende som var den utløsende årsaken til innleggelsen av pasienten, og at farekriteriet ble vurdert oppfylt. Statens helsetilsyn mener derfor at farekriteriet burde vært diskutert i kontrollkommisjonens vedtak i denne saken.

## 1 Tilsynets tema og omfang

██████████ varslet ██████████ om en alvorlig hendelse som involverte en pasient som nylig var skrevet ut fra psykiatrisk behandling ved Divisjon psykisk helsevern, psykiatrisk klinikk, ██████████. Pasienten har diagnosen paranoid schizofreni og flere tidligere innleggelse i psykisk helsevern. Ved forrige innleggelse, ca. ett år tidligere i en annen institusjon, ble det ble vurdert at voldsrisikoen var forhøyet dersom pasienten sluttet med antipsykotika og ble psykotisk igjen.

Ved innleggelsen i akuttavdelingen ██████████ i ██████████ var pasienten uten antipsykotika. ██████████ ble vurdert å være klart tankeforstyrret og med risiko for utagering. Vilåårene for tvungen observasjon etter lov om psykisk helsevern ble vurdert oppfylt. Senere kom en også til at vilåårene for tvungent psykisk helsevern i samme lov var oppfylt, og åtte dager etter innleggelsen ble pasienten overflyttet til avdeling for psykosebehandling ██████████.

Pasienten klaget til kontrollkommisjonen, og fikk medhold i sin begjåring om utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern. Pasienten ble anbefalt å bli i avdelingen, men skrev seg selv ut samme dag. ██████████

Saken gjelder helsehjelp til en sårbar pasientgruppe der svikt i tjenesten kan ha betydning både for den enkelte pasient, for pårørende og for samfunnet. Statens helsetilsyn besluttet å gjennomføre stedlig tilsyn for å opplyse saken. Dette ble gjort blant annet for å kunne vurdere om det forelå svikt i helsetjenesten til pasienten, og for å vurdere om det er nødvendig med tiltak for å forhindre lignende svikt i fremtiden.

Statens helsetilsyn har i denne saken benyttet ekstern sakkyndig, spesialist i psykiatri, for bistand til normering av god faglig praksis ved akuttinnleggelse og oppfølging av pasienter med psykose, og for vurderingen av helsehjelpen og virksomhetens prosedyrer og praksis. Den sakkyndige var med på det stedlige tilsynet og har gitt en sakkyndig uttalelse til saken. Den sakkyndiges vurdering har inngått i vår normering og vurderingene i saken, og den sakkyndige har også bistått underveis i prosessen, med faglige innspill til rapporten.

Vurderingstemaene i saken er om pasienten fikk forsvarlig oppfølging og behandling under oppholdet, og om virksomheten har organisert sine tjenester slik at denne pasientgruppen får forsvarlige helsetjenester. Det er også tema i saken om virksomheten i sin organisering av helsetjenesten for pasienter som kan være til fare for seg selv eller andre, ivaretar samfunnets interesser i forbindelse med utredning, vurdering og begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Saken reiser i tillegg spørsmål om virksomheten har ivaretatt de pårørendes rettigheter.

I det følgende gjør vi rede for det aktuelle lovgrunnlaget og hvilke forventninger som stilles til helsepersonell og virksomheter for oppfølging av pasienter med paranoid schizofreni som vurderes å ha behov for tvungent psykisk helsevern. Deretter gjør vi rede for hendelsesforløpet med bakgrunn i foreliggende opplysninger, og forhold ved virksomheten som har betydning for vår vurdering i saken.

Saksbehandlingsprosessen beskrives i vedlegg til rapporten.



## **2 Aktuelt lovgrunnlag**

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, og skal i saker som gjelder varsel om alvorlige hendelser foreta stedlig tilsyn dersom dette anses nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. Dette fremgår av ny helsetilsynslov § 6 andre ledd (tilsvarende gjaldt før 1. juli 2019 i tidligere helsetilsynslov § 2), jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

I det følgende presenteres det aktuelle lovgrunnlaget for våre vurderinger i tilsynssaken.

### **2.1 Forsvarlig helsehjelp**

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om virksomheten er organisert og styres slik at pasienter i tilsvarende situasjoner er sikret forsvarlig helsehjelp. Til dette ligger også et krav til at virksomheten er organisert på en slik måte at helsepersonellet som yter helsehjelpen blir i stand til å overholde lovpålagte plikter.

Det er virksomheten selv som har ansvaret for at tjenestene som tilbys til enhver tid er forsvarlige, og at virksomheten drives i samsvar med de krav som er fastsatt i lov og forskrift. Tilsyn er ett av flere virkemidler for å påse at intensjonene i lovverket etterleves. Et tilsyn er kontroll av om helsehjelpen og virksomhetens styring er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Aktuelle lovbestemmelser som saken vurderes etter er spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8 nr. 1 og 2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell og reguleres nærmere i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16 og helsepersonelloven § 4.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard og tar utgangspunkt i hva som må kunne forventes av helsepersonell og virksomheter. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsmessige normer. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven, og endrer seg med fagutviklinger og endringer i verdioppfatninger. Disse normene utgjør på denne måten det som betegnes som god faglig praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det må normalt foreligge et markant avvik fra god faglig praksis før helsehjelpen vil anses som uforsvarlig.

### **2.2 Virksomhetens plikt til styring og ledelse samt plikt til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Virksomhetene har plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetens plikt til å arbeide med tematisk kvalitets- og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 3, og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter.

Det er sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetens plikt til å arbeide med systematisk kvalitets- og pasientsikkerhet (internkontroll). Virksomhetens ansvar innebærer blant annet en plikt til forsvarlig organisering og oppgavefordeling, til å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse, til å ha oversikt over områder i virksomheten med risiko for svikt, til å planlegge hvordan risiko kan minimeres samt plikt til å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner til å ivareta kravet til forsvarlighet. Under dette gjelder det også et krav til om å sikre at ansatte får tilstrekkelig opplæring og oppfølging.

Kravet til forsvarlig styring og ledelse gjelder på alle ledelsesnivå, jf. også Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv 1-2/2013 – «Lederansvaret i sykehus». Ansvarer innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterlevs. Dette krever blant annet at ledelsen foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten, og setter inn risikoreduserende tiltak der det er nødvendig. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedring vedvarer. Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser, for å avdekke eventuell svikt og sikre at tilsvarende svikt skal skje igjen. Prosessen innebærer både å identifisere årsaker og implementere de tiltak som viser seg å være effektive.

### **2.3 Krav til helsepersonell**

Forsvarlighetsstandarden tar i tillegg utgangspunkt i hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Ved vurderingen av om helsehjelpen har vært forsvarlig skal det tas utgangspunkt i hva som er god faglig praksis for tilsvarende forhold. Forsvarlighetsvurderingen av helsepersonells handlinger skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling, ikke hva som ville vært en ideell situasjon. Fagutøvelsen må etter omstendighetene avvike relativt klart fra god faglig praksis før helsehjelpen anses for å være uforsvarlig.

### **2.4 Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern**

Utgangspunktet for helsehjelp er at den skal være frivillig og bygge på et informert samtykke. For enkelte pasienter er imidlertid deres helsetilstand av en slik karakter at det vil være nødvendig med vurdering og behandling på tvers av pasientens eget ønske.

Formålet med psykisk helsevernloven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et uttalt formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang. For at slik helsehjelp forsvarlig skal kunne etableres, er det viktig at bestemmelsene for tvungent helsehjelp er oppfylt. Det stilles særlige krav til helsepersonellens yrkesutøvelse i slike tilfelle, og tilsvarende særlige krav til virksomheten knyttet til organisering og gjennomføring. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.

Vilkår for vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern og vilkår for vedtak om slike inngrep, fremgår av psykisk helsevernloven kapittel 3.

For tvungen observasjon stilles blant annet krav til at det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og at pasienten mangler

samtykkekompetanse, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 4-3. Utgangspunktet er at slik tvungen observasjon ikke kan vare ut over ti dager fra undersøkelsens begynnelse.

For tvungent psykisk helsevern stilles det blant annet krav om at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre enten at utsikten til bedring av helsetilstanden til pasienten reduseres i betydelig grad, eller det er stor sannsynlighet for at pasientens helsetilstand forverres vesentlig uten slik behandling, eller at pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Vilkårene omtales gjerne som behandlings- og farekriteriet.

Det er den faglig ansvarlige som kan treffe vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og dette skal skje på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse av pasienten.

## **2.5 Pasientens samtykkekompetanse**

Pasienten skal gis anledning til å uttale seg før tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etableres. Det er imidlertid presisert at vilkåret om manglende samtykkekompetanse ikke gjelder ved nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller andre liv eller helse.

Regler om samtykkekompetanse kom inn i lov om psykisk helsevern etter lovendring med ikrafttredelse 1. september 2017. Begrunnelse for endringen fremkommer blant annet av Prop. 147 L (2015 -2016), og hovedargumentet for endringene er at tvang bare skal brukes når det er helt nødvendig og siste utvei. I denne sammenheng anses styrking av pasientens selvbestemmelse og rettsikkerhet som viktige tiltak for å redusere bruken av tvang, og for å få en riktigere bruk av tvang. Medvirkning og selvbestemmelse er også sentrale elementer i regjeringens arbeid med å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd regulerer når samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis. Dette gjelder hvis pasienten «på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.» Dette innebærer at hvis det ikke framstår som åpenbart for helsepersonellet at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt nekte å motta behandling. Bestemmelsen stiller også krav om bestemte årsaker for bortfall av samtykkekompetansen. Det er gitt veiledning til innholdet i bestemmelsen, og momenter som er relevante når det skal tas stilling til spørsmålet om en pasient har samtykkekompetanse i rundskriv fra Helsedirektoratet, IS-8/2015 (Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer) og IS-1/2017 (Psykisk helsevernloven med kommentarer).

Sivilombudsmannen har i en uttalelse fra oktober 2019 redegjort for innholdet i beviskravet for manglende samtykkekompetanse, jf. SOM 2018/2278. Lovens krav om at det må være «åpenbart» at personen mangler den nødvendige evnen til å forstå hva behandlingsavgjørelsen gjelder, gir uttrykk for et svært strengt beviskrav. Det er ikke tilstrekkelig med overveiende eller klar sannsynlighetsovervekt. Dersom det er tvil om personen mangler den nødvendige evnen til å forstå hva behandlingsavgjørelsen gjelder, er beviskravet ikke oppfylt, og vedkommende skal regnes for å være samtykkekompetent.

## **2.6 Krav til dokumentasjon**

Helsepersonells journalføringsplikt, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40, er begrunnet i hensynet til pasientsikkerheten, hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og i

hensynet til etterprøvbarehet av den helsehjelpen som er gitt. Plikten til å føre journal er en del av forsvarlighetskravet, jf. helsepersonelloven § 4.

Konsekvensen av mangelfull dokumentasjon er at den helsehjelpen den enkelte pasient får kan bli uoversiktlig, tilfeldig, og i verste fall faglig uforsvarlig. Pasientjournalen skal fungere som et arbeidsverktøy, og skal i tillegg gi pasienter og tilsynsmyndigheten anledning til å få innsyn i den behandlingen som er gitt. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. En oversikt over hvilke opplysninger som kan være relevante og nødvendige er listet opp i pasientjournalforskriften §§ 5-8 (ikke uttømmende), blant annet opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger. Videre kan det være relevant og nødvendig å journalføre opplysninger om overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer og opplysninger om råd og informasjon til pårørende og opplysninger om pasientens reservasjoner og samtykkekompetanse. Ved bruk av tvang skal det faktiske og rettslige grunnlaget for tvangen fremgå.

Journalføringsplikten gjelder for helsepersonellet, men det vil også stilles krav til virksomheten med hensyn til organisering og styring, for gjennomføring av journalføring, herunder nødvendige system, opplæring og kontroll.

## **2.7 Pårørendes rett til informasjon og medvirkning**

Før vedtak om etablering eller opphør av tvungent psykisk helsevern fattes, har pasientens nærmeste pårørende rett til å uttale seg, jf. lov om psykisk helsevern § 3-9.

Opplysninger fra pårørende skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Pårørende skal videre ivaretas av virksomheten i etterkant av en alvorlig hendelse. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a har virksomheten plikt til å sørge for at pasientens nærmeste pårørende får informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd.

## **3 Faglige normeringer**

Under dette punktet redegjør vi nærmere for hva som legges til grunn som gjeldende forventninger til god faglig praksis. Dette for både helsepersonell og virksomheter, og knyttet til behandling av psykotiske pasienter med paranoid schizofreni, som henvises for tvungent psykisk helsevern.

Det er gitt nasjonale føringer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser i Helsedirektoratets retningslinje IS-1957. Tiltak som iverksettes for pasienter med psykose må være individuelt tilpasset, ta hensyn til den enkeltes ressurser og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet. Retningslinjen bør være godt kjent i virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring. Retningslinjen er også ment å være normerende for tilsynsmyndighetenes vurderinger, og vil bli vektlagt i den videre vurderingen i saken.

### **3.1 Mottak av pasient med psykose for akuttinnleggelse og tvungent psykisk helsevern**

Når en akuttpsykiatrisk avdeling tar imot en pasient med kjent sykdomshistorikk, god beskrivelse av sykdomsforverring etter selv å ha sluttet med medisiner og avslått forsøk på frivillig behandling, kan det, med mindre innledende undersøkelser gir mistanke om annen årsak, fastslås at det dreier seg om en alvorlig sinnslidelse. Det kan også fastslås at frivillig behandling ikke har ført frem.

Det vil i en slik situasjon være i tråd med god klinisk praksis å sørge for riktige rammer for behandlingen fra første vurdering. Det vil være i samsvar med god faglig praksis å ta imot pasienten til tvungent psykisk helsevern dersom dette er henvisningsgrunnen. I et slikt tilfelle vil det ikke være god faglig praksis, eller i samsvar med kriteriene for frivillighet og tvang, å ta imot pasienten til en annen paragraf enn tvungent psykisk helsevern, da dette vil medføre en forsinkelse som kan medføre utsatt behandling for pasienten.

Hensikten med innleggelsen er å iverksette virksom behandling raskt. Antipsykotiske legemidler er sentralt i behandlingen av paranoid schizofreni. Det vil være god praksis å sette seg inn i de opplysninger om pasientens bruk av legemidler som følger med ved henvisning av pasienten, eller som fremkommer av epikriser/tidligere journaldokumentasjon.

Pasienter med psykose og samtidig rusmiddelbruk må utredes med fokus på både rus og psykose samtidig. Kartlegging av rusmiddelbruk ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe bør vurderes som et supplement til annen type kartlegging, spesielt på akuttavdelinger. Urinprøve bør vurderes allerede ved første kontakt/innleggelse, jf. IS-1957 punkt 7.2.1. Det er god faglig praksis å følge opp disse, eksempelvis gjennom å ta nye prøver ved behov, og å iverksette eventuelle tiltak som kreves med bakgrunn i de funn prøvene viser.

Pasienter som tidligere har sluttet med medisiner på egen hånd, og som også har gjort det forut for den aktuelle innleggelsen, vil i en slik fase av sykdommen som oftest ikke klare å samarbeide frivillig om gjennomføring av medikamentell behandling i virksom dosering over tilstrekkelig tid. Det vil som oftest være nødvendig å etablere tvungent psykisk helsevern og vedtak om behandling uten samtykke, for å få til adekvat behandling. Det er et vilkår for etablering av behandling uten samtykke at pasienten skal ha vært underlagt tvungent psykisk helsevern i fem døgn, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

Den faglig ansvarlige for utredningen og behandlingen av pasienten bør selv innhente informasjon fra pårørende, enten direkte eller ved å sikre at andre gjør det. Informasjonen fra pårørende skal inngå som del av informasjonsgrunnlaget for beslutningene om behandling og vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det vil dermed ikke være tilstrekkelig å informere pårørende etter at vedtaket er fattet. Pårørendes informasjon til sykehuset skal også fremkomme av pasientens journal. Dette fremkommer både av lov om psykisk helsevern § 3-9 og Helsedirektoratets kommentarer til loven. I kommentarene er det vist til at nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand og fungering med og uten behandling, som kan påvirke den faglig ansvarliges vurderinger.

### **3.2 Utredning og behandling etter innleggelsen**

Lang liggetid i en mottakspost kan være krevende for både pasienten og personalet, og det kan medføre lengre tid før pasienten kommer i gang med behandling og planlegging av videre

forløp. Der det vurderes at pasienten er i behov for behandling gjennom tvungent psykisk helsevern, er det god praksis å overføre pasienten til psykiatrisk avdeling for gjennomføring av behandlingen.

Der liggetiden i akuttmottaket blir lengre enn ønskelig, må virksomheten sikre nødvendig samarbeid mellom de ulike avdelingene, eksempelvis igangsetting av behandling, slik at den ikke forsinkes. Pasientens behov skal være hovedfokuset, ikke den enkelte avdelings hovedoppgave, slik at den negative effekten av et forløp hvor overflytting ikke kan skje på grunn av kapasitetshensyn, motvirkes.

Standard behandling ved psykose er antipsykotika i adekvate doser, helst noe pasienten har respondert bra på før. Dersom frivillig behandling ikke lykkes, skal det drøftes hvordan pasienten kan motiveres til dette, eller om det er grunnlag for å fatte et tvangsmedisineringsvedtak etter lov om psykisk helsevern. Dersom pasienten har negative erfaringer (utilsiktet organpåvirkning eller alvorlige bivirkninger) med antipsykotika, skal det tas hensyn til dette i valget av legemiddel.

### **3.3 Voldsrisikovurdering/konfrontasjon om voldsepisoder**

Rusmiddelmissbruk, massive paranoide forestillinger om forfølgende, kommanderende voldsfremmende stemmer og en ubehandlet psykose, er eksempler på forhold som kan øke risikoen for voldsbruk. Det vil være god faglig praksis å undersøke/vektlegge slike forhold som del av en voldsrisikoanalyse.

Risiko for voldsbruk er en dynamisk størrelse, som endrer seg over tid, og fra situasjon til situasjon. I tilfeller der voldsrisiko anses forhøyet vil det være god faglig praksis at utredningen i institusjonen inneholder strukturerte intervjuer/spørreskjemaer knyttet til voldsrisiko.

Ved mistanke om risiko for voldsutøvelse kan V-RISK-10, BVC eller HCR-20 anvendes for å kunne si noe om voldsrisiko på kort sikt, jf. anbefaling i IS-1957 punkt 7.2.5. Det viktigste kriteriet i en voldsrisikovurdering er om personen har begått voldshandlinger tidligere. Der en voldshandling er kjent, vil det derfor være god praksis å konfrontere pasienten med voldshandlingen, for ved dette å utrede situasjonen rundt voldshandlingen og ha et styrket grunnlag for å vurdere eventuell risiko for ytterligere vold. Pasienter med psykose og samtidig rusmiddelmissbruk må utredes for både rusmiddelmissbruk og psykose samtidig. Ved rusinduserte psykoser, bør primærpsykose vurderes dersom psykosesyntomene vedvarer etter en måned ved fravær av rusmiddelmissbruk, jf. IS-1957 punkt 7.2.1.

### **3.4 Vedtak og klage over vedtak om tvungent psykisk helsevern**

Det vil være i samsvar med god faglig praksis å journalføre de konkrete forholdene ved pasienten og helsetilstanden, som har vært avgjørende for vurderingene og konklusjonene, for vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern. Dette bør gjøres for alle de vurderingstema som har vært relevante i vurderingen av aktuelle pasient (behandlings- og farekriteriet). Også om, som i det aktuelle tilfellet, helsepersonell skulle mene at farekriteriet ikke lengre er oppfylt. Det bør da nedfelles i journal hvilke funn og overveielser som ligger til grunn for vurderingen.

Dersom pasienten påklager vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, plikter virksomheten å redegjøre for sitt vedtak overfor kontrollkommisjonen, og på den måte bidra til opplysning av saken. Kontrollkommisjonen kan be om en skriftlig redegjørelse fra

den faglig ansvarlige for vedtaket. Den skriftlige redegjørelsen skal inneholde opplysninger om den påklagede avgjørelsen, og hvordan den faglig ansvarlige har vurdert lovens vilkår. Det skal også gis en oversikt over de opplysninger den faglig ansvarlige har bygget sin avgjørelse på. Den vedtaksansvarlige plikter å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndig. Det er vanlig at den vedtaksansvarlige som har best kjennskap til pasienten, møter. Kontrollkommisjonen plikter på sin side å prøve alle sider av saken, og skal vurdere om vilkårene er oppfylt på det tidspunktet kontrollkommisjonen treffer sitt vedtak. Det er derfor viktig at relevante opplysninger om pasientens tilstand i tiden etter at vedtak ble fattet og frem til møtet, kommer frem.

### **3.5 Krav til oppfølging ved utskrivelse**

Dersom pasienten får medhold i sin klage til kontrollkommisjonen og tvungent psykisk helsevern opphører, er pasienten å anse som frivillig innlagt. Dersom virksomheten fortsatt mener pasienten vil ha nytte av behandling, er det god faglig praksis å informere pasienten om mulighetene for dette, og søke å motivere pasienten til å la seg behandle frivillig. Pasienten kan da velge å takke ja til videre frivillig behandling eller kreve seg utskrevet. Virksomheten må respektere pasientens beslutning. Det påligger imidlertid sykehuset å informere pasientens pårørende om den nye situasjonen.

Det vil være god faglig praksis å sikre at legemiddelbehandling og/eller planlagte undersøkelser av pasientens somatiske tilstand, følges opp til tross for utskrivelsen. Virksomheten må vurdere om dette skal følges opp av virksomheten eller andre instanser, eksempelvis pasientens fastlege.

## **4 Forhold ved virksomheten**

Under dette punktet gjøres det rede for hvordan virksomheten hadde lagt til rette for forsvarlig utredning og behandling av pasienter med kjent paranoid schizofreni, som akuttinnlegges, og som vurderes å ha behov av tvungent psykisk helsevern. Opplysninger er hentet fra uttalelse av [redacted] fra [redacted] med vedlegg av styrende dokumenter for virksomheten, [redacted] tilbakemelding av [redacted] til Helsetilsynets foreløpige rapport, samt opplysninger fra samtaler med ledelsen og ansatte ved det stedlige tilsynet.

Relevant i saken er blant annet hvordan virksomheten har lagt til rette for faglig forsvarlig vurdering av kravene til tvungent psykisk helsevern, dokumentasjon av vurderinger knyttet til dette, og kontakt med og medvirkning for pårørende. Når det gjelder kravene til vedtak er det også relevant å se på om virksomheten har tilrettelagt for forsvarlig klagebehandling i kontrollkommisjonen.

### **4.1 Organisering**

[redacted]. Psykiatrisk klinikk er en av klinikkene i divisjonen [redacted]

Psykiatrisk klinikk er inndelt i [redacted] avdelinger, jf. mottatte organisasjonskart av [redacted]. Psykiatrisk klinikk tilbyr spesialisert utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering på sykehusnivå. Foruten avdeling psykiatrisk akuttmottak [redacted] og avdeling psykosebehandling (post [redacted]), består psykiatrisk klinikk også av følgende avdelinger:

[redacted] Enheten ledes av en klinikkdirektør.

Den tverrfaglige kompetansen består av to spesialister i psykiatri, en psykologspesialist, LIS-lege, sosionom, sykepleiere/vernepleiere med og uten spesialutdannelse og annet pleiepersonale. Denne kompetansebeskrivelsen gjelder både for PAM1 [redacted] og post [redacted].

Behandlingsopplegget blir individuelt tilrettelagt ut fra pasienten sin psykiske lidelse/symptom, sykdomsfase, ressurser og aktuelle problemområder. Behandlingen ivaretas av et tverrfaglig team rundt den enkelte pasient. Pasienten deltar så langt det er mulig. Tilnæringsmåter er samtaleterapi, medikamentell behandling, primærsykepleie og miljøterapi med fokus på egostyrkende sykepleie inkludert samtaler og sosial trening. Det vektlegges å oppnå allianse med den enkelte pasient. Målsettingen ved behandlingen er stabilisering av den psykiske tilstanden, reduksjon av psykotiske symptom og diagnostisering for å kunne gi en best mulig behandling og videre oppfølging. Herunder rask etablering av ettervern.

#### **4.2 Avdeling psykiatrisk akuttmottak [redacted]**

PAM er inndelt i to sengeposter [redacted] som er like i fysisk utforming, bemanning og pasientsammensetning. [redacted] har tilsammen 20 døgnbehandlingsplasser, fordelt på ti senger på hver av sengepostene.

Uavhengig av problemstilling og diagnose blir personer som er utagerende og/eller med alvorlig risiko for selvmord, eller andre tilstander med behov for akutt innleggelse i lukket avdeling, innlagt på [redacted]. I sin tilbakemelding til den endelige rapporten av [redacted] 2020 har virksomheten presisert at [redacted] skal være en aktiv behandlingspost. Det påpekes at det er ansatt gode behandlere og miljøpersonale i front, og at dette skal sikre at pasientene blir underlagt grundig observasjon og undersøkelse.

Det skal ikke være overbelegg i [redacted] postene, og det er en uttrykt målsetting om at pasienter skal avklares innen 48 timer. Gjennomsnittlig liggetid i [redacted] er ca. 2,5 dager, der hovedmålsettingen er å stabilisere en akutt situasjon, initiere akuttbehandling og vurdere om pasienten har behov for videre utredning og/eller behandling i psykisk helsevern.

#### **4.3 Avdeling spesialisert psykosebehandling (herunder post [redacted])**

Avdelingen er inndelt i fem poster. [redacted]

Post [redacted] er en lukket akutt korttidssengepost med ni sengeplasser. Målgruppe for avdelingen er frivillige og tvangsinnlagte pasienter med psykoseproblematikk. Det er i redegjørelsen fra [redacted] opplyst om stor variasjon i pasientgruppen, og at liggetiden varierer ut fra den enkelte pasients behov. Gjennomsnittlig liggetid er angitt til tre-fire uker.

#### **4.4 Rutiner for utredning og dokumentasjon av vilkårene for tvungent psykisk helsevern**

Under dette punktet gjennomgås relevante styrende dokumenter for virksomheten, oversendt Statens helsetilsyn ved brev av [redacted] fra [redacted] og opplysninger om gjeldende praksis fra samtaler med ledelse og helsepersonell i forbindelse med stedlig tilsyn.

##### *Kartleggingssamtale med ny pasient på post (ikke datert)*

Kartleggingssamtale gjennomføres med alle nye pasienter som innlegges til videre utredning/behandling fra [redacted] til ny post i avdeling for spesialisert psykose. Samtalen skal fortrinnsvis gjennomføres innen første døgn, og gjennomføres av sykepleier eller vernepleier



på post. Rutinene har et klart forebyggende perspektiv. Formålet er å komme frem til forebyggende tiltak sammen med pasienten som kan iverksettes hvis uro og aggresjon oppstår. Kartleggingssamtalen inneholder to deler, der første del går ut på å kartlegge dagligdagse rutiner som er viktig for pasienten. I del to av kartleggingssamtalen er fokuset hvilke situasjoner som kan lede til uro og aggresjon. Aggresjonstriggere og varselsignaler skal nedtegnes, og en plan over hva miljøpersonalet og pasienten selv kan bidra med når uro og aggresjon oppstår skal opprettes (tiltaksplan).

#### *Minste felles diagnostikk i Divisjon psykisk helsevern (gyldig fra 7. mai 2013)*

I denne prosedyren gis det anvisning om hvilken grunnleggende utredning som skal gjennomføres. Avvik fra prosedyren skal grunngis i journalen. Klinikkdirektøren har ansvar for implementering og gjennomføring av prosedyren, mens den enkelte arbeidstaker har ansvar for å følge prosedyren.

Minste felles diagnostikk i Divisjon psykisk helsevern omfatter:

- a) journalopptak - mal
- b) blodprøver og somatiske undersøkelser
- c) obligatorisk strukturert intervju: M.I.N.I. (Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju)

#### *Mal for journalopptak i Psykiatrisk klinikk (gyldig fra 26. oktober 2015)*

Proseduren lister opp momenter som er relevante, blant annet om voldshistorie. Journalopptaket skal være orienterende, men er viktig som screening for videre kartlegging. Det er gitt forslag til måter å beskrive tankeforstyrrelser, tankeinnhold og vrangforestillinger mer presist og konkret. Pasientens sykdomsinnsikt og troverdighet skal vurderes. Vurdering av pasientens troverdighet trenger komparentopplysninger, og det er pekt på at slik vurdering er nødvendig da pasientens diagnose i stor grad stilles på grunnlag av hva pasienten selv sier.

#### *Brøset Violence Checklist (BVC)*

Brøset Violence Checklist er et korttids predikasjonsinstrument, med en sekspunkts-sjekkliste for utredning av voldelig adferd blant psykiatriske pasienter. Sjekklisten skal hjelpe klinikere til å forutse voldelig og aggressiv atferd i løpet av det nærmeste døgnet. Pasient som vurderes å ha ett eller flere av de symptomer som er beskrevet i sjekklisten skåres med «1». Det er også gitt anvisning for operasjonalisering av begreper og tolkning av resultater i prosedyren.

«Forvirring» er en kategori BVC-atferd. Definisjonen for denne atferden er «Oppfører seg åpenbart forvirret og desorientert. Kan hende er pasienten ikke orientert for tid og sted samt person». Dersom sum for skåring er 1-2, anses det å foreligge moderat risiko for vold. Prosedyren inneholder også anvisning på preventive forholdsregler som bør tas.

BVC er et enkelt verktøy som er lett å lære, og som ikke krever at helsepersonell må stille spørsmål eller bruke et skjema, men baserer seg utelukkende på observasjon av pasienten. Det vesentlige med BVC er at det skal iverksettes forebyggende tiltak når BVC-verdien stiger, noe som krever at det er opprettet tiltaksplaner for hva helsepersonell skal gjøre overfor den enkelte pasient.

I psykiatrisk klinikk er BVC innført i alle avdelinger, og virksomhetsledelsen har i tilbakemeldingen til oss opplyst at en internkontroll viser at BVC benyttes i mer enn 90 prosent av tilfellene overfor alle pasienter, og på alle skift. BVC skåres fortløpende og nedtegnes i journal for dokumentasjon og overføring av status presens til neste skift. I tillegg

til å dokumentere BVC-verdi, skal det dokumenteres hvilke tiltak som ble benyttet ved forhøyet BVC.

#### *Vurdering av voldsrisiko (gyldig fra 8. april 2016)*

Klinikkdirektør ved Klinikk sikkerhetspsykiatri har ansvar for opprettelse og vedlikehold av prosedyren. Ansvarer omfatter også å gi tilbud om opplæring, og klinikkdirektørene skal sikre at ansatte får nødvendig opplæring i å utføre voldsrisikovurdering.

Prosedyren beskriver to aktiviteter:

- 1) screening
- 2) strukturert risikovurdering

#### *Veileder for screening av voldsrisiko (gyldig fra 8. april 2016)*

I veilederen er det påpekt at utgangspunkt for screeningen bør være ordinært pasientintervju eller samtale, i tillegg til komparentopplysninger. Ett av spørsmålene det vises til som relevant er «Har du noen gang prøvd å skade andre?».

Det påpekes at en må forvente at pasienter vil bagatellisere eller minimalisere tidligere vold eller risikofaktorer for fremtidig vold. Derfor kan komparentopplysninger være viktige. Det er påpekt på at informasjon fra bl.a. pårørende kan gi holdepunkter for tidligere vold eller voldstanker. I tillegg bør journaler og andre skriftlige helseopplysninger gjennomgås. Det angis som aktuelt også å kartlegge sekundære varselsignal. Særlig viktig er det å vurdere om varselsignalene er alvorlige, eskalerende eller har forekommet nylig. Dersom dette er tilfelle må en strukturert risikovurdering vurderes.

I prosedyren oppgis følgende om krav til dokumentasjon:

- a) grunner for anta voldsrisiko
- b) kjennetegn ved voldsrisiko som voldstype, alvorlighet, akuttgrad, varighet, og sannsynlighet
- c) nødvendige håndteringstiltak
- d) en vurdering av om strukturert voldsrisikovurdering bør gjennomføres.

Mulig voldsrisiko må vurderes i kontekst: i og/eller utenfor institusjon. Det er påpekt som viktig å vurdere endringer i tilstand (for eksempel BVC).

#### *Voldsrisiko sjekkliste – 10 (V-RISK-10) (ikke datert)*

Dette er en kort screening-sjekkliste med ti ledd som dekker historiske, kliniske og risikohåndteringsvariabler. V-RISK-10 er ikke innført som en standardisert verktøy ved Psykiatrisk klinikk.

### **4.5 Praksis ved mottak, vurdering og oppfølging av pasient**

Under dette punktet gjennomgås de opplysningene i saken som redegjør for gjeldende praksis i virksomheten og ved de aktuelle avdelingene som var involvert i mottak, vurdering og oppfølging av pasienten.

#### **4.5.1 Generelt for begge avdelingene**

Ved det stedlige tilsynet ble det av flere ansatte, både ved [REDAKTERT] og post [REDAKTERT], fremhevet at situasjonen ved behandling av psykisk syke pasienter har blitt mer komplisert etter lovendringen med innføring av bestemmelser om samtykkekompetanse som skranke for bruk av tvang (september 2017). Helsepersonell opplever at de må bruke mer ressurser på begrunnelse for vedtak nå enn tidligere. Videre er det opplyst at det i etterkant av

lovendringen har vært en økning i antall voldshendelser mot personalet, fordi pasientene som innlegges er mer psykotiske enn tidligere.

Fra helsepersonell fra både [redacted] og post [redacted] ble det opplyst at det, for vedtak om tvungent psykisk helsevern, var praksis for å kun drøfte de vilkår som positivt er tilstede. Dersom behandlingskriteriet var oppfylt, og pasienten manglet samtykkekompetanse, vurderes ikke alltid farekriteriet i tillegg. Når det gjaldt farekriteriet, kom det frem at praksis i virksomheten var at de i hovedsak vurderte selvmordsfare. De hadde ikke et like bevisst forhold til å vurdere spørsmålet om det forelå fare for andres liv og helse.

#### 4.5.2 [redacted]

Det ble under det stedlige tilsynet redegjort for at det var vanlig praksis å sette seg inn i pasientens tidligere historikk, gjennom epikriser og opplysninger fra tidligere innleggelses ved psykiatrisk klinikk eller andre steder. Behandlerne ved [redacted] innhenter mye informasjon fra pleiepersonalet, og det er utstrakt dialog mellom de ansatte om pasientene.

Det ble opplyst at praksis var at sykepleiere i [redacted] som oftest tok kontakt med pasientenes pårørende, og da kun for å informere om innleggelsen. Pårørendes rett til å uttale seg ble sett i sammenheng med deres rett til å klage på vedtaket om tvungen helsehjelp. Pleiepersonellet med ansvar for pasienten på den aktuelle vekten har ansvar for å dokumentere i journalen. Ledelsen ga uttrykk for at notatene i pasientens journal syntes representative for gjeldende praksis. Det ble fremhevet, som en utfordring, at journalføringssystemet ikke lengre ga mulighet for å føre komparentopplysninger uten innsyn for pasienten. Konkret medførte dette at negative opplysninger om pasienten som kom frem i samtale med de pårørende, ikke ble ført i journalen.

Fra ledelsens side ble det opplyst om mer fokus på opplæring, og en økning i undervisningen, de siste to år. Blant annet gjennomføres det jevnlig temakurs og trening i håndtering av vold. Disse kursene gjennomføres av sikkerhetsavdelingen. Det er undervisning for pleiepersonalet hver torsdag, samt at det arrangeres enkelte fagdager.

Tvangsmedisinering anses som et av de mest inngripende tiltakene ovenfor pasienten. Det ble beskrevet at slik beslutning etter gjeldende praksis bør gjøres etter at pasienten er overflyttet til avdeling for spesialisert psykosebehandling. Helsepersonellet ved [redacted] opplyste at de tenkte at det var god tid til å kartlegge pasienten på et senere tidspunkt.

#### 4.5.3 Post [redacted]

Vi fikk opplyst at praksis ved post [redacted] er at hver pasient har et team rundt seg, men at medlemmene i teamet endres ved rullering og vakter. Det er ikke fremlagt dokumentasjon som angir rammer og arbeidsoppgaver for teamet, eller opplysninger knyttet til konkrete teammøter. Pleiepersonellet sa at den viktigste arenaen for utveksling av opplysninger om pasientene og diskusjon, var morgenmøtet.

Helsepersonell skal normalt ha tilgang til journal internt i Psykiatrisk klinikk, eksempelvis ved overflytting fra [redacted] til post [redacted], men det må søkes om slik tilgang. Det ble opplyst at praksis ved sengeposten er at kontakt med pårørende er delegert til sykepleierne på posten, og at de generelt føler at de har de tett kontakt med pårørende.

Det ble opplyst at posten ofte har flere pasienter enn de skulle hatt. Lokalene ble ansett som dårlig egnet fordi det er dårlig plass, og dette kan være uheldig for pasienter med psykose.

Opplysninger om pasienter der farekriteriet anses oppfylt, står oppført på en tavle på ett av kontorene på posten. Det ble opplyst at det hadde vært ca. ti hendelser med vold/trusler om vold på posten siste året, og at disse var politianmeldt.

Det ble vist til at det fantes en skriftlig instruks for å vurdere spørsmål om samtykkekompetanse. Denne er ikke fremlagt for Statens helsetilsyn.

Når det gjelder redegjørelse for kontrollkommisjonen etter klage på vedtak fra pasient, er det praksis i avdelingen for at LIS-legen skriver fremlegget til kontrollkommisjonen. Fremlegget blir kvalitetssikret av overlege/spesialist i psykiatri.

Alle nyansatte har fem opplæringsvakter, og nyansatte får tildelt en fadder. De ansatte har også tilbud om veiledningsgrupper.

## 5 Pasientbehandlingen

I dette kapittelet beskriver vi først pasientens tidligere sykdomshistorikk. Deretter redegjør vi for pasientbehandlingen, oppfølgingen og vurderingene i forbindelse med den aktuelle innleggelsen ved psykiatrisk klinikk. Vi vil også ta med opplysninger knyttet til vedtakene som ble fattet i virksomheten, og klagebehandlingen i kontrollkommisjonen, da dette også er forhold som er av betydning for det helhetlige bildet og rammene for helsehjelpen.

### 5.1 Tidligere psykisk sykdom

#### 5.1.1 Bakgrunn og debut

Pasienten er en [redacted] som var [redacted] år på tidspunktet for helsehjelpen. [redacted]

[redacted] var første gang innlagt for tvungen observasjon ved [redacted] fra [redacted]. [redacted] fikk da diagnosen psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse som skyldes multiple stoffer, og diagnosen paranoid psykose. Vedtaket om tvungen observasjon ble forlenget, og pasienten var innlagt ved avdeling for psykose. [redacted]

#### 5.1.2 Helsehjelp ved [redacted]

Pasienten flyttet til [redacted] i [redacted]. [redacted] ble innlagt ved [redacted] ved [redacted] sammenhengende fra [redacted], og fikk da diagnosen paranoid schizofreni. Journalen fra [redacted] ble innhentet [redacted] og var fra dette tidspunktet tilgjengelig i elektronisk journal i [redacted]

[redacted] ble [redacted] frivillig innlagt [redacted] ved [redacted]. Innleggelsen ble konvertert til tvungen psykisk helsevern [redacted] og pasienten ble overflyttet til [redacted] psykiatriske sykehus. Her ble [redacted] blant annet behandlet med antipsykotika i form av Xeplion (paliperidon) depotinjeksjon.

#### 5.1.3 Helsehjelp ved [redacted] DPS og fastlegekontakt

Pasienten ble [redacted] utskrevet til frivillig behandling ved [redacted] DPS i [redacted] [redacted], i forbindelse med at [redacted] høsten [redacted] flyttet [redacted] beholdt imidlertid sin fastlege i [redacted] fikk rekvirert [redacted] av fastlegen.

Pasienten hadde deretter poliklinisk oppfølging ved [REDACTED] DPS fra [REDACTED]. I journalen derifra er det opplyst at pasienten ikke hadde noen positive symptomer, men en del negative symptomer. Det fremkom ikke psykotiske symptomer vrangforestilling, men [REDACTED]. Den polikliniske oppfølgingen ble avsluttet av pasienten selv [REDACTED]. Med bakgrunn i foreliggende opplysninger er det noe uklart hvilken behandling pasienten hadde med antipsykotika forut for dette. Det kan imidlertid, slik også påpekt fra [REDACTED] i deres brev av [REDACTED] synes som om denne behandlingen var begrenset og periodevis. Pasienten var ikke i behandling, eller mottok behandling med antipsykotika etter at den polikliniske oppfølgingen ble avsluttet i [REDACTED] og frem til akuttinnleggelsen [REDACTED].

#### **5.1.4 Forverring av tilstanden og situasjonen forut for det aktuelle**

Pasientens [REDACTED] psykiske helse ble dårligere. Etter en forverring av pasientens helse [REDACTED]

[REDACTED]

Pasienten ble brakt [REDACTED] til legevakten, og ble deretter henvist til vurderingstime ved [REDACTED] DPS. I poliklinisk notat fra mottak [REDACTED] DPS beskriver psykologspesialist og en spesialist i psykiatri pasientens atferd som uttrykk for psykose, og pasienten anses å ha manglende sykdomsinnsikt. Mot slutten av konsultasjonen ble pasienten oppfattet som ganske kaotisk, [REDACTED]

[REDACTED]

## **5.2 Helsehjelpen ved psykiatrisk klinikk**

### **5.2.1 Helsehjelpen ved [REDACTED] – vedtak om tvungen observasjon**

Pasienten ble [REDACTED] akuttinnlagt ved [REDACTED] med begjæring om opprettelse av tvungen psykisk helsevern.

Det ble vurdert at pasienten oppfylte både behandlings- og farekriteriet ved innkomst, og at pasienten ikke var samtykkekompetent. Det ble fattet vedtak om tvungen observasjon. I vedtaket beskrives det at pasienten fremsto tankeforstyrret og trolig hallusineret med påfallende atferd. [REDACTED]

I rusmiddelanamnese er det vist til rusmiddelmisbruk i [REDACTED] års alderen, og at pasienten brukte Rivotril (klonazepam) i [REDACTED], men at [REDACTED] ikke har brukt rusmidler de siste seks-sju årene. Virksomheten har opplyst at det ble tatt gjentatte prøver under innleggelsen ved post [REDACTED] med tanke på rusmiddeldiagnostikk. [REDACTED]

[REDACTED]

Pasienten fikk 10 mg Zyprexa (olanzapin) inntil to ganger per døgn samt 15 mg Sobril (oksazepam) inntil tre ganger per døgn innkomstdagen [REDACTED] fikk 7,5 mg Imovane per døgn fast. Det kan virke som om pasienten ble tilbudt nevnte legemidler, men ikke tok imot. Pasienten selv har i tilbakemelding til den foreløpige rapporten opplyst at [REDACTED] tok imot antipsykotika en gang på [REDACTED].

### 5.2.2 Vedtak om tvungent psykisk helsevern

I vedtak av [redacted] ble pasienten overført til tvungent psykisk helsevern. I samtale med behandlere bekreftet pasienten paranoide vrangforestillinger [redacted]

[redacted] I journalen er det oppført opplysninger om voldshistorikk [redacted] men ikke dokumentert vurdering av opplysningene knyttet opp mot pasientens aktuelle situasjon. Det er imidlertid notert at pasienten benektet tanker eller planer om å skade seg selv eller andre.

I samtale med pårørende fremkom at [redacted] pasienten [redacted] var uten fast bopel. Det er notert at de derfor avventet sekundærhenvising til [redacted] DPS, og at de anså at det kunne vært mer hensiktsmessig med døgnopphold ved [redacted] DPS inntil pasienten kan skrives ut.

Behandling med Zyprexa ble startet opp fast [redacted], i dosering 10 mg per døgn. Pasienten ville imidlertid bare ta imot 5 mg per døgn, og doseringen ble derfor endret til det, men med planlagt opptrapping til 10 mg per døgn.

Påfølgende dag ble pasientens atferd opplevd som økende påfallende. [redacted]

Pasienten ble derfor likevel søkt over til post [redacted]. Da pasienten ble informert om dette, opplevde de at [redacted] fikk økt beredskap, ble mer anspent [redacted]

[redacted] Ved beskrivelse av psykisk status presens [redacted] har behandler notert følgende under «tilleggsvilkår»: «Det vurderes at pasienten er i behov av behandling, da [redacted] er blitt økende psykotisk og agitert ubehandlet siste åtte måneder. [redacted]

[redacted] Kjent voldsrisiko under psykose.» [redacted]

[redacted] I samtale med lege benektet pasienten tanker eller planer om å skade andre. [redacted]

Opplysninger om pasientens voldshistorie er tatt med i overflyttingsnotatet, [redacted]

[redacted] Det er imidlertid ingen vurdering av aktuell voldsrisiko i overflyttingsnotatet.

Under det stedlige tilsynet opplyste både ledelse og helsepersonellet at de vurderte at arbeidssituasjonen var presset på [redacted], blant annet som følge av at det kun var en spesialist på vakt, mot tidligere tre.

### 5.2.3 Helsehjelpen ved post [redacted]

Pasienten ble etter opplysninger fra virksomheten, i svar til foreløpig rapport, overflyttet post [redacted] for tvungent psykisk helsevern [redacted] (etter åtte dager). Overflyttingen er journalført [redacted] I inntakssamtalen med lege benektet pasienten at [redacted] er psykisk syk. [redacted] påstod at schizofrenidiagnosen skyldes at [redacted] tidligere lot som [redacted] hadde hørselshallusinasjoner for å oppnå [redacted]. Diagnosen har siden heftet ved [redacted]

[redacted] ønsket ikke å snakke om bakgrunnen for den aktuelle innleggelsen, men opplyste at [redacted] uken før innleggelsen hadde inntak av amfetamin. Dette er første gang opplysninger om mulig rusmiddelmisbruk forut for innleggelsen nevnes i journalen. [redacted]

Det er journalført at ingen irritabilitet eller aggressivitet ble observert i samtalen, men at pasienten utviser lav grad av sykdomsinnsikt. Etter konferering med overlege ble det besluttet at pasienten kunne få utgangsnivå 5 (utgang med følge i nærområdet inkludert butikk), med generell observasjon hvert 30. minutt.

Det ble tatt blodprøver ved [redacted] som viste tydelig forhøyet ASAT (aspartat aminotransferase) (tegn på leverpåvirkning). De forhøyede verdiene ble imidlertid først oppdaget [redacted] etter at pasienten var overført post [redacted]. Det er ikke forklart hva som kunne være årsaken til at funnene ikke ble fanget opp tidligere. Funnene ble tatt opp med pasienten, som kunne bekrefte at [redacted] også hadde hatt slike forhøyede verdier tidligere, [redacted]. Leverfunksjonsprøvene var normale da pasienten ble utskrevet fra [redacted]. Det ble tatt nye prøver [redacted], der ASAT og ALAT (alanin aminotransferase) (tegn på leverpåvirkning) er tydelig forhøyet.

I samtale [redacted] opplyste pasienten at [redacted] hadde ruset seg på amfetamin en gang noen dager før innleggelsen (rørte ut amfetamin i vann og drakk den). [redacted]

Den [redacted] ble det oppdaget at det i epikrisen fra [redacted] sto at «pas har cave Zyprexa da dette gir leveraffeksjon» (cave er et medisinsk uttrykk som betyr «skal ikke ha»). Zyprexa ble da seponert i avdelingen. Pasienten ble først gitt Abilify (aripripazol). [redacted] fikk imidlertid forverring av sine psykotiske symptomer, og behandlingen ble supplert med Seroquel (kvetiapin). Det ble ikke oppgitt annen antipsykotisk medisin i journalen som kunne erstatte Zyprexas virkning. Nye leverprøver ble deretter tatt [redacted] og [redacted] og verdiene er oppgitt å være normale i epikrisen. Leververdiene som er oppgitt, er imidlertid ikke normale. Dette er ikke kommentert fra virksomhetens side. Pasienten har i sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten opplyst at [redacted] bare mottok antipsykotiske legemidler på [redacted] én gang under oppholdet.

Av notat [redacted] fremkom opplysninger om at pasienten oppga at [redacted] forut for innleggelsen i et par dager hadde ruset seg på amfetamin. [redacted] ga uttrykk for at bruken av rusmidler hadde forverret [redacted] helsetilstand. [redacted]

[redacted] Pasienten ble informert om det ikke var aktuelt med overføring fra avdelingen til et [redacted] før de ble enige om bruk av antipsykotika, og herunder i hvilken dosering. Det ble diskutert å endre medisinerings fra Zyprexa til behandling med depot Xeplion, og pasienten sa [redacted] skulle tenke på dette forslaget.

I notat av [redacted] fremgår det at pasienten ble henvist til ultralyd som følge av de forhøyede leververdiene. Det er oppgitt at pasienten fremsto tankeforstyrret og muligens hallusinert i samtalen.

#### **5.2.4 Generelt om opplysninger fra pasientjournalen**

Det fremkommer av pasientjournalen at mer enn 15 ulike pleiepersonale har skrevet i journalen under pasientens opphold ved [redacted], og mer enn 25 ulike pleiepersonale under pasientens opphold ved post [redacted]. Ved stedlig tilsyn fikk Statens helsetilsyn opplyst at dette nok er noe mer pleiepersonale involvert i oppfølgingen av en pasient enn vanlig. Det ble vist til at dette kunne skyldes at sommerferieperioden ble påbegynt kort tid etter at pasienten ble

akuttinnlagt. Hvor mange av pleiepersonalet i de ulike avdelingene som var involvert i den daglige oppfølgingen av pasienten som var vikarer, er ikke kjent for Statens helsetilsyn.

#### **5.2.5 Klage til kontrollkommisjonen**

Pasienten klaget over vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern og begjærte seg utskrevet. [redacted] fikk medhold i kontrollkommisjonen for [redacted] sykehus (kontrollkommisjonen), Psykiatrisk divisjon – [redacted], i vedtak av [redacted]. I tillegg til kontrollkommisjonens medlemmer var pasienten selv, [redacted] advokat og overlege og LIS1 fra virksomheten til stede under behandlingen av saken. Under det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at saken, i tillegg til gjennomgang av skriftlig dokumentasjon, ble grundig behandlet gjennom muntlige svar i møtet fra overlegen. Blant annet stilte kontrollkommisjonen spørsmål til overlegen om forhold knyttet til voldrisikovurderingen av pasienten. Av vedtaket i kontrollkommisjonen fremkommer det at en fra virksomhetens side fastholdt at pasienten er i behov av tvungent psykisk helsevern, mens pasienten selv bestrider dette.

Kontrollkommisjonen la til grunn for sitt vedtak at pasienten var psykotisk ved innleggelsen, og at det var uklart om psykosen var rusutløst, eller om det hadde oppstått en forverring av grunnlidelsen. Kontrollkommisjonen konkluderte deretter med at pasienten syntes å være tilnærmet tilbake til sin habituelle tilstand, og at kommisjonen ut fra pasientens relativt gode funksjonsnivå var noe i tvil om hovedkriteriet for tvungent psykisk helsevern fortsatt kunne anses oppfylt. Selv om de fant at pasienten fortsatt syntes å ha paranoide vrangforestillinger, som ble antatt å ha signifikante konsekvenser for [redacted] funksjons- og realitetsvurderende evne, kom kontrollkommisjonen til at pasienten måtte anses å ha gjenfunnet sin samtykkekompetanse. Pasienten ble derved ansett kompetent til å avgjøre hvorvidt [redacted] ville ta imot tilbud om behandling eller ikke.

#### **5.2.6 Håndteringen etter at pasienten fikk medhold i kontrollkommisjonen**

I notat datert [redacted] etter at pasienten har fått medhold i sin klage til kontrollkommisjonen, ble det opplyst at behandler hadde vært i kontakt med pårørende. [redacted]

Pasienten fikk informasjon om at [redacted] ikke kan holdes igjen mot sitt ønske, og [redacted] ble anbefalt å kontakte pårørende for å bli enig om [redacted] likevel kan dra hjem eller å bli på avdelingen et par dager. Dette ble anbefalt for å få hjelp til å finne ut hvor [redacted] kunne dra etter utskrivelsen, vurdere eventuell videre oppfølging, medikasjon og somatisk utredning av leverprøver.

I sykepleienotat [redacted] er det opplyst at pasienten fremsto svært ambivalent, og at [redacted] brukte lang tid på å ta en avgjørelse om [redacted] ønsket å forlate avdelingen eller ikke. [redacted]

I epikrise datert [redacted] er det om pasientens psykiske tilstand ved avslutning av behandlingen notert: [redacted]

[redacted] Beskriver  
paranoide vrangforestillinger [redacted]



hjemme, men sier at dette ikke skjer i avdelingen. Fremkommer ikke tanker om å skade seg selv eller andre. [redacted] mangler sykdomsinnsikt ang. [redacted], men sier at årsak til innleggelsen var at [redacted] ble dårlig etter rusinntak.»

Under «oppfølging» er det notert at pasienten ble utskrevet før legen fikk snakket med [redacted] om videre kontroll av leverstatus, men at det hadde vært ønskelig at pasienten ble innkalt til time hos fastlege for kontroll av dette. Videre står det at pasienten fikk time poliklinisk til «UL lever, galle, pankreas».

### **5.2.7 Videre forløp og den alvorlige hendelsen**

Etter at pasienten fikk medhold i sin klage til kontrollkommisjonen, skrev [redacted] seg ut fra avdelingen samme dag. Dette skjedde selv om [redacted] ble anbefalt å være frivillig innlagt.

[redacted] I innkomstnotatet er det opplyst at pasienten ble re-innlagt etter forverring av grunnlidelsen og med mistanke om psykose. I notat [redacted] fremgår det at pasienten var i dårlig form, at [redacted] ble anbefalt medikamentell behandling med Trilafon (perfenazin), men at pasienten var avvisende til dette. Pasienten ble fulgt tett opp med intervallobservasjon minst hvert andre minutt.

Pasienten ble etter det vi er kjent med, fortsatt innlagt for tvungent psykisk helsevern i virksomheten.

### **5.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende**

I behandlernotat av [redacted] er det notert [redacted] Fra notat etter samtale med pasienten [redacted], fremgår det at [redacted] i utgangspunktet ikke ønsket at virksomheten ga pårørende mer informasjon enn de måtte. [redacted] gikk likevel med på at behandler kunne informere pårørende kort om hva planen for de neste dagene var.

I behandlernotat datert [redacted] fremgår det at de pårørende ble informert om vedtaket om tvungent psykisk helsevern, og de ga tilbakemelding om at de ikke ønsket å påklage vedtaket.

[redacted] I behandlernotat av [redacted] fremgår det deretter at lege var i kontakt med [redacted] for innhenting av komparentopplysninger. [redacted] opplyste om pasientens sykehistorie, og om [redacted]

I etterkant av den alvorlige hendelsen har klinikkdirektøren ved Psykiatrisk klinikk vært i kontakt med [redacted] advokaten til pasientens [redacted] informerte om at Statens helsetilsyn hadde en tilsynssak på bakgrunn av den varslede hendelsen. [redacted]

## **6 Virksomhetens gjennomgang av hendelsen**

### **6.1 Umiddelbare tiltak etter hendelsen**

I virksomhetens brev av [redacted] er det redegjort for tiltak som er gjennomført, blant annet om oppfølgingen av helsepersonell som var involvert i pasientbehandlingen, og i oppfølging av pasienten da [redacted] ble innlagt på nytt etter hendelsen. Det fremgår at det er gjennomført

avlastningssamtale med forvaktene og debrifing med ansatte ved post [REDACTED]. Internt kriseteam, [REDACTED] og ledelsen i virksomheten er involvert i oppfølgingen. Saken ble videre tatt opp i møte i lokalt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg [REDACTED]

Statens helsetilsyn fikk ved det stedlige tilsynet overlevert [REDACTED] sin egen hendelsesanalyse, datert [REDACTED]. En representant fra analysegruppen redegjorde også muntlig for analysen. Analysen er utført i samsvar med metodikk beskrevet i Helsedirektoratets veileder for hendelsesanalyse.

## 6.2 Virksomhetens tilbakemelding til den foreløpige rapporten

I sin tilbakemelding til den endelige rapporten av [REDACTED], erkjenner [REDACTED] at virksomheten har klare forbedringsområder, og mener disse nå er tatt på største alvor. Det er vist til at de sviktende rutiner som fremkommer i rapporten er erstattet med nye rutiner og kompetansehevende tiltak. Dette er for å forebygge at lignende hendelser ikke skjer igjen. Mer om detaljene i dette nedenfor under punkt 12.3.

Det opplyses videre at endelig rapport fra Statens helsetilsyn, når denne foreligger, vil bli behandlet i Divisjonens kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg, og at rapporten også vil bli drøftet i virksomhetens erfaringspanel.

## 7 Pasientens tilbakemelding til den foreløpige rapporten

I brev av [REDACTED] har pasienten, via sin advokat, gitt tilbakemelding på Statens helsetilsyns foreløpige rapport av [REDACTED]. I tilbakemeldingen opplyser pasienten at [REDACTED] mottok antipsykotiske legemidler én gang på [REDACTED] og én gang på [REDACTED] i den aktuelle perioden.

## 8 Opplysninger til Statens helsetilsyn fra pårørende

I samtale med Statens helsetilsyn kom det frem at pårørende [REDACTED] var særlig opptatt av følgende punkter:

De følte seg dårlig informert om pasientens helsetilstand og diagnose, og de visste ikke at pasienten hadde diagnosen paranoid schizofreni [REDACTED]. De kjente heller ikke til detaljene i [REDACTED] sykehistorie. [REDACTED]

## 9 Hendelses- og årsaksanalyse

Pasienten [REDACTED] etter at [REDACTED] skrev seg ut fra psykiatrisk behandling. Utskrivningen skjedde til tross for at helsepersonell ved Psykiatrisk klinikk mente pasienten var i behov av tvungen psykisk helsevern, og det var truffet vedtak om dette. Pasienten skrev seg ut etter at [REDACTED] fikk medhold i klage til kontrollkommisjonen. [REDACTED] dro hjem til [REDACTED] siden [REDACTED] ikke hadde noe annet sted å bo. Kontrollkommisjonen kom til at pasienten var samtykkekompetent. Ut i fra kontrollkommisjonens vedtak, fremsto pasienten adekvat og med sykdomsinnsikt. Dette står i motsetning til det virksomheten la til grunn for sitt vedtak om tvungen psykisk helsevern.

Statens helsetilsyn mener at det er flere samvirkende årsaker til utskrivelsen. En medvirkende årsak er at pasienten var i stand til å «ta seg kraftig sammen» og fremstå friskere enn [REDACTED] egentlig var. Dette baserer vi på flere sammenfallende utsagn fra helsepersonell som var i

kontakt med pasienten i forbindelse med innleggelsen, og som hadde blitt forbauset over dette. Imidlertid fremkommer det ikke opplysninger om pasientens svingende fungering eller vurdering av [REDACTED] troverdighet i journaldokumentasjonen, vedtakene eller fremlegg til kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen fikk derfor ikke all tilgjengelig informasjon om pasienten som grunnlag for sin vurdering.

En annen årsak er gjeldende praksis og veiledning til anvendelsen av regelverket for bruk av tvungent psykisk helsevern, som tilsier at pasienten selv skal ta stilling til spørsmålet om behandling, dersom det ikke er åpenbart at pasienten ikke er i stand til å forstå hva avgjørelsen omfatter.

Statens helsetilsyn legger til grunn at en annen medvirkende grunn til at den alvorlige hendelsen kunne skje, kan ha vært at voldsriskoen var forhøyet som følge av at pasienten ikke fikk tilstrekkelig behandling med antipsykotika. Vi viser til at det var kjent gjennom epikrisen fra tidligere opphold året før at voldsriskoen var forhøyet når pasienten var uten legemidler, og at de ved innleggelsen ble kjent med at pasienten hadde vært uten legemidler over noen måneder. De kom sent i gang med behandling med antipsykotika i forbindelse med innleggelsen, i for lav dose, og de lykkes ikke med å motivere pasienten for behandling. Behandlingen ble dessuten ikke kontinuert da pasienten skrev seg ut selv.

Voldsriskoen ble ikke tilstrekkelig utredet eller vurdert fra virksomhetens side. Det ble ikke gjennomført en strukturert voldsrisikovurdering [REDACTED] [REDACTED]. Det forelå således nylige varselsignaler som skulle medført at det ble vurdert å gjennomføre en strukturert voldsrisikovurdering. Det er ikke dokumentert at pasienten ble konfrontert med [REDACTED] eller at komparentopplysninger ble innhentet fra pårørende knyttet til voldsrisiko før vedtaket ble fattet. Pasientens utsagn om bruk av rusmidler forut for innleggelsen er heller ikke undersøkt nærmere. Vurderinger knyttet til løpende voldsrisikovurderinger er sparsomt dokumentert, og tematikken er ikke drøftet i vedtakene eller fremlegget til kontrollkommisjonen. Dette kan forklare at voldsrisiko ut fra dokumentasjonen som foreligger, og vedtaket i kontrollkommisjonen, ikke var et tydelig tema for behandlingen i kontrollkommisjonen, selv om virksomheten opplyser at det ble grundig drøftet i møtet. Det er avdekket en manglende oppmerksomhet mot voldsrisiko hos pasienten.

Vi ser det slik at det kan ha hatt betydning for fremdrift i behandlingsforløpet og den strukturerte utredningen at pasienten ble værende i [REDACTED] mye lengre enn det som var intensjonen.

[REDACTED] Journalnotatene er gjort av mer enn 15 ulike helsepersonell i forbindelse med oppholdet ved [REDACTED] og mer enn 25 helsepersonell ved oppholdet på post [REDACTED]. De fleste helsepersonell har kun gjort ett notat i journalen angående den daglige oppfølgingen av pasienten. Statens helsetilsyn legger til grunn at dette forhold gir indikasjoner om at virksomheten ikke sikret at noen hadde det fulle bildet av pasientens fungering. Dette forholdet kan ha vært en medvirkende årsak til at en ikke fikk frem opplysninger om voldstanker fra pasienten, og at [REDACTED] svingninger i fungering ikke kom klart nok frem i dokumentasjonen.

## 10 Statens helsetilsyns vurderinger

De sentrale spørsmålene for Statens helsetilsyns vurdering i saken er om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om [REDACTED] sikrer forsvarlige helsetjenester til pasienter med psykoselidelser som trenger tvungent psykisk helsevern.

Vi har etter vår gjennomgang ikke funnet opplysninger om alvorlig svikt i enkeltpersonells yrkesutøvelse, og finner ikke grunn til å opprette tilsynssak mot noe enkelt helsepersonell. Det sentrale for vurderingene i saken er virksomhetens ansvar for å sikre en forsvarlig organisering og styring av tjenestene. Vår vurdering av helsepersonells handlinger i forbindelse med pasientbehandlingen inngår imidlertid i vår vurdering av helsehjelpen [REDACTED] ble gitt.

Utgangspunktet for våre vurderinger er at virksomheten mente pasienten trengte tvungent psykisk helsevern, men at [REDACTED] selv valgte å skrive seg ut fra behandling etter at [REDACTED] fikk medhold i sin klage i kontrollkommisjonen. Det må således forutsettes at pasienten ville fått ytterligere oppfølging og behandling i helsetjenesten dersom [REDACTED] ikke hadde fått medhold i klagen.

Det ligger ikke til Statens helsetilsyns mandat etter helsetilsynsloven eller psykisk helsevernloven å vurdere kontrollkommisjonens arbeid og vedtak. Kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet, og kommisjonens vedtak kan kun overprøves av domstolen etter begjæring fra pasienten eller pårørende, jf. psykisk helsevernloven kapittel 6 og 7. Kontrollkommisjonens vedtak fikk imidlertid betydning for pasientbehandlingen, og virksomhetens samhandling med kontrollkommisjonen er derved relevant. Vi vil derfor knytte noen kommentarer til dette nedenfor under punkt 12.1.3.

Våre foreløpige vurderinger i tilsynssaken kan etter dette deles inn i følgende hovedtemaer som vil bli gjennomgått i det følgende:

- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?
  - i forbindelse med mottak og vurdering
  - i forbindelse med den medikamentelle behandlingen
  - gjennom voldsrisikovurderingen, og herunder rusmiddelkartleggingen
  - i forbindelse med oppfølgingen da pasienten skrev seg ut fra behandling
- Har [REDACTED] sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med psykose?
- Har [REDACTED] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelser skjer igjen?

## 11 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Vi har sett på den utredning som ble gjort, og grunnlaget for vurderingene og behandlingsvalgene for pasienten, samt vedtakene om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern.

Vi har etter en samlet vurdering kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

Vi anser at det særlig var tre forhold som bidro til å forsinke virksom behandling:

- at pasienten ble mottatt til tvungen observasjon, og ikke til tvungent psykisk helsevern
- at virksomheten ikke var mer pågående med den antipsykotiske medisineringsen fra første dag
- at virksomheten ikke fra starten var oppmerksom på pasientens leverskade og overfølsomhet overfor Zyprexa, slik epikrisen fra [REDACTED] beskrev.

Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 16 og 4. Mer om våre vurderinger knyttet til de enkelte forholdene til grunn for vår konklusjon nedenfor.

### 11.1 Mottak og vurdering av pasienten

Statens helsetilsyn har kommet til at det er flere forhold knyttet til vurderingene og beslutningene i forbindelse med mottak av pasienten og den videre behandlingen som ikke var i samsvar med god faglig praksis, mer om dette nedenfor. Isolert sett utgjør forholdene hver for seg ikke uforsvarlig praksis, men i den samlede vurderingen av helsehjelpen vektlegger vi at også disse forholdene bidro til at den medikamentelle behandlingen av pasienten ble forsinket.

Etter Statens helsetilsyns vurdering er både innkostjournalen og mottaksvurderingen i tråd med god faglig praksis. Mottakende lege i [REDACTED] har i innkostjournalen redegjort kort for tidligere sykehistorie, inkludert sentrale detaljer, som at pasienten ble konvertert fra frivillig behandling til tvang på [REDACTED]. Det er også referert fra epikrise fra [REDACTED] hvor behandler i [REDACTED] anga økt voldsrisiko ved seponering av antipsykotika og tilbakefall av psykose. Mottakende lege beskriver aktuell innsykning, atferd ved mottak og status presens, før legen konkluderer med at det dreier seg om schizofreni, og at pasienten har økt voldsrisiko. Det bemerkes at de må være observante på utagering.

Pasienten var henvist [REDACTED] for vurdering av tvungent psykisk helsevern, men ble tatt imot til tvungen observasjon. Vi mener det ikke var ikke i samsvar med god faglig praksis å fatte vedtak om tvungen observasjon i pasientens tilfelle. Vi vurderer at det i dette tilfellet burde vært fattet vedtak om behandling uten samtykke allerede i [REDACTED] med bakgrunn i de opplysningene som forelå og status presens.

Vedtaksansvarlig overlege har redegjort for en tilstand hvor det ble vurdert at pasienten hadde paranoid schizofreni, og var blitt psykotisk etter avsluttet behandling, samt at voldsrisikoen var økt grunnet den psykotiske tilstanden. I vedtaket ble opplysningene fra innkostjournalen gjentatt, inklusive sykdomshistorikk, voldshistorikk og aktuell sykehistorie. Det ble beskrevet

[REDACTED] Pasienten ble vurdert som tankeforstyrret og trolig hørselshallusint. [REDACTED] ble videre vurdert til å ha diagnosen paranoid schizofreni, til ikke å ha ønsket behandling siste tid og som ikke samtykkekompetent. Det er ikke redegjort for hvorfor overlegen valgte å vedta tvungen observasjon og ikke tvungent psykisk helsevern.

Under det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at helsepersonell hadde vektlagt opplysningene i epikrisen fra [REDACTED] som de hadde stor tillit til. Pasientens tilstand ble vurdert tilsvarende som ved innleggelsen på [REDACTED] og at voldsrisikoen var økt. Vedtaksansvarlig overlege merket seg at pasienten hadde blitt henvist tre ganger på tre døgn, og forsto at [REDACTED] tilstand var eskalerende. Vedtaket om tvungen observasjon ble ved det stedlige tilsynet forklart med at vedtaksansvarlig lege ikke jobber fast i akuttmottaket, og vurderte i dette tilfellet at det var best om en av de faste overlegene i mottak tok stilling til om vilkårene for tvungent psykisk helsevern var til stede.

For at tvungen observasjon skal gi mening, må det være reell tvil til stede, en tvil som den tvungne observasjonen har til hensikt å avklare. Det er derfor i tråd med god klinisk praksis å

ikke starte behandling under observasjonen. Dette gjenspeiles også i at det ikke kan fattes vedtak om behandling uten samtykke under vedtak om tvungen observasjon. Det er god faglig praksis å dokumentere hva den tvungne observasjonen har til hensikt å avklare, der det fattes vedtak om dette. I dette tilfellet ble det fastslått at pasienten hadde schizofreni, hadde sluttet med behandling og at voldsrisiko hadde økt. Vi vurderer at disse momentene tilsa at behandling burde iverksettes så snart som mulig.

Vedtaket om tvungen observasjon bidro sannsynligvis til å forsinke iverksettelse av adekvat behandling. Som vi kommer tilbake til nedenfor under punkt 12.1.2 har vi kommet til at det var uforsvarlig å ikke starte opp medikamentell behandling tidligere. Forholdet knyttet til vedtaket om tvungen observasjon understøtter denne svikten, og bidrar således til at håndteringen ved mottak og oppfølging av pasienten samlet sett er uforsvarlig.

Tilsvarende vektlegger vi, i den samlede vurderingen under dette punktet, forsinkelsen i overføringen av pasienten fra akuttpost til psykosepost. Virksomheten har anført at en slik forsinkelse i overføring til psykosepost ikke var optimalt, men at det ut fra ressursituasjonen ikke er til å unngå at det av og til ble slik. Det er imidlertid ikke dokumentert at det var forhold knyttet til ivaretagelsen av pasienten, som i dette tilfellet begrunnet forsinkelsen.

Det er velkjent at lang liggetid i mottakspost kan være krevende for både pasienten og personalet, og at det kan medføre noe lengre tid før en kommer i gang med behandling og planlegging av videre forløp. Vi har kommet til at dette forholdet bidro til at den medikamentelle behandlingen av pasienten ble forsinket, noe som for denne pasienten innebar at mottak og oppfølging samlet sett ikke var forsvarlig. Vi viser til at pasienten først [redacted] ble overført til psykosepost, selv om [redacted] ble meldt til post [redacted] den [redacted]. Det er en svakhet for opplysning av saken at overflyttingen først er journalført [redacted] noe som har bidratt til å skape uklarhet omkring når pasienten faktisk ble overflyttet. I sine tilbakemeldinger har virksomheten selv både vist til [redacted]. Vi legger til grunn at pasienten ble overflyttet [redacted], men ber virksomheten kontrollere hva som er korrekt i sin gjennomgang av vår endelige rapport.

## **11.2 Den medikamentelle behandlingen av pasienten**

Vi mener svikten i den medikamentelle behandlingen er et avvik fra god faglig praksis i pasientens tilfelle, og at forsinkelsen i behandlingen innebærer at helsehjelpen pasienten fikk er uforsvarlig. Det er fra virksomhetens side, i tilbakemeldingen til den endelige rapporten, erkjent at det er forbedringspunkter virksomheten stiller seg bak. Likevel mener virksomheten det er for sterkt å betegne svikten som uforsvarlig, da behandlingsperioden ble avbrutt som følge av vedtaket i kontrollkommisjonen. Statens helsetilsyn fastholder imidlertid sin vurdering på dette punktet, og vil i det følgende redegjøre for hva vi har vektlagt for vår vurdering.

Pasienten har opplyst at [redacted] fikk antipsykotiske legemidler én gang på [redacted] og én gang på [redacted] i den aktuelle perioden. Vi savner både en drøfting av den antipsykotiske legemiddelbehandlingen, og eventuelt hva behandleren tenkte å gjøre for å få behandlingen i gang, for eksempel motivere pasienten, eventuelt om tvangsbehandlingsvedtak ble vurdert. Dette er ikke omtalt. I epikrisen gis det ingen anbefaling om antipsykotisk medikasjon, til tross for at pasienten tidligere har respondert godt på dette da han fikk Xeplion injeksjon ved DPS [redacted].

Det er tydelige føringer på størst mulig grad av frivillighet, også innenfor rammene av tvang. I lys av dette vil det være riktig å forsøke å motivere pasienten til å samarbeide om den medikamentelle behandlingen. I pasientens tilfelle var det imidlertid verken hensiktsmessig eller i samsvar med god faglig praksis å la pasientens egne ønsker være styrende så vidt langt som inn i fjerde uke av behandlingsforløpet.

Statens helsetilsyn legger til grunn at den medikamentelle behandlingen av pasienten var utilstrekkelig, og vi har for vår vurdering av dette også støttet oss til den sakkyndiges vurdering. Basert på den beskrevne symptomatologien, kan 5 mg Zyprexa per døgn muligens bidra til søvn og muligens noe reduksjon av uro, men doseringen forventes ikke å være tilstrekkelig til å medføre tilbakegang av psykosesyntomene.

Det tok tretten døgn fra pasienten ble innlagt til virksamheten ble klar over at blodprøvene tatt ved innkommst viste økte leverenzymmer. Opplysninger fra epikrise fra [REDACTED] i [REDACTED] om at pasienten ikke skulle ha Zyprexa, ble først oppdaget [REDACTED], etter at pasienten var overført til post [REDACTED]. Det må vurderes som en svikt at virksamheten overså viktig informasjon om at Zyprexa burde unngås på grunn av leverskade, og dette bidro også til at pasienten fikk forsinket og korrekt medikamentell behandling. Det er ikke i samsvar med god faglig praksis ikke å følge opp tilgjengelige relevante opplysninger om legemiddelbehandling av en psykotisk pasient. Det er heller ikke i samsvar med god faglig praksis å ikke følge opp funn fra prøver som blir tatt. Da Zyprexa ble seponert, ble ingen annen antipsykotisk medisin som kunne erstatte Zyprexas virkning nevnt.

Legemiddelbehandlingen ble drøftet med pasienten [REDACTED], og det ble konkludert med at pasienten skulle vurdere overgang fra behandling med tabletter med Zyprexa til injeksjon med Xeplion. Det gjenfinnes ikke flere notater, verken om legemiddelbehandlingen eller andre tema, før pasienten fikk medhold i sin klage i kontrollkommisjonen. Det ble ikke fattet vedtak om behandling uten samtykke under oppholdet.

### **11.3 Voldsriskovurderingen, og herunder kartleggingen av rusmiddelmissbruk**

Statens helsetilsyn har kommet til at verken kartleggingen av voldsrisiko eller pasientens tidligere rusmiddelmissbruk var i samsvar med interne rutiner eller god faglig praksis. Vi anser likevel ikke svikten i dette tilfellet som så stor at disse forholdene isolert sett er uforsvarlig praksis.

Vi vektlegger at opplysningene om tidligere voldsutøvelse var av beskjeden natur, og at tilvarende gjaldt for pasientens tidligere rusmiddelmissbruk. For vår vurdering har vi også vektlagt opplysninger fra det stedlige tilsynet fra flere ansatte om at voldsrisiko ble tematisert i behandlingsforløpet, selv om dokumentasjonen av dette ikke er god. Videre vektlegger vi at det var en gjennomgående oppfatning blant personell som var i kontakt med pasienten, om at økt voldsrisiko ikke forelå. De ansatte ga uttrykk for at de ble veldig overrasket da de ble gjort kjent med at pasienten [REDACTED] kort tid etter utskrivelsen.

#### Løpende vurdering av voldsrisiko og dokumentasjon internt i virksamheten

Risiko kan vurderes forskjellig, og kan endre seg i løpet av et behandlingsforløp. En risiko som er identifisert må følges opp og revurderes med passe intervaller, og ikke slippes før den er normalisert. I dette forløpet virker det som den økte voldsriskoen som ble identifisert i forbindelse med innleggelsen, ikke ble videre fulgt opp underveis i oppholdet, uten at vurderinger knyttet til dette fremkommer i pasientjournalen. Dette er ikke i tråd med god faglig praksis.

Vi mener sakens opplysninger tilsa at betydningen av pasientens voldsutøvelse burde vært undersøkt nærmere. Det ville vært god faglig praksis å dokumentere opplysninger knyttet til dette. I tillegg burde det vært stilt spørsmål ved om [redacted] indikerte fremtidig risiko i tilsvarende situasjoner, altså om pasienten forble ubehandlet [redacted]. Tilsvarende er det vår vurdering at opplysningene om mulig rusmiddelmissbruk som utløsende årsak til voldsutøvelsen burde vært kartlagt og vurdert ytterligere, og at pasienten burde vært konfrontert med avvikende opplysninger knyttet til rusmiddelmissbruk.

Det er fra virksomhetens side pekt på at det i hovedsak er en klinisk kartlegging basert på pasientens voldshistorikk som gjøres ved [redacted]. Virksomheten mener det var i samsvar med gjeldende rutiner når [redacted] ikke meldte behov for en strukturert voldsrisikovurdering videre. Statens helsetilsyn mener det er den avdelingen som har pasienten i behandling som skal gjøre voldsrisikovurdering.

Det er krysset av for at de pårørende er gitt anledning til å uttale seg til vedtak om tvungen observasjon, og at pårørende er informert om sin klageadgang. Pårørendes informasjon fremkommer imidlertid ikke i vedtaket eller i journalnotatet som følger vedtaket. Det fremkommer kun at [redacted]. Hva som menes med dette er imidlertid ikke utdypet, og betydningen av informasjonen er ikke vurdert. Videre legger vi til grunn at informasjon fra pårørende kom veldig sent etter innleggelsen. Det ble opplyst ved det stedlige tilsynet at det ikke var praksis for å innhente opplysninger fra pårørende om voldsrisiko i forkant av vedtak. Vår forståelse av dette er bekreftet i virksomhetens tilbakemelding til den foreløpige rapporten av [redacted]. [redacted] erkjenner at tidligere rutiner ikke var presise nok, eller godt nok kjent blant de ansatte. Virksomhetens egen gjennomgang etter det stedlige tilsynet har vist at praksis varierer ved de involverte seksjonene, og at det i rutinen ikke ble skilt godt nok mellom pårørendes rett til informasjon og pårørendes rett til å uttale seg. [redacted] påpeker at dette forholdet tas på stort alvor, og det er allerede utarbeidet en rutine som skal kompensere for den avdekkede svikten.

Strukturert voldsrisikovurdering ble ikke gjennomført i pasientens tilfelle, selv om [redacted] voldsutøvelsen var et relevant moment for akuttinnleggelsen og vedtaket om tvungent psykisk helsevern. [redacted]

I henhold til gjeldende interne rutiner skal det, når det foreligger varsel signaler som er alvorlige, eskalerende eller har forekommet nylig, vurderes å gjennomføre en strukturert voldsrisikovurdering. Vi fikk opplyst at praksis i virksomheten var at LIS-lege, som ledd i opplæringen, er den som utformer vedtakene om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern. Det ble imidlertid pekt på at Psykiatrisk klinikk ikke har egne rutiner for screening og vurdering av voldsrisiko, og at epikrisemalen ikke har et eget punkt om voldsrisiko. Dette gir en risiko for at temaet ikke får nødvendig fokus i vurderingene.

Det er ikke dokumentert i journal at strukturert voldsrisikovurdering ble vurdert, og eventuell begrunnelse for at slik risikovurdering ikke ble ansett nødvendig. Opplysningene i saken tyder på at gjeldende rutine ikke ble fulgt. I de interne prosedyrene for voldsrisikoanalyse er det videre nevnt at pasienter bør konfronteres med opplysninger om vold, men dette ble ikke gjort. Det er også i samsvar med virksomhetens gjeldende rutine (veileder for screening av



voldsrisiko) at mulig voldsrisiko må vurderes i kontekst, i og/eller utenfor institusjon. Det fremgår lite i saken om at voldsrisiko er vurdert med henblikk på situasjonen utenfor institusjonen. Samlet anses håndteringen å innebære brudd på god faglig praksis.

Det ble fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern [REDACTED]. I vedtaket er farekriteriet som grunnlag for tvungent psykisk helsevern ikke videreført fra vedtaket om tvungen observasjon av pasienten. Farekriteriet er ikke kommentert/vurdert i vedtaket. [REDACTED]

[REDACTED] Det er ingen opplysninger om virksomhetens vurderinger eller tiltak for å utrede betydningen av voldsutøvelsen nærmere. Dette er ikke i samsvar med interne rutiner og anses også i strid med god faglig praksis.

Når det gjelder vurdering av farekriteriet ved post [REDACTED], vektlegges for vår vurdering likevel at ansvarlig behandler gjennomførte samtale med pasienten og [REDACTED], og at det etter dette var den faglige ansvarliges konklusjon etter samlet klinisk kartlegging at det ikke forelå indikasjon for at farevilkåret var oppfylt. Det ble både ved innleggelsen ved post [REDACTED] og flere ganger i det videre pasientforløpet, gjort strukturerte og kliniske kartlegginger av voldsrisiko. Vi vil imidlertid bemerke at det, etter samtale med pårørende i etterkant av at pasienten fikk medhold i kontrollkommisjonen, fremkommer av journalen at pårørende var bekymret. Hva denne bekymringen besto i, eller hvilken betydning denne bekymringen fikk for vurderingene av pasienten, er imidlertid ikke dokumentert. Vi mener det burde vært kommentert om bekymringen knyttet seg til pasientens fungering utenfor sykehuset, og hvordan behandleren vurderte betydningen av bekymringen.

#### Rusmiddelscreening

Det ville videre etter vår vurdering vært god praksis å gjennomføre rusmiddelscreening av pasienten ved innleggelsen for å avklare om pasienten hadde ruset seg før innkomst, noe som etter det opplyste verken ble gjort eller vurdert. [REDACTED] ble ikke vurdert som påvirket ved innleggelsen, og de pårørende uttalte seg også tvilende til at pasienten skulle vært i posisjon til å få tak i rusmidler forut for innleggelsen. De opplyste at [REDACTED] for det meste hadde forholdt seg inne og på rommet sitt. Pasientens egne opplysninger om mulig rusmiddelmissbruk var også noe varierende og usikkert ut fra det som er journalført. Da det ikke fremgår av dokumentasjonen at disse forholdene ble utredet nærmere, er dette etter vårt syn ikke i samsvar med god faglig praksis. Den rusmiddeltesting som ble gjennomført på post [REDACTED] ble først gjennomført tretten dager etter innkomst, og vil ikke kunne si noe om pasientens rusmiddelinntak forut for innleggelsen.

#### Dokumentasjon og fremlegg for klagebehandling i kontrollkommisjonen

I tillegg til at vurderingene, herunder dokumentasjonen av vurderinger, har betydning for den løpende oppfølgingen av pasienten, har voldsrisikovurderingen og dokumentasjonen av denne, også betydning ved kontrollkommisjonens klagebehandling. Pasientjournalen og skriftlig fremlegg med begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern, utgjør viktige grunnlag for kontrollkommisjonens vurderinger. Da vurderingene som ble gjort knyttet til voldsrisiko og rusmiddelmissbruk var mangelfulle, ga dette kontrollkommisjonen et dårligere grunnlag for sin vurdering av pasientens klage.

Redegjørelsen for kontrollkommisjonen i forbindelse med behandlingen av pasientens klage over vedtaket om tvungent psykisk helsevern er datert [REDACTED]. Redegjørelsen inneholder en god beskrivelse av bakgrunn, situasjonen rundt innleggelsen og forløpet i avdelingen. Status presens oppsummerer hvordan pasienten har fremstått gjennom forløpet.

Vi mener imidlertid at vurderingene som deretter følger er mangelfulle. Vurderingsavsnittet skal gi leseren muligheten til å hjelpe til å tolke og forstå den informasjon som er tilgjengelig, og omsette det til diagnostikk og behandlingsanbefalinger. Virksomheten har ikke redegjort for hvorfor de har konkludert som de har gjort. Informasjonen og de observasjoner som det er redegjort for er ikke drøftet. Dette gjelder også de opplysninger som vi fikk ved det stedlige tilsynet, om pasientens svingning i fungering og evne til å «ta seg sammen» i perioder. Vi legger til grunn at det ville være i samsvar med god faglig praksis å nedfelle slike opplysninger i pasientjournalen og å drøfte slike opplysninger i redegjørelsen for kontrollkommisjonen.

Manglende dokumentasjon av slike vurderinger utgjør en risiko for at beslutningsgrunnlaget for kontrollkommisjonen blir svekket eller feil. Vi legger til grunn at manglende informasjon om vurderingene i den skriftlige dokumentasjonen ble kompensert for i muntlig behandling av saken i kontrollkommisjonen. I samtaler under det stedlige tilsynet fikk vi redegjort for at farekriteriet var tema i møtet i kontrollkommisjonen, selv om farekriteriet ikke var anført fra virksomhetens side som grunnlag for tvungent psykisk helsevern. Vi har derfor konkludert med at svikten i dette tilfellet ikke utgjorde et så stort avvik fra god faglig praksis, at forholdet er uforsvarlig.

Når det gjelder kontrollkommisjonens vedtak fremkommer verken opplysninger om at farekriteriet var tema i den muntlige behandlingen, betydningen av [REDACTED] bakgrunnen for innleggelsen eller opplysningene om de pårørendes bekymring. Det er en mangel ved kommisjonens begrunnelse når betydningen av disse momentene ikke redegjøres for, og farekriteriet ikke er vurdert. Vilkåret om samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for liv eller helse.

#### **11.4 Oppfølgingen av pasienten ved utskrivelsen**

Vi har under dette punktet vurdert virksomhetens ivaretagelse av pasienten idet [REDACTED] ønsket å la seg utskrive fra psykiatrisk behandling. Det var i denne saken klart at vurderingen både fra virksomhetens side, og i tilbakemeldingene fra de pårørende, var at pasientens helsetilstand tilsa ytterligere oppfølging fra helsetjenesten. [REDACTED] kunne ikke vurderes som psykisk frisk.

Selv om virksomheten måtte forholde seg til kontrollkommisjonens vedtak og pasientens ønske, må det kreves at de vurderer tiltak som kan og bør gjennomføres på tross av utskrivelsen. Dette innebærer også å inngå konkrete avtaler både med pasienten og eventuelle andre samarbeidende instanser som kan bidra med å følge opp pasienten. Dette under rammen av pasientens frivillige samarbeid. Vurderinger, konklusjoner og avtaler skal dokumenteres.

Det er notert i pasientjournalen at pasientens fastlege skal følge opp spørsmålet omkring de forhøyede leverfunksjonsverdiene, men det fremkommer ingenting om eventuell kontinuering eller endring i pasientens legemiddelbehandling, eksempelvis om [REDACTED] skal ha Zyprexa i tabletter eller Zeplion i injeksjon. Pasienten ble skrevet ut med [REDACTED] som fast medikasjon, og [REDACTED] som eventuell medikasjon.

Det fremkommer verken av utskrivningsnotatet eller av epikrisen, hvilke muligheter de har til å følge opp pasienten, med bakgrunn i resultatet av vedtaket i kontrollkommisjonen. Dette er ikke i samsvar med god faglig praksis. Pasienten har en psykoselidelse, og det er kjent at [REDACTED] jevnlig blir så dårlig at [REDACTED] må innlegges dersom [REDACTED] ikke får medikamentell behandling. [REDACTED] samarbeider ikke om medisiner. Dette er forhold som normalt ville føre til at pasienten ble henvist et DPS, som ville fått i oppgave å følge [REDACTED] opp. Dersom pasienten ikke ønsker å ta

imot et slikt behandlingstilbud, må eventuelt behov for og muligheten for andre tiltak da vurderes.

Tilsvarende gjelder også vurdering av spørsmålet knyttet til medikamentell behandling. Sykehuset kan anbefale pasienten behandling med antipsykotika, selv om [redacted] uttrykker at [redacted] ikke vil ta det. Med bakgrunn i at det var kjent at pasientens voldsrisiko ble ansett forhøyet når [redacted] er uten legemidler, mener vi avviket fra god faglig praksis i pasientens tilfelle var så stort at helsehjelpen i forbindelse med utskrivelsen/oppfølgingen var uforsvarlig.

## **12 Har [redacted] tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til psykotiske pasienter med paranoid schizofreni?**

Under dette punktet har Statens helsetilsyn vurdert om virksomheten har tilrettelagt sine tjenester slik at helsetjenestene til pasientgruppen er forsvarlig og i samsvar med gjeldende regelverk. Under dette ser vi både på virksomhetens styring og organisering av helsetjenesten. Det stilles krav at tjenesten er tilrettelagt slik at helsepersonellet i de involverte avdelingene kan overholde lovpålagte plikter.

Vi har kommet til at [redacted] ikke har sikret forsvarlige helsetjenester til psykotiske pasienter med paranoid schizofreni som trenger tvungent psykisk helsevern. Virksomheten har videre ikke tilrettelagt tjenestene slik at ansatte ved [redacted] og post [redacted] kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovbestemte krav. Det foreligger brudd på spesialisthelsevesenloven § 2-2, jf. § 3-4 a og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7, psykisk helsevernloven § 3-9 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Mer om hva vi har lagt til grunn for våre vurderinger følger nedenfor.

### **12.1 Medvirkning fra, og informasjon til, de pårørende**

Ved det stedlige tilsynet fikk vi informasjon om gjeldende praksis for kontakt med pårørende i tilfelle pasienter ble vurdert i behov av tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern. Vi fikk inntrykk av at de ansatte tolket pårørendes rett til medvirkning og informasjon i denne sammenhengen, til å gjelde retten til å klage, og ikke retten til å fremme informasjon om pasienten eller forhold rundt pasienten, i forkant av at vedtak ble fattet.

Det kom frem at det varierer hvem som kontakter de pårørende i slike tilfeller, men at det som oftest er sykepleierne i avdelingen. Det blir i forbindelse med denne kontakten kun informert om vedtaket, ikke aktivt innhentet opplysninger fra de pårørende. Det blir imidlertid åpnet for at pårørende eventuelt kan komme med informasjon på eget initiativ. Praksisen gjenspeiles også i det vi har sett i gjennomgangen av saken for pasienten. Det ble opplyst at det er et poeng at sykepleierne informerer, slik at det ikke skal være en diskusjon om vedtaket. Vi har i [redacted] sine tilbakemeldinger til den endelige rapporten, ytterligere fått bekreftet at virksomhetens ledelse etter intern gjennomgang, mener de interne rutineene er uklare på dette punktet, og at de ved den interne gjennomgangen har erfart at praksis er ulik i de involverte seksjonene.

Ut fra lovteksten og lovkommentarer til lov om psykisk helsevern § 3-9, fremkommer det imidlertid at pårørende skal gis anledning til å uttale seg *før* vedtak fattes. Det er poengtert at nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand, herunder om pasientens fungering med og uten behandling, som kan påvirke faglig ansvarlig sine vurderinger. God faglig praksis vil således innebære at den faglig ansvarlige selv innhenter informasjon fra pårørende, enten direkte eller ved å sikre at andre innhenter slik informasjon. Denne

informasjonen skal være en del av den informasjonen den vedtaksansvarlige bygger vedtaket om tvungent psykisk helsevern på. Det er ikke tilstrekkelig å informere pårørende om vedtak om tvungent psykisk helsevern i etterkant av at vedtak er fattet. Gjeldende praksis i avdelingen er således ikke i samsvar med lovens krav.

██████████ har ikke sikret forsvarlige rammer for vurdering og dokumentasjon ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Videre har gjennomgangen av saken avdekket at virksomheten gjennomgående har drevet med en praksis i strid med gjeldende regelverk for involvering og innhenting av informasjon av pårørende, jf. lov om psykisk helsevern § 3-9. Begge disse forholdene kan ha betydning for helsehjelpen som gis, ved at beslutningsgrunnlaget for vurderingene blir mangelfullt. Den avdekkede svikten medfører etter vår vurdering fare for svikt i lignende tilfeller.

## **12.2 Drøfting av de ulike vilkår for vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern**

Funn og vurderinger knyttet til grunnlaget for beslutninger om behandlingsvalg og vedtak om tvungent psykisk helsevern, skal dokumenteres. Dette er en del av forsvarlighetskravet, og dokumentasjonen skal også bidra til at blant annet tilsynsmyndighetene skal kunne vurdere forsvarligheten av helsehjelpen som er gitt. Det er virksomhetens ansvar å tilrettelegge for forsvarlig dokumentasjon, blant annet gjennom maler for vedtak. Dette må gjøres slik at helsepersonellet settes i stand til å oppfylle kravet til faglig forsvarlighet i sin dokumentasjon og sine vurderinger. Vi vil peke på at det i et tilfelle som det aktuelle, hvor det er mange ulike pleiepersonell involvert i observasjonen og oppfølgingen av pasienten, og hvor det blir behov for å overflytte pasienten mellom ulike seksjoner, i særlig grad er viktig at observasjoner, vurderinger og begrunnelser for behandlingsvalg dokumenteres. Beslutningsgrunnlaget for valg av tiltak og behandling blir mangelfullt dersom det ikke er tilstrekkelig system for å sikre at relevant informasjon om pasienten videreformidles mellom de som er involvert i helsehjelpen. Det er i denne sammenheng et eget poeng at pleiepersonale som skal observere pasienten i det daglige har tilgang og adgang til å dokumentere i pasientjournal. Det er ikke opplyst i saken om alt av involvert personale hadde tilgang til å notere i pasientens journal.

Det ble opplyst under det stedlige tilsynet at det var praksis i de involverte avdelingene ikke å drøfte alle vilkår for tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern i de tilfeller de kom til at behandlingskriteriet er oppfylt. God faglig praksis vil imidlertid være å drøfte alle vilkår. Dette vil etter vår mening særlig gjelde i en sak som det aktuelle, der farekriteriet har vært en del av grunnlaget for vedtak om tvungen observasjon.

Det følger av virksomhetens gjeldende interne retningslinje (veileder for screening av voldsrisiko) at mulig voldsrisiko må vurderes i kontekst, både i og/eller utenfor institusjon. Dokumentasjonen som foreligger tyder ikke på at disse sidene av farekriteriet var vurdert i pasientens tilfelle. Dette er ikke i samsvar med lovens krav eller god faglig praksis. Både den konkrete saken og opplysninger om gjeldende praksis i virksomheten for vurderinger av farekriteriet, indikerer at dette er et område av driften med fare for svikt.

Vi vektlegger opplysningene vi fikk ved det stedlige tilsynet, om at en med «farekriteriet» i hovedsak hadde sett hen til fare for at pasienten skulle skade seg selv under innleggelsen. Imidlertid er dette bare et av alternativene for farevurderingen som skal gjøres, hvor også fare for andres liv og helse må vurderes. Fare for psykisk helse hos andre vil eksempelvis kunne være fare for psykiske reaksjoner, blant annet som følge av trusler og lignende. Farevilkåret kan videre være oppfylt selv om pasienten ikke anses å utgjøre en fare i behandling og under

tvungent psykisk helsevern. Det sentrale vil være om pasienten vil utgjøre en fare uten tvungent psykisk helsevern.

### **12.3 Har [redacted] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelser skjer igjen?**

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til å drive internkontroll. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten.

Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser og vurderer tiltak for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Denne prosessen innebærer å dokumentere at man har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger og implementere de tiltak som viser seg å være effektive og forsvarlige. Videre må virksomheten inkludere pasient og pårørende, og sikre at informasjon om hendelsen som er til nytte for arbeidet med å redusere fremtidig risiko, tas med i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Statens helsetilsyn har kommet til at [redacted] foreløpig ikke i tilstrekkelig grad har iverksatt nødvendig kvalitetsforbedrende tiltak etter hendelsen, og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. For vår konklusjon vektlegger vi at det fortsatt anses å gjenstå en del arbeid knyttet til planlagte tiltak, både med hensyn til gjennomføring/implementering og evaluering av at tiltakene har den ønskede effekten. Dette gjelder blant annet i forhold til de nye rutinene som er innført i tjenesten, og som er vedlagt virksomhetens tilbakemelding av [redacted]. Videre mener vi det er behov for virksomhetens ledelse å gjennomgå den endelige rapporten, for vurdering av om ytterligere tiltak er nødvendig.

Vi ser at virksomheten har igangsatt en god prosess for kvalitetsforbedring av tjenesten, og at det allerede er iverksatt flere tiltak som er relevante i forhold til den svikt som er avdekket gjennom tilsynssaken og som er påpekt i vår endelige rapport. Det er blant annet pekt på følgende forhold som [redacted] selv har identifisert som særlig viktige med tanke på å øke pasientsikkerheten: paragrafvurdering, medikamentell behandling, oppfølging av blodprøvesvar, farekriteriet/voldsrisiko, skillet mellom de ulike avdelingene og virksomhetens involvering av pårørende. Vi har også fått oversendt kopi av rutiner som er utarbeidet for å bidra til at ønsket og lik praksis gjennomføres. Vi viser til virksomhetens tilbakemelding av [redacted] for fullstendig oversikt over virksomhetens tiltak, planer og rutiner. Det fremkommer at noen tiltak allerede er gjennomført, men at det for flere av punktene både gjenstår å gjennomføre tiltak/revisjoner.

Vi ønsker tidsangivelse for når de tiltak forventes satt i verk, og under dette på hvilken måte ledelsen i virksomheten skal sikre at tiltak blir kjent, forstått og etterlevd av helsepersonellet i tjenesten. Videre ønsker vi opplyst når og på hvilken måte virksomhetens ledelse vil evaluere tiltak som gjennomføres, for ved dette å sikre at tiltakene gir ønsket effekt for bedring av pasientsikkerheten.

## **13 Statens helsetilsyn konklusjon**

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp i forbindelse med innleggelsen ved Psykiatrisk klinikk.

Vi har også kommet til at [redacted] ikke i tilstrekkelig grad har tilrettelagt tjenestene i de involverte avdelingene, slik at helsetjenestene som tilbys pasienter med psykosesykdom med behov for tvungent psykisk helsehjelp er forsvarlige. Det er videre avdekket lovbrudd knyttet til virksomhetens praksis for involvering av pårørende ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dette innebærer også at virksomheten heller ikke har tilrettelagt tjenestene ved [redacted] og post [redacted] slik at helsepersonellet i avdelingene kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovbestemte krav. Når det gjelder ivaretagelse av pårørendes rettigheter legger Statens helsetilsyn grunn at denne svikten er gjennomgående i klinikken.

Virksomheten har dessuten ikke gjennomført tilstrekkelige og nødvendige kvalitetsforbedrende tiltak etter hendelsen. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, psykisk helsevernloven § 3-9 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

#### **14 Videre tilsynsmessig oppfølging**

Statens helsetilsyn ser alvorlig på den svikten som er avdekket gjennom tilsynssaken. Vi legger vekt på at svikten gjelder helsehjelp i forbindelse med en av virksomhetens kjerneaktiviteter, ivaretagelse av psykotiske pasienter i forbindelse med akuttinnleggelse og vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Saken gjelder bruk av tvangsmidler ovenfor en sårbar pasient, og vi vektlegger at hver eneste episode der tvang brukes, er en potensiell krenkelse.

På den annen side har svikt ved vurdering av farekriteriet stort farepotensiale, både i forhold til den enkelte pasient og samfunnet for øvrig. Samlet skjerper disse forholdene kravet til aktsomhet når det gjelder beslutningsgrunnlag og vurderinger. Dette er virksomhetens ansvar å sikre at pasientgruppen mottar forsvarlige helsetjenester, og at helsepersonellet som utfører tjenesten kan utøve sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet. Saken har avdekket at det er tillagt de pårørende et stort ansvar for medvirkning til omsorg for pasienten, og det må da forventes at virksomheten samtidig ivaretar de pårørendes rettigheter til medvirkning og informasjon.

Det er både av stort betydning for pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten, samt tilliten til spesialisthelsetjenesten som utøver av myndigheten til å etablere tvungent psykisk helsevern, at virksomhetens ledelse har nødvendig styring med at helsetjenesten utøves i samsvar med gjeldende regelverk og krav i forskrifter og interne retningslinjer.

Vi har merket oss ledelsens tilbakemelding om at saken tas på største alvor og at forbedringsaktiviteter allerede er satt i gang/planlegges gjennomført. Dette er positivt.

Statens helsetilsyn har likevel kommet til at det er behov for videre tilsynsmessig oppfølging. Dette blant annet for å sikre at igangsatte/planlagte tiltak får den ønskede effekten for pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten.

Vi viser til det som er påpekt ovenfor under punkt 12.3 om ønsker om ytterligere tilbakemelding/utdypning av de forbedringspunkter som allerede er identifisert. Vi mener også at vår endelige rapport må gjennomgå med sikte på å identifisere ytterligere tiltak som er nødvendige. Det må også sikres at ledelsen har nødvendige systemer for å kunne følge opp at tiltakene implementeres, etterleves og gir den ønskede effekten. Slik tilbakemelding bes oversendt oss innen fire - 4 - uker fra mottak av den endelige rapporten.

- **Vedlegg**

### **Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen**

Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet.

- Statens helsetilsyn mottok [REDACTED] et varsel om en uventet alvorlig hendelse som involverte en tidligere pasient fra [REDACTED] og innhentet innledende opplysninger om forholdet
- Statens helsetilsyn mottok [REDACTED] journaldokumentasjon fra [REDACTED]
- Statens helsetilsyn fikk [REDACTED] henvendelse fra [REDACTED] politidistrikt i anledning saken, og spørsmål om etterforskning
- Ved brev av [REDACTED] fra [REDACTED] fikk Statens helsetilsyn oversendt virksomhetens relevante styrende dokumenter, prosedyrer og en foreløpig redegjørelse av helsehjelpen som var gitt Statens helsetilsyn var [REDACTED] i kontakt med pasientens fastlege, og fikk [REDACTED] oversendt journaldokumentasjon fra [REDACTED] legesenter
- Statens helsetilsyn varslet ved brev av [REDACTED] om at saken ville bli fulgt opp gjennom stedlig tilsyn
- I mandat i brev av [REDACTED] ba Statens helsetilsyn [REDACTED] (sakkyndig) om sakkyndig uttalelse til saken
- Statens helsetilsyn gjennomførte [REDACTED] samtale med pårørende
- Statens helsetilsyn gjennomførte [REDACTED] stedlig tilsyn ved [REDACTED] og post [REDACTED]
- Ved brev av [REDACTED] fra [REDACTED] politidistrikt ble Statens helsetilsyn orientert om at politiet har besluttet å innstille etterforskningen av tilsynssaken og at saken tilbakeføres til Statens helsetilsyn for administrativ forfølgning
- Sakkyndig uttalelse ble avgitt [REDACTED]
- Vi mottok ytterligere opplysninger fra virksomhetens ledelse, blant annet angående rusmiddeltesting, i e-poster av [REDACTED]
- Vi mottok ytterligere opplysninger fra [REDACTED] angående prøvesvar ved brev av [REDACTED]
- Statens helsetilsyn mottok tilbakemelding på den foreløpige rapporten fra virksomheten ved brev av [REDACTED] Kopi av tilbakemeldingen ble oversendt pasientens advokat
- Statens helsetilsyn mottok kommentarer til den foreløpige rapporten og virksomhetens tilbakemelding ved pasientens advokat sitt brev av [REDACTED]
- Statens helsetilsyn mottok endelig tilbakemelding på den foreløpige rapporten ved [REDACTED] sitt brev av [REDACTED] med vedlegg. Kopi av denne tilbakemeldingen ble sendt pasientens advokat