

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Mangelfull helsehjelp til pasient med uavklart diagnose med akutt psykisk krise

XXXX HF

XXXX

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



XXXX

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

XXXX

XXXX

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) viser til varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a om en alvorlig hendelse ved XXXX HF den XXXX. Bakgrunnen for saken er den helsehjelpen XXXX født XXXX, død XXXX fikk ved XXXX HF, DPS XXXX, XXXX og ved XXXX, XXXX i perioden XXXX.

Statens helsetilsyn har gjennom et dokumenttilsyn og gjennom samtaler med pasientens pårørende undersøkt om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp og om virksomheten sørger for at håndtering av uavklarte pasienter i akutt psykisk krise blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til pasientens pårørende.

De pårørende opplyser at de ikke hadde fått oppfølging fra sykehuset etter at de avslo det første tilbudet om samtale.

Etter Helsetilsynets vurdering har virksomheten utarbeidet relevante organisatoriske tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende hendelser skjer igjen. Helsetilsynet mener likevel at det fortsatt kan være en pågående risiko for at diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise ikke får et forsvarlig helsehjelpstilbud. Helsetilsynet ber derfor om å få opplyst hvordan tiltakene skal implementeres i den daglige driften, og tidsrammen for iverksetting og evaluering av de ulike tiltakene. Vi kan heller ikke se at det er etablert en plan for hvordan ledelsen gjennomgår og vurderer om de iverksatte tiltakene virker som forutsatt over tid.

XXXX HF gis en frist på tre -3- uker fra mottagelsen av rapporten til å utarbeide og oversende planen.

Helsetilsynet forventer videre at ledelsen ved XXXX HF gjennomgår hendelsen i læringsøyemed, og at rapporten blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen. Vi ber også om at ledelsen informerer pårørende om hvilke tiltak som iverksettes for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Med hilsen

XXXX
ass. direktør

XXXX
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:
Fylkesmannen i XXXX
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:
seniorrådgiver XXXX
seniorrådgiver XXXX

Juridisk saksbehandler:
seniorrådgiver XXXX

Innhold

Sammendrag	5
1 Tilsynets tema og omfang	6
2 Aktuelt lovgrunnlag	6
2.1 Forsvarlig helsehjelp	6
2.2 Behandling i psykisk helsevern	7
2.3 Pasienter og pårørendes rett til informasjon og medvirkning	8
3 Faglige krav/forventninger til virksomheter og helsepersonell	8
3.1 Kartlegging og utredning ved akutte uavklarte tilstander i psykisk helsevern.	9
3.2 XXXX ved DPS.....	12
4 Forhold ved virksomheten, organisering, prosedyrer, rutiner og praksis .	13
4.1 Organisering.....	13
4.2 Oppgaver og ansvarsfordeling.....	14
4.3 Opplæring og kompetansehevende tiltak.....	14
5 Hendelsesforløpet og helsehjelpen	14
5.1 Bakgrunn	15
5.2 Helsehjelpen ved XXXX.....	15
5.3 XXXX HF's oppfølging av hendelsen	18
5.4 Opplysninger fra pårørende til Helsetilsynet	19
6 Tilbakemeldinger på foreløpig rapport	19
7 Helsetilsynets vurderinger	20
7.1 La XXXX HF til rette for og sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt krise?	20
7.2 Ga XXXX HF pasienten forsvarlig helsehjelp?	21
7.3 Ble pasientens pårørende informert og ivaretatt underveis i pasientforløpet og i etterkant av den alvorlige hendelsen?	24
7.4 Har XXXX HF iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å forebygge at tilsvarende skjer igjen?.....	25
8 Helsetilsynets konklusjoner	25
Vedlegg 1 – Referanseliste	27
Vedlegg 2 – Saksbehandlingsprosessen	28
Vedlegg 3 – Dokumentliste	29
Vedlegg 4 - Regelverkssitater	30
Vedlegg 5 - Virksomhetens tilbakemelding på Helsetilsynets foreløpige rapport:	40

Sammendrag

I denne rapporten oppsummeres funn og vurderinger etter tilsyn ved XXXX HF. Vi undersøkte om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om virksomheten sørger for at helsehjelp til uavklarte pasienter i akutt psykisk krise blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasienter får forsvarlige, trygge og gode tjenester.

Pasienten var en XXXX i XXXX som ble henvist fra legevakt til utredning ved distriktpspsykiatrisk senter etter brå debut og eskalering av angst og depresjon. XXXX informerte om en markant endring i pasientens personlighet og et betydelig funksjonsfall siste tiden. Pasienten var preget av sterk angst og agitasjon, betydelig selvbebreidelse, alvorlige søvnvansker, XXXX og XXXX. XXXX fulgte opp pasienten og pårørende med hjemmebesøk, vurderingssamtaler og telefonkontakt. Behandlerne vurderte i første møte med pasienten at en «eskalerende angstproblematikk» var den primære årsaken til pasientens helseplager. Det ble ikke satt noen tentativ diagnose, eller avklart nærmere hva slags symptomer som burde behandles. Klinisk strukturerte selvmordsrisikovurderinger ble ikke gjennomført fordi behandlerne mente pasienten var så symptombelastet at behandlerne ikke kom i posisjon til å gjennomføre undersøkelsene. Innleggelse på akutt døgnpost ble underveis i forløpet drøftet med pasient og pårørende. Dette ble ikke anbefalt, da helsepersonellet mente at pasientens angstproblemer kunne forverres under slike rammer. Oppfølgingen av pasienten ble i all hovedsak overlatt til pasientens pårørende i påvente av en vurdering av videre behandlingstiltak hos fastlegen.

Dagen før pasienten tok livet sitt, ga XXXX opplysninger til XXXX som indikerte en alvorlig forverring med psykotiske symptomer. Pasientens tilstand var svært svingende, og helsepersonellet brukte flere timer på å avklare og endelig beslutte hvilke tiltak som skulle iverksettes. Først på XXXX ble det endelig avtalt at pasienten og XXXX skulle oppsøke DPS akutt ved en annen avdeling av sykehuset, for vurdering av frivillig innleggelse på døgnavdeling. Da de ankom DPS akutt samme XXXX, var det ventetid. Pasienten og XXXX ble informert om at det ikke ville bli tid til å vurdere pasienten på denne vakt. De fikk tilbud om å vente på samtale med vakthavende lege på neste vakt. Familien informerte en ansatt at de valgte å reise hjem i stedet. XXXX tok pasienten sitt eget liv.

Helsetilsynet har i denne saken kommet til at XXXX HF ikke sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise med samtidige symptomer på angst, depresjon og psykose. Pasienten fikk ikke forsvarlig helsehjelp av XXXX HF. Vår vurdering er at helsehjelpen pasienten fikk, har nær sammenheng med virksomhetens manglende tilretteleggelse og sikring av helsetjenestene.

Pasientens pårørende fikk ikke tilstrekkelig informasjon, veiledning og oppfølging underveis i pasientforløpet av XXXX HF. Helsetilsynet har videre kommet til at XXXX HF i etterkant av den alvorlige hendelsen har gitt pårørende informasjon om hendelsen og tilbud om oppfølging. XXXX HF har ikke iverksatt tilstrekkelige og nødvendige tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende skal skje igjen.

1 Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Dette tilsynet omhandler mottak og pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt krise. Helsetilsynet har i denne saken undersøkt om virksomheten:

- la til rette for og sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise med samtidige symptomer på angst, depresjon og psykose
- ga pasienten forsvarlig helsehjelp
- har ivaretatt pårørende underveis i forløpet, og i etterkant av den alvorlige hendelsen
- har gjennomgått pasientforløpet og innrettet tiltak for å forebygge at liknende hendelser skjer igjen.

Helsetilsynet har vurdert hendelsen med utgangspunkt i de skriftlige dokumentene vi har mottatt fra virksomheten og samtaler med pårørende.

I rapporten presenterer vi det rettslige grunnlaget for tilsynet og hvilke faglige forventninger som stilles til virksomheter og helsepersonell ved oppfølging av diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise og deres pårørende. Deretter gjør vi rede for vår oppfatning av hendelsesforløpet og forhold ved virksomheten. Til slutt redegjør vi for våre vurderinger og konklusjoner.

Referanser, saksbehandlingsprosessen, oversikt over dokumenter i saken, regelverkssitater og virksomhetens tilbakemelding på endelig rapport er lagt som vedlegg til rapporten.

2 Aktuelt lovgrunnlag

I dette kapitlet redegjør vi for det rettslige utgangspunktet for våre vurderinger i saken. Relevante lovbestemmelser følger vedlagt rapporten.

2.1 Forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Kravet om å yte forsvarlige helsetjenester gjelder både for det enkelte helsepersonell og for virksomheter, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Hva som er forsvarlig endres over tid og bestemmes av normer utenfor loven. Innholdet i begrepet forsvarlighet er forankret i anerkjent fagkunnskap, som blant annet kan komme til uttrykk i faglitteraturen, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere samt allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

2.1.1 Virksomheter i helse- og omsorgstjenesten

Virksomhetene har ansvar for å legge forholdene til rette for at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. helsepersonelloven § 16. Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har en plikt til å sørge for at helsepersonell har tilgang til journal- og informasjonssystemer for å dokumentere helsehjelpen som gis, jf. pasientjournalloven § 8.

Gjennom forsvarlig virksomhetsstyring og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (internkontroll) skal virksomhetene sikre at tiltak for å oppfylle kravet om

forsvarlige tjenester fungerer og er tilstrekkelige. Det forventes at virksomheten planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer tiltak som sikrer at tjenestene som ytes er forsvarlige.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er nær sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetens plikt til å arbeide med systematisk kvalitets- og pasientsikkerhet (internkontroll). Dette ansvaret er tydeliggjort i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9. Den som har det overordnede ansvaret skal sikre at det arbeides systematisk med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. Arbeidet er en kontinuerlig prosess som blant annet omfatter at virksomhetens ledelse:

- sikrer at det er lagt til rette for at ansatte blir i stand til å utføre sine oppgaver i henhold til regelverk
- styrer virksomheten slik at regelverk faktisk blir fulgt og virksomhetens mål nås
- driver systematisk kontroll, slik at brudd på regelverk og interne rutiner oppdages
- treffer tiltak hvis regelverk og interne rutiner brytes
- evaluerer sin virksomhet, slik at man lærer av gode og dårlige erfaringer.

2.1.2 Helsepersonell

Helsepersonells utførelse av helsetjenester skal være i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Hva som skal til for å oppfylle kravet bedømmes på bakgrunn av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter, hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med plikten helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet.

2.2 Behandling i psykisk helsevern

Lov om psykisk helsevern med tilhørende forskrifter regulerer etablering og gjennomføring av både frivillig og tvungent psykisk helsevern, og skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, jf. psykisk helsevernloven § 1-1 (11).

2.2.1 Øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern

Øyeblikkelig hjelp er både en rett og en plikt. Retten til øyeblikkelig hjelp er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Retten til øyeblikkelig hjelp innebærer at virksomheter i spesialisthelsetjenesten har en plikt til å motta pasienter for nærmere undersøkelse hvis henvisende lege mener at pasientens psykiske tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd og psykisk helsevernloven § 1. Retten til øyeblikkelig hjelp utløser også en plikt for helsepersonell til å gi pasienter i akutt fare helsehjelp så fort som mulig, jf. helsepersonelloven § 7.

Øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern omfatter blant annet å ta imot og gi akutt helsehjelp til pasienter med:

- psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsamhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse.
- psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at personen kan forsøke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.

2.3 Pasienter og pårørendes rett til informasjon og medvirkning

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetakene plikt til å sørge for å gi informasjon pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Dersom det vurderes at pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine interesser skal informasjon om helsetilstand og helsehjelp som ytes bli gitt til pårørende i den utstrekning forholdene tilsier det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Pasienten og nærmeste pårørende har rett til å få informasjon om det har oppstått alvorlige hendelser i pasientforløpet og informasjon om tiltak virksomheten har iverksatt, eller har planer om å iverksette, for å redusere risiko i etterkant av hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde til sjette ledd og § 3-3.

Ved alvorlige hendelser kan det være uklart hva som skjedde og hva som var årsaken til hendelsen. Virksomheten bør gi foreløpig informasjon om hva de vil foreta seg for å undersøke hva som var mulig årsak til hendelsen, og dele den informasjonen de har skaffet seg så langt om hva som faktisk skjedde. Når årsaksforholdene til en hendelse er nærmere klarlagt, forventes det at pårørende tilbys mer informasjon om tiltak som iverksettes for å forebygge at lignende hendelse skjer igjen (9).

3 Faglige krav/forventninger til virksomheter og helsepersonell

Faglige normeringer beskriver hvordan de aktuelle tjenestene skal utføres slik at tjenestene blir forsvarlige. Faglige normeringer beskriver på denne måten hva som er god praksis. For å få til god og trygg praksis, må ledelsen sørge for at kravene også etterlevs. Nedenfor følger normer for god praksis og god styring, på de aktuelle områdene som er relevant for denne saken.

Den alvorlige hendelsen handler om mottak av en diagnostisk uavklart pasient i akutt psykiske krise med symptomer på angst, depresjon og psykose. Helsetilsynet presenterer i dette kapittelet faglige forventninger som stilles til

- kartlegging, utredning og behandling ved akutte og uavklarte tilstander
- kartlegging, utredning og vurdering av selvmordsrisiko
- forsvarlig virksomhet i akutt ambulant team ved DPS.

Helsetilsynets beskrivelse av god faglig praksis ved mottak av diagnostisk uavklarte pasienter i akutt krise er hentet fra Helsedirektoratets veiledere. Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer er faglig normerende. Når Helsetilsynet vurderer om det er handlet i samsvar med god praksis, tar vi utgangspunkt i anbefalinger som er utviklet systematisk og kunnskapsbasert. Det medfører at retningslinjene bør være sentrale i arbeid med kvalitetsforbedring (6).

Faglige veiledere utgitt av Helsedirektoratet er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende og er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd. Dette betyr imidlertid ikke at anbefalinger og råd som gis i faglige veilederne ikke kan ha rettslig betydning. Veilederne beskriver ofte en praksis eller fremgangsmåte som må anses å gjenspeile allment aksepterte faglige normer. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra veilederens anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Det er også viktig å være oppmerksom på at veilederne kan inneholde referanser til lov- og forskriftsbestemmelser og beslutninger som vil være bindende for gruppene de retter seg mot (4).

3.1 Kartlegging og utredning ved akutte uavklarte tilstander i psykisk helsevern

3.1.1 Kartlegging og identifisering av symptomer

Fordi symptomer kan forstås og forklares på flere måter, innebærer differensialdiagnostikk å utrede nærmere hvilken diagnose som best beskriver pasientens lidelse/tilstand. Symptomer på psykisk lidelse, som for eksempel depresjon, kan også være en direkte fysiologisk følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller rusmidler. Slike forhold bør derfor også utredes ved depresjon. Når helsehjelpen igangsettes, skal pasienten ha et forsvarlig pasientforløp, uavhengig av om tilstanden er avklart eller ikke (10, 14).

Henvisninger og foreløpige kartlegginger vil ikke alltid gi tilstrekkelige opplysninger til å sette en tentativ diagnose. Helsepersonell må også vurdere om den alvorligste diagnosen som det er realistisk å mistenke. Dersom pasienten også har angst, mange depressive symptomer og tydelig funksjonsfall, bør tilstanden vurderes som en tentativ alvorlig depresjon inntil tilstanden er utredet tilstrekkelig til å avkrefte eller bekrefte diagnosen. Manglende avklaring av tentativ diagnose kan få alvorlige konsekvenser for vurdering av hastegrad og behandlingstiltak, og dermed pasientsikkerheten. Det vises til at mest alvorlige formene for angst- og tvangslidelser har en veiledende frist for start utredning på tolv uker, mens en alvorlig depresjon har en veiledende frist for start behandling på to uker (10, 14).

Spesialist i psykiatri eller psykologspesialist bør vurdere om pasienten fyller kriteriene for flere psykiske lidelser samtidig. Flere lidelser vil kunne ha innvirkning på pasientenes behandling og prognose og skal tas hensyn til i planlegging av utredning og behandlingsforløp. Behandler må sikre at lege i spesialisthelsetjenesten vurderer om det er behov for supplerende undersøkelser ut ifra henvisningen, pasientens symptomer og hvilke undersøkelser som er gjort hos fastlege. En utvidet utredning bør inkludere bruk av anbefalte strukturerte utredning- og kartleggingsverktøy (13).

Identifisering og differensiering av angst og agitasjon

Dersom angst er det dominerende symptomet ved samtidige depressive symptomer, bør det gjøres en differensialdiagnostisk vurdering av om angstsymptomene er relatert til en «primær» angstlidelse eller sekundær til annen psykisk lidelse, eller om det foreligger en blandet angst og depressiv lidelse. Angstsymptomer må vurderes i lys av andre sentrale symptomer, og ellers utredes i tråd med god klinisk praksis. De som utreder må være oppmerksomme på at hos noen deprimerte pasienter kan angsten sterkt dominere det kliniske bildet, slik at en alvorlig depresjon blir feildiagnostisert som en angstlidelse (5). Ved depresjoner kan agitasjon være et dominerende symptom som kamuflerer andre symptomer (3). I klinisk psykologisk og psykiatrisk betydning er agitasjon en tilstand som er kjennetegnet av stor psykomotorisk uro, rastløs vandring, og ved at personen er opphisset og oppskaket (17).

Identifisering av symptomer på depresjon

I den diagnostiske manualen ICD-10 beskrives de diagnostiske kriteriene for depressiv episode som den behandlingsansvarlige må kartlegge og vurdere. Depressive episoder deles gjerne inn i mild (ICD-10; F32.0), moderat (ICD-10; F32.1) og alvorlig (ICD-10; F32.2 og F32.3). Det kreves vanligvis en symptomvarighet på to uker for å stille diagnosen. Kortere tid kan aksepteres hvis symptomene er svært alvorlige og har brå debut. Pasienter med depressive episoder kjennetegnes ved «... depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Andre vanlige symptomer er: (a) redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, (b) redusert selvfølelse og selvtillit, (c) skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, (d) triste og pessimistiske tanker om fremtiden, (e)

planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord, (f) søvnforstyrrelser, (g) redusert appetitt. Som ved maniske episoder, viser det kliniske bildet tydelige individuelle variasjoner. I noen tilfeller kan angst, bekymringer og motorisk agitasjon være mer fremtredende enn depresjon, og endringer i stemningsleiet kan også skjules av andre trekk, som irritabilitet, stort alkoholkonsum, teatralisk atferd og forverring av tidligere symptomer på fobier eller tvangstanker, eller hypokondriske tanker.» (16).

Det «somatiske syndromet» er en samlebetegnelse på symptomer som interesse- eller gledesløshet overfor aktiviteter som vanligvis oppleves som positive, manglende følelsesmessig reaksjon på omgivelser og hendelser som vanligvis oppleves som hyggelige, oppvåkning minst to timer tidligere enn vanlig, sterke depresjon om morgenen, objektive tegn på sikker psykomotorisk retardasjon eller agitasjon (bemerket eller rapportert fra andre mennesker), markert tap av appetitt og vekt og markert tap av libido. Vanligvis blir ikke det somatiske syndromet vurdert som tilstedeværende uten at fire symptomer eller fler klart er til stede (16).

Utredning og diagnostisering av depressive lidelser gjøres i kliniske intervjuer/samtaler med pasienten. For å vurdere graden av depresjon og følge opp effekt av behandlingstiltak, bør det benyttes standardiserte verktøy som MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) og BDI-II (Becks depresjonsinventorium-II).

Depresjon kan forekomme samtidig med psykoselidelser. Ved utredning som skjer i regi av spesialisthelsetjenesten bør en vurdere å supplere utredningen av depresjon med strukturerte intervju- og kartleggingsinstrumenter. Både SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders with Psychotic Symptoms included) og M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) er anbefalt å bruke i denne sammenheng (2).

Alvorlig depressiv episode

I alvorlige depressive episoder vil det fremkomme betydelig bekymring, agitasjon eller retardasjon. Tapt selvfølelse, følelse av unyttighet eller skyldfølelse er ofte fremtredende, og det er en økt fare for selvmord. Det somatiske syndromet er nesten alltid til stede i alvorlige depressive episoder. Hvis symptomer som agitasjon eller retardasjon er markerte, kan pasienten være uvillig, eller ute av stand til, å beskrive mange av symptomene i detalj. Under en alvorlig depressiv episode er pasienten ute av stand til eller i meget redusert grad, å fortsette sine aktiviteter sosialt, i arbeid eller hjemme (15, 16).

Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer

Det er en episode med alvorlig depresjon, og samtidige hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger. Det kan oppstå livsfare som følge av risiko for selvmord, dehydrering eller manglende inntak av føde. Psykotiske symptomer kan være i samsvar med stemningsleiet (15, 16).

Ved samtidige symptomer på angst og depresjon, skal det være det lav terskel for å utforske nærmere utsagn og atferd hos pasienten som kan gi mistanke om psykotiske symptomer. Komparentopplysninger fra dem som kjenner pasienten best, som oftest nærmeste pårørende, kan tilføre verdifulle opplysninger om personlighets- og atferdsendringer, uvanlige utsagn og atferd, irrasjonelle ideer og realitetsbrist, funksjonsfall og andre forhold som kan indikere at pasienten har en tilstand som krever rask utredning og behandling på egnet behandlingsnivå (2).

I fagartikkelen «Selvmord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolarlidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold» har Mork, Walby og Mehlum oppsummert relevant og anerkjent kunnskap om depresjon med psykotiske symptomer. De mest typiske symptomene ved psykotisk depresjon er vrangforestillinger og irrasjonelle ideer om skyld, skam, sykdom, forfølgelse og ha begått en feil. Det er ikke uvanlig at pasienter på psykotisk grunnlag opplever døden som beste alternativ. Studier har funnet høyere forekomst av psykomotorisk agitasjon eller retardasjon, økt skyldfølelse og større funksjonsfall hos deprimerte med psykotiske symptomer enn hos ikke psykotisk deprimerte. Klinisk fluktuerer tilstanden, og psykotiske symptomer kan komme eller forsvinne meget raskt. Det er vanlig at pasienten vil forsøke å skjule eller underrapportere sine symptomer. Det er derfor fare for at symptomer på psykose overses, spesielt hvis den som vurderer mangler kunnskap og erfaring med denne type alvorlige tilstander (3).

3.1.2 Kartlegging, utredning og vurdering av selvmordsrisiko

Alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko. Dersom resultatet av en slik kartlegging gir grunn til mistanke om forhøyet selvmordsrisiko (indikasjon), tilsier forsvarlighetskravet at pasienten følges opp med en nærmere vurdering av risiko og vurdering av persontilpassede forebyggende tiltak for å redusere denne risikoen (1).

I spesialiserte psykiske helsetjenester må det forventes at den som virksomheten har gitt ansvar for å vurdere risiko for selvmord, har tilstrekkelig kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om eventuell iverksettelse av forebyggende behandlings- eller beskyttelsestiltak, må foretas av kompetent helsepersonell med de nødvendige formelle kvalifikasjoner, og som har fått nødvendig opplæring. Det forventes at den som vurderer pasienten har kjennskap til høyrisikofaktorer for selvmord i psykisk helsevern, som de agiterte og psykotiske variantene av depresjon, og at pasienter i psykisk krise kan benekte pågående selvmordstanker og -planer. Det regnes som god praksis å spørre om selvmordstanker og -planer, men ved slike tilstander vil det være viktigst å legge vekt på symptomer, funksjon og atferd når helsepersonell skal vurdere om det kan foreligge akutt forhøyet selvmordsfare (1).

Tidlig intervensjon og årvåkenhet ved kritiske faser som ved debut eller forverring av psykotiske symptomer, er viktig for å forebygge selvmord hos personer med symptomer på alvorlig depresjon (3). Ved mistanke om kliniske tilstander og forhold som indikerer akutt selvmordsfare, må det sikres at en spesialist i psykiatri vurderer om pasienten skal innlegges som øyeblikkelig hjelp i psykiatrisk avdeling som beskyttende tiltak. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, må helsepersonell vurdere om pasienten har symptomer forenlig med alvorlig psykisk lidelse, og om pasienten utgjør en «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse» slik at kriteriene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt (1).

3.1.3 Vurdering av hastegrad og rett behandlingsnivå

Det forventes at vurderinger av tilstandens alvorlighet gjøres allerede i den første konsultasjonen og deretter fortløpende. Det forventes at pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid. I prioriteringsveilederen «Psykisk helsevern for voksne» er det lagt vekt på fall i funksjon som et alvorlighetskriterium, uansett diagnose (10). Hvor raskt et alvorlig symptom som depresjon og funksjonsfall har oppstått, er viktig i vurdering av hastegrad. Det anbefales å gi forsvarlig helsehjelp for den mest tidskritiske tilstanden som det er realistisk mistanke om at pasienten kan ha. Ved akutte og uavklarte tilstander bør alvorlighet av symptomer og lidelsestrykk vektlegges (13,14).

Pakkeforløp starter etter henvisning fra fastlege eller en øyeblikkelig hjelp vurdering, dersom det vurderes behov for videre utredning og behandling i psykisk helsevern. Beslutningen om pasienten skal inn i pakkeforløp eller ikke, skal som hovedregel gjøres senest innen to uker etter en øyeblikkelig hjelp vurdering. Det anbefales å gjennomføre regelmessige og systematiske evalueringer av om innrettede behandlingstiltak har den ønskede og tilsiktede effekten på pasientens psykiske lidelse. Når bedring og symptomlette uteblir, bør diagnoser og behandlingstilnærming korrigeres (13).

Persontilpasset behandling

Ubehandlet alvorlig depresjon, og særlig med psykotiske symptomer, har dårlig prognose. Det forventes at behandling av grunnlidelsen og eventuelle komorbide tilstander, igangsettes uten opphold når tilstanden vurderes som tilstrekkelig avklart. Det kan være nødvendig å behandle og lindre akutte symptomer parallelt med at utredningen pågår. (2).

Behandlingsnivå

Det forventes at virksomheten har sikret at det gjøres fortløpende og forsvarlige vurderinger av hva som er rett behandlingsnivå. Det er graden av funksjonsfall, symptomer og lidelsestrykk, samt hensynet til risiko for selvmord som bør bestemme hvilket behandlingsnivå som er forsvarlig. (2,8)

Depressive symptomer og samtidig forekomst av følgende faktorer tilsier hastehenvisning til akutt psykisk helsevern (2) er selvmordsplaner, psykotiske symptomer, sterk uro samtidig med en rekke alvorlige symptomer eller alvorlig nedsatt evne til egenomsorg (funksjonsfall).

3.2 XXXX ved DPS

3.2.1 Oppgaver

XXXX er et spesialisert tverrfaglig team som har som oppgave å vurdere pasienter som henvises psykisk helsevern med akutt psykisk krise. XXXX skal etter forsvarlig vurdering kunne tilby kortvarig tilpasset ambulant behandling eller henvise til andre enheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten eller til fastlege og kommunale tjenester, der det er indisert. (8).

Det er viktig med kompetanse på å ta imot og vurdere henvendelser, og vurdere om det er behov for innleggelse eller ikke. Det er avgjørende at akutte vurderinger, og spesielt vurdering av selvmordsfare og voldsrisiko, skjer på en forsvarlig måte. For å sikre nødvendig tverrfaglig kompetanse, anbefales det at XXXX bemannes med spesialist i psykiatri og psykologspesialist, fortrinnsvis i hele stillinger. Spesialist i psykiatri i bakvakt ved DPS eller sykehusavdelinger kan bistå utenom vanlig arbeidstid, og ellers være rådgiver med overlegeansvar (8).

3.2.2 Ambulant utredning og behandling

Ambulant utredning og behandling er for mange et godt alternativ til innleggelse i døgnavdeling. Det kan imidlertid være belastende for familie og nettverk, noe det må tas hensyn til. I den første konsultasjonen skal individuelle forhold ved den aktuelle krisen kartlegges for å finne ut hvilken akutt situasjon og klinisk tilstand som foreligger. Det anbefales å gjøres en tverrfaglig vurdering og konkludere med en prioritering og utarbeide en foreløpig behandlingsplan (8).

XXXX bør ha tilgang til spesialist i psykiatri og/eller psykologspesialist ved behov for faglig drøfting dersom ingen av disse er med i møtet med pasienten. Ved vurdering av eventuell

innleggelse må en vurdere generelle og individuelle beskyttelses- og risikofaktorer, inkludert eventuelle belastende forhold i hjemmet. Det er nødvendig å vurdere hvilken grad av fare det er for at pasienten kan komme til å skade seg selv eller andre. Noen ganger er hjemmebehandling ikke tilrådelig ut fra høy selvmordsfare eller voldsrisiko. (8).

3.2.3 Samarbeid og oppfølging av pårørende

Det er viktig at helsetjenesten påser at pårørende får nødvendig informasjon, støtte og avlastning, og at deres kunnskap og erfaringer anerkjennes og benyttes i pasientbehandlingen. Pårørende vil kunne være en sentral kunnskapskilde ved avklaring og behandling av pasientens tilstand. De kjenner pasienten fra før sykdom eller psykisk krise oppstod, og de kjenner til tidligere behandling. Det er nødvendig å vurdere hvilke belastninger pårørende opplever, og ha realistiske forventninger til hva de kan bidra med. For pasienten er det viktig at pårørende fungerer best mulig, at pårørende opplever at deres bekymringer tas på alvor, og at helsetjenesten bidrar til at de får den støtte de trenger. Pårørendes behov for informasjon og støtte avklares fortløpende. Nærmeste pårørende må gis tilstrekkelig informasjon om den aktuelle psykiske lidelsen og eventuell risiko forbundet med denne, og hvor de kan henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp (8).

4 Forhold ved virksomheten, organisering, prosedyrer, rutiner og praksis

I dette kapitlet beskriver vi rammebetingelser og forhold ved virksomhetens organisering og styring som legger til rette for forsvarlig virksomhet som er relevante når det gjelder temaet for tilsynet. Med prosedyrer mener vi skriftlige godkjente retningslinjer, og med rutiner mener vi hvordan virksomheten har besluttet hvordan praksis skal være. Praksis er hvordan arbeidet faktisk blir utført.

4.1 Organisering

XXXX HF er et områdesykehus og gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Virksomheten har cirka XXXX ansatte. XXXX.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling tilbyr utredning, behandling og rehabilitering til barn, unge og voksne som blir henvist og har både fylkesdekkende og spesialiserte enheter samt lokalbaserte tjenester. Tjenestetilbudet kan være enten i form av døgntilbud, polikliniske og ambulante tjenester.

XXXX

Figur 1 Organisering Fjernet her

XXXX (DPS XXXX) er en spesialisthelsetjeneste som tilbyr voksne (over 18 år) med psykiske lidelser diagnostisk utredning, samt tilpasset behandling og omsorg i regionen XXXX

XXXX

Figur 2 Organisering Fjernet her

XXXX gir helsetjenester i døgnavdeling, poliklinikk og utenfor institusjon i regi av XXXX.

I XXXX gjennomførte XXXX HF en XXXX tilbudet til voksne pasienter med psykiske lidelser. I tråd med nasjonale føringer og faglige anbefalinger ble hovedtyngden i tilbudet i større grad forskjøvet fra tradisjonell døgntilbud innenfor psykisk helsevern på sykehusnivå til mer fleksibel bruk av døgnplasser, poliklinikk og ambulante tjenester ved DPS. Endringer i rutinene og ansvarfordelingen ved henvisninger om øyeblikkelig hjelp XXXX. Øyeblikkelig hjelp forløpet har helt siden XXXX blitt fulgt nøye opp blant annet

gjennom egne månedsrapporter. Det har underveis blitt gjort enkelte små justeringer/forbedringstiltak, men det har ikke blitt foretatt noen større strukturelle eller innholdsmessige endringer.

I løpet av XXXX så XXXX HF et behov for å gjøre en mer omfattende gjennomgang av organiseringen. Begrunnelsen for dette var blant annet at øyeblikkelig hjelp forløpene hadde utviklet seg til å ha flere forsinkende prosesser. Pasientene ble i for stor grad utsatt for gjentatte vurderinger, og med det økte også faren for svikt i nødvendig kommunikasjon mellom ulike aktører i forløpet. På grunn av XXXX fra XXXX til lokale legevakter på kveld/helg lot det seg heller ikke gjøre å tilrettelegge for en praksis der medarbeidere i ambulante akutt-team eventuelt kunne møte pasienten på legevakten og bistå/være i direkte dialog med henviser med hensyn til vurdering av de aktuelle pasientene.

4.2 Oppgaver og ansvarsfordeling

Oppgave- og ansvarsplassering mellom fastlege/legevakt og spesialisthelsetjenesten ivaretas ved tett samarbeid og elektronisk tilbakemeldinger etter vurdering hos XXXX. Ved tvil om hastegrad eller alvorlighetsgrad foretas det også felleskonsultasjoner med henvisende instans. Det er også opprettet formelle samarbeidsmøter med kommuner i opptaksområdet. Ved behov for tvangsinnleggelse fra fastlege/legevakt sørger ambulant akutt-team for at lege settes i kontakt med sykehuslege. Alle drøftinger, vurderinger og beslutninger som er tatt i ambulant akutt-team journalføres. For å sikre at tiltak følges opp i tråd med det som er bestemt, nedtegnes besluttet oppfølging også i en elektronisk timebok.

DPS XXXX er lokalisert ved XXXX HF XXXX. XXXX sørger for at helsetjenestetilbudet tillagt ambulante team ivaretas på kveldstid, i helger og helligdager. XXXX består av psykiatriske sykepleiere/vernepleiere og vaktlag med LIS-lege i forvakt («husvakt») og spesialist i psykiatri i bakvakt. I fellesskap foretas en prioritering av de henviste pasientene. Sykepleiere og vernepleiere foretar en kvalifisert screening av alvorlighetsgrad og hastegrad og trekker inn spesialist ved behov. Helsepersonellet ved XXXX er fra ambulante XXXX underlagt XXXX, XXXX og XXXX.

4.3 Opplæring og kompetansehevende tiltak

XXXX HF deltar i et nasjonalt akuttnettverk med årlige samlinger. Det holdes kontinuerlig internundervisning av interne og eksterne forelesere, gruppeprosessveiledning og faglig veiledning av spesialist.

Alle nyansatte i ambulante akutt-team går gjennom et eget kvalifiseringsprogram for selvmordsrisikovurderinger i samarbeid med spesialist og erfarne sykepleiere og vernepleiere i teamet. Kvalifiseringsprogrammet er utarbeid av psykologspesialist. Ambulante XXXX har i tillegg obligatorisk daglig debriefing for å identifisere relevante problemstillinger knyttet til selvmordsrisikovurderinger.

Alle henvisninger drøftes og vurderes i tverrfaglige team bestående av LIS-lege, psykologspesialist, sykepleiere og vernepleiere. Ved behov trekkes det inn ytterligere medisinskfaglig kompetanse.

5 Hendelsesforløpet og helsehjelpen

I dette kapittelet beskriver vi hendelsen, pasientbehandlingen og oppfølgingen slik vi har fått den opplyst gjennom dokumenter, samtaler og kommentarer som har hatt betydning for vår vurdering.

Helsetilsynet har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom tilsendte dokumenter fra virksomheten og samtaler med pasientens pårørende. I dette kapittelet beskriver vi først et sammendrag av bakgrunn, forløp og helsehjelpen slik den er gjengitt i journal. Beskrivelse av symptomer, funksjon og atferd, samt kliniske vurderinger og tiltak er i all hovedsak gjengitt slik de er beskrevet i pasientens journal. Senere gjengir vi opplysninger vi har mottatt i samtale med pårørende.

5.1 Bakgrunn

Pasienten var en XXXX som var XXXX og hadde XXXX. Fastlegen hadde XXXX henvist pasienten til arbeidsrettet poliklinisk utredning ved XXXX. I henvisningen fremkom det at pasienten hadde angst og stress XXXX, med følgende søvnvansker. XXXX hadde vært XXXX siden midten XXXX. Det var forsøkt å hjelpe pasienten med både samtaler og medikamentell behandling. Til tross for dette hadde pasientens psykiske tilstand forverret seg. Pasienten ble av fastlegen beskrevet som meget sliten, med søvnproblemer, angst og preget av sterk selvkritikk. På bakgrunn av henvisningen fikk XXXX tilbud om behandling i XXXX for mild til moderat angst og depresjon ved XXXX med frist XXXX, noe XXXX takket nei til. Pasienten valgte i stedet å starte opp med kognitiv terapi hos en behandler i kommunen.

XXXX oppsøkte pasienten den kommunale legevakten sammen med pårørende. XXXX ble henvist til DPS XXXX samme dag. I den korte henvisningen fra legevakten står det at «Pas er på XXXX med XXXX. Pasienten har aldri hatt psykisk lidelse tidligere, men siste 2-3 mnd. slitt med angst og depresjon. Siste 2-3 uker "mistet kontroll", skjelver og rister i kroppen og hyperventilerer. Hiver etter pusten. Voldsomt preget. Tatt Sobril med noe effekt. Ønsker hjelp for videre utredning.»

5.2 Helsehjelpen ved XXXX XXXX og XXXX

Pasienten hadde første kontakt med XXXX XXXX XXXX, og siste kontakt på XXXX XXXX. gjennomførte to ambulante konsultasjoner (hjemmebesøk), og det ble gjennomført en vurderingssamtale ved XXXX. I tillegg var det en rekke telefonkonsultasjoner. Nedenfor beskriver Helsetilsynet relevante deler av pasientforløpet.

5.2.1 XXXX

XXXX ringte og snakket med sykepleier i XXXX XXXX. Det fremkom at pasienten var høyt fungerende XXXX og psykososialt, før brå debut av angst og depressive symptomer i XXXX, ledsaget av markant funksjonsfall. Det hele startet med søvnvansker og manglende selvtillit i forhold til XXXX.

Sykepleieren snakket også med pasienten på telefon senere samme dag. Pasienten fortalte om depressive symptomer som senket stemningsleie, selvbebreidelser, følelse av å være til bry, søvnvansker, nedsatt matlyst og XXXX, mangel på glede og takknemlighet for det XXXX hadde, grublerier, følelse av håpløshet og nedsatt konsentrasjon. XXXX sa XXXX ikke hadde sovet en hel natt på flere uker. Pasienten var meget selvkritisk fordi XXXX takket nei til XXXX og bestilte time hos kognitiv terapeut. XXXX hadde delvis byttet fastlege og hadde skyldfølelse for det og. Pasienten var overbevist om at dersom XXXX selv bare hadde handlet annerledes før, ville ikke dette skjedd. «Det var linet opp for meg, og jeg skulle bare gjort dette annerledes så ville ikke dette ha skjedd». Det ble avtalt hjembesøk fra XXXX neste dag.

5.2.2 XXXX

Første samtale med psykologspesialist og sykepleier fra XXXX XXXX i pasientens hjem ble gjennomført XXXX. Pasienten hadde hatt betydelige angstplager de siste 14 dagene, med

kraftig forverring siste dager, med panikkanfall og sterk autonom aktivering flere ganger om dagen. XXXX hadde oppsøkt legevakten flere ganger, og XXXX hadde ringt ambulansetjeneste i bekymring tidligere på dagen. XXXX hadde XXXX. XXXX klarte ikke lenger å ordne i huset eller gå i butikken. XXXX ble vurdert med senket stemningsleie, og følte på skam og skyld for at XXXX var blitt så dårlig. Det var iverksatt medikamentell behandling hos fastlegen med Seroquel, Imovane, Remeron og Sobril, men pasienten hadde bare fått det verre. XXXX opplevde å være mest urolig fra morgen til langt utpå dagen.

Selvmondsrisikoen ble forsøkt kartlagt og vurdert, men på grunn av pasientens høye angstnivå ble det vurdert at det ikke var mulig å gjennomføre. Det ble vurdert at XXXX hadde XXXX, mye å være glad for, både XXXX, noe som ble vurdert som beskyttende faktorer. Det ble besluttet å utsette kartleggingen og fokusere på å skape en allianse med pasienten. XXXX gav uttrykk for at de er svært bekymret for pasienten, og at XXXX ikke lot XXXX være alene slik situasjonen var nå.

Psykologspesialisten vurderte at pasienten hadde betydelig og eskalerende angstproblematikk siste to-tre måneder. Det hadde skjedd en kraftig forverring de siste dagene med gjentatte panikkanfall og sterk indre uro. Pasienten beskrev også økende depressive symptomer. Det ble vurdert at det ikke lot seg gjøre å gjennomføre en strukturert selvmondsrisikovurdering. Det ble vurdert at det ikke fremkom tegn til psykose eller realitetsbrist, og at pasienten var ivaretatt så lenge XXXX var sammen med XXXX. Det ble ikke beskrevet ytterligere avklaringer eller tentativ diagnose i journal.

Det ble besluttet at XXXX XXXX skulle fortsette kartlegging av symptomer og vurdering av behov for videre behandling i neste time. Det ble valgt en behandlingstilnærming som var rettet mot pasientens angstsymptomer og familiens bekymring, og bygging av tillit og allianse. Det ble forsøkt med akutte stabiliseringsteknikker, psykoedukasjon, råd og veiledning som skulle hjelpe pasienten og familien til å mestre og tåle pasientens høye angstnivå. Det ble bestemt at fastlegen skulle revurdere medisineringsplanen og videre tiltak i møte som var planlagt åtte dager senere.

5.2.3 XXXX

Det ble gjennomført et nytt hjemmebesøk av XXXX XXXX. Det samme kliniske bildet med panikkanfall, stort lidelsestrykk og lav funksjon hos pasienten som ble observert i første samtale, ble beskrevet i pasientjournalen. Det fremgår at XXXX XXXX heller ikke ved det andre hjemmebesøket vurderte at de kom i posisjon for å gjennomføre en strukturert selvmondsrisikovurdering. Det ble vurdert at pasienten hadde god støtte fra familien, og at pasientens ønske om bistand fra XXXX XXXX virket troverdig. Selvmondsrisikoen ble vurdert som lav.

5.2.4 XXXX

Pasientens XXXX ringte miljøterapeut i XXXX XXXX og ga uttrykk for alvorlig bekymring. XXXX opplyste at de satt utenfor legevakten. XXXX fortalte at XXXX på vei hjem fra XXXX hadde fått hysteriske panikkanfall. XXXX klarte ikke å roe pasienten, og XXXX trengte hjelp og veiledning. XXXX beskrev sterke anfall som kom og gikk gjennom dagen, der XXXX kunne dra seg i håret eller gå bort til busker og rive i dem mens XXXX hylte. XXXX syntes det var veldig vanskelig å være vitne til en slik dramatisk endring i XXXXs tilstand, og XXXX ønsket at XXXX skulle legges inn til utredning og behandling.

Miljøterapeuten informerte om at legevakten ville være lite hensiktsmessig slik pasienten fremstod. Pasientens pårørende fikk støtte og bekreftelse på at det var bra at de stilte opp for

pasienten, og at de var der for XXXX frem til videre tiltak skulles drøftes med fastlegen fire dager senere. XXXX var fortvilet, og de ba om veiledning og spurte om det å holde ut til fastlegetimen på tirsdag var eneste løsning. Miljøterapeuten ga psykoedukasjon rundt angstens og panikkanfallenes natur over telefonen. XXXX snakket med XXXX, XXXX og pasienten om hva de kunne gjøre for å bedre situasjonen når panikkanfallene stod på som verst. Det ble også oppfordret til at pasienten skulle bruke Sobril for å roe angsten frem til møtet med fastlegen. Pasienten og pårørende fikk tilbud om å ringe XXXX XXXX ved behov.

5.2.5 XXXX

XXXX ringte XXXX XXXX og ga på nytt uttrykk for at XXXX var bekymret for XXXX psykiske helse. XXXX beskrev at XXXX hadde funnet XXXX. XXXX fryktet at XXXX skulle ta livet sitt XXXX, og var redd for å la XXXX være alene hjemme. XXXX XXXX henviste pasienten til akutt vurdering ved XXXX.

Pasienten møtte til vurderingssamtale med to kliniske vernepleiere ved XXXX samme dag. Pasienten fikk informasjon om innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling ved klinikk for psykisk helse og rusbehandling. Pasienten var usikker på om XXXX ønsket innleggelse.

Totalvurderingen var at pasienten hadde økt symptomtrykk og panikkanfall de siste dagene, og at XXXX ikke var psykotisk. Pårørende var bekymret, men pasienten hadde god støtte i dem. XXXX fortalte at XXXX snart var ferdig med ferien, og var usikker på om XXXX kunne forlate XXXX hjemme. Pasienten opplevdes noe tildekkende i forhold til tema om selvmord, men XXXX benektet selvmordstanker eller -planer. Helsepersonellet vurderte at de ikke kom i posisjon til å kartlegge mer utdypende om pasientens selvmordsrisiko. LIS-lege forvakt ble konsultert, som igjen drøftet med bakvakt. Det ble ordinert ekstra Sobril tabletter frem til time hos fastlegen tre dager senere. Konklusjonen var at pasienten skulle dra hjem med familien og kontakte XXXX XXXX ved behov.

5.2.6 XXXX

XXXX XXXX sendte elektronisk melding til fastlegen om at de hadde tilbudt seg å være med på samarbeidsmøte neste dag, men at pasienten ikke ønsket det. De var åpne for muligheten for et samarbeidsmøte med fastlegen på et senere tidspunkt. De siste dagens journalnotater ble oversendt til pasientens fastlege.

XXXX ringte sykepleier i XXXX XXXX kl. XXXX og fortalte om økt uro og merkelig atferd hos XXXX den siste tiden. Spesielt for denne dagen var at XXXX viste tegn til vrangforestillinger om at noen skulle komme å hente XXXX. XXXX vandret urolig rundt, og sa de ville komme hvert øyeblikk. XXXX så etter biler og var sikker på at de sto og ventet på XXXX utenfor. XXXX hadde også låst seg inne på et rom ved en anledning og ikke ønsket å låse opp, og ville ikke snakke om hva dette handlet om. Pårørende formidlet at de ikke holdt ut dette lenger. Det ble drøftet i tverrfaglig team og besluttet at pasienten burde observeres på avdeling og henvises til XXXX for innleggelse, forutsatt at pasienten godtok frivillig innleggelse. Pårørende ble bedt om å avklare dette med pasienten og ringe tilbake.

XXXX ringte på nytt ca. kl. XXXX og snakket med en ny sykepleier på vakt. Pårørende ønsket veiledning og stilte spørsmål ved om det var forsvarlig å ha pasienten hjemme til fastlegetimen neste dag. Pasienten hadde tatt Sobril, spist og sovet. XXXX fikk beskjed om at det ikke fremstod som uforsvarlig å ha pasienten hjemme til fastlegetimen dagen etter. Det virket som om pasienten etter forholdene hadde en nokså god kveld, og ble godt ivaretatt av familien. Dersom situasjonen endret seg ble pårørende anbefalt å ta kontakt på nytt. Pårørende

fikk også informasjon om at de fortsatt kunne møte opp XXXX for en vurdering av pasienten, og at dette måtte skje før kl. XXXX.

Ti minutter senere ringte XXXX på nytt og rapporterte om «manisk atferd» hos XXXX. Pårørende ba igjen om råd og sa at de ikke holdt ut lenger. Pårørende ble oppfordret om å ta pasienten med til XXXX. Sykepleier ved XXXX XXXX informerte om at XXXX ville gi beskjed til XXXX om at de kom. Sykepleieren ringte deretter XXXX og informerte om at pårørende opplevde at pasienten var i en manisk tilstand, og at de ville komme til vurdering med pårørende om ca. en time.

Pasienten ankom XXXX sammen med sin XXXX ca. kl. XXXX. Helsepersonell ved XXXX snakket med XXXX. Pasienten sto og kikket ut av vinduet i resepsjonsområdet. XXXX var da motorisk rolig. XXXX og pasienten fikk informasjon om at det var ventetid grunnet flere pasienter i kø. De ble tilbudt å vente for å få en samtale med LIS-lege i forvakt, XXXX, men at dette sannsynligvis ikke ville skje før kl. XXXX. XXXX sa XXXX vil ta en endelig beslutning rundt dette når XXXX kom.

Helsepersonellet forlot deretter XXXX og pasienten for å ta hånd om andre pasienter. Pårørende fikk ingen informasjon om hva helsepersonellet trodde feilte pasienten, og eventuell risiko forbundet med å dra hjem før pasienten var vurdert av kvalifisert helsepersonell. XXXX informerte annet helsepersonell om at de valgte å reise hjem, og møte til time hos fastlege neste dag.

5.2.7 Tirsdag XXXX

På XXXX ringte pasientens pårørende til XXXX ved XXXX og informerte om at pasienten hadde tatt sitt eget liv.

5.3 XXXX HF's oppfølging av hendelsen

XXXX XXXX varslet om hendelsen til ledelsen. Både involvert helsepersonell og pasientens fastlege(r) ble videre informert om hendelsen. Hendelsen ble meldt i XXXX HF sitt elektroniske avvikssystem, XXXX. Helsetilsynet ble deretter varslet om hendelsen.

5.3.1 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til pårørende

XXXX HF har per telefon beklaget den alvorlige hendelsen overfor pasientens pårørende. Pasientens pårørende fikk informasjon om deres rett til innsyn i pasientens journal og registreringen i Nasjonalt kartleggingssystem. De fikk tilbud om samtale for gjennomgang av hendelsen med XXXX XXXX. Pårørende hadde takket for tilbudet, men ønsket å komme tilbake til nærmere tidspunkt for et møte.

5.3.2 Virksomhetens interne gjennomgang av hendelsen

Helsetilsynet ba virksomheten om en egenvurdering av hendelsen. Vi mottok epikrise med redegjørelse for helsehjelpen som ble gitt datert XXXX, som også inneholdt et notat med teamets foreløpige refleksjoner.

Hendelsen ble gjennomgått og forelagt psykologspesialist ved XXXX HF, som et innlegg i obligatorisk Kvalifiseringsprogram. Ved behov for akuttinnleggelse for pasienter som allerede er i behandling hos XXXX XXXX, og hvor det er behov for en akuttinnleggelse, har XXXX HF skjerpet inn sine rutiner ved å få pasientene vurdert av lege/legevakt med tanke på vurdering av samtykkekompetanse og rett omsorgsnivå.

5.4 Opplysninger fra pårørende til Helsetilsynet

Helsetilsynet gjennomførte XXXX en samtale med pasientens pårørende som var XXXX, pasientens XXXX. Det er gjengitt en oppsummering av de opplysningene som har vært mest relevante for vår vurdering av helsehjelpen inkludert oppfølging av pårørende og situasjonen de stod i underveis i forløpet.

Pårørende opplevde at de i all hovedsak fikk alt ansvaret for å ivareta pasienten, og at de ikke ble møtt med forståelse for alvorligheten av pasientens helsetilstand. Pårørende hadde allerede fra første møte med XXXX XXXX redegjort for den eskalerende og negative utviklingen hos pasienten, med radikal endring av atferd og personlighet og økende angstsymptomer. De sa at de fikk lite veiledning og informasjon om mulige tiltak utover tiltak mot angst. De tiltakene som ble anbefalt mente pårørende at ikke fungerte.

Det ble flere ganger diskutert om pasienten skulle innlegges. Pårørende opplevde at de tidlig i forløpet ble advart mot at XXXX skulle legges inn på akuttposten fordi at XXXX med sine angstsymptomer bare ville bli dårligere av å være innlagt, og at denne informasjonen ble gjentatt flere ganger i forløpet.

Pårørende opplevde at det i stor grad ble overlatt til dem å ta beslutningen om det var forsvarlig og trygt at pasienten ble ivaretatt hjemme. Da de ankom XXXX siste kvelden før selvmordet, ble de informert om at de dagen etter kunne ringe DPS døgn XXXX med tanke på en direkte innleggelse der. Pårørende var fornøyd med utsiktene for at pasienten snarlig ville bli innlagt.

Om oppfølgingen i etterkant av hendelsen, påpekte de pårørende at de ikke hadde fått oppfølging fra sykehuset etter at de avslø det første tilbudet om samtale.

6 Tilbakemeldinger på foreløpig rapport

Helsetilsynet har mottatt tilbakemeldinger på foreløpig rapport fra både virksomheten og pårørende. Nedenfor gjengis hovedtrekkene i deres tilbakemeldinger.

6.1.1 Virksomhetens tilbakemelding

XXXX HF har ikke avdekket faktiske feil eller misforståelser i den foreløpige rapporten. De beklager på det sterkeste at det ikke ble lagt til rette for og sikret at pasienten selv og XXXX pårørende fikk et forsvarlig helsehjelpstilbud. XXXX HF opplyser at det tragiske utfallet og saken er grundig diskutert og gjennomgått med involvert helsepersonell og de øvrige medarbeiderne internt i avdelingen. Klinikken har allerede gjennomført endringer i øyeblikkelig hjelp forløpet for voksne pasienter og gjort nødvendige presiseringer i prosedyrer og retningslinjer. XXXX HF mener at tiltakene som er iverksatt vil bidra til å sikre at ansatte blir gjort i stand til å utføre sine oppgaver og at regelverket blir fulgt. Øvrige læringspunkter i rapporten vil bli fulgt opp med konkrete forbedringstiltak ved alle XXXX ved XXXX HF.

Virksomheten har i tilbakemelding til foreløpig rapport opplyst at når endelig rapport fra Helsetilsynet foreligger vil de ta initiativ til et møte med pårørende.

Når det gjelder status for arbeidet og hvilke planer som foreligger, fremgår dette av virksomhetens tilbakemelding som ligger som vedlegg til rapporten.

6.1.2 Pårørendes tilbakemelding

Pårørende har gått gjennom den foreløpige rapporten og mener den gir et riktig bilde på hendelsesforløpet og behandlingen pasienten og pårørende fikk. Pårørende opplevde at altfor

mye ansvar ble lagt over på dem. Dette var et ansvar som pårørende opplevde hverken å ha kunnskap eller kapasitet til å stå med, og ble både underveis og i etterkant som svært vanskelig å bære.

Pårørende ønsker å kommentere og utfylle fakta på følgende områder:

Hjemmebesøk av XXXX XXXX XXXX

I etterkant av begge besøkene var det samtaler mellom XXXX og XXXX. Pårørende opplever å ha beskrevet tydelig hvor bekymret var, hvor kraftig nedadgående kurve pasientens tilstand utviklet seg og hvor fort de opplevde at tilstanden utviklet seg. De spurte også om muligheten for innleggelse på døgnavdeling.

Tilbud om samtale med LIS-lege ved oppmøte XXXX XXXX

Pårørende fikk ikke informasjon om at samtalen ville finne sted ca. kl. XXXX. De fikk høre at en samtale kunne drøye til langt XXXX og foregå på lukket avdeling. Det ble gitt uttrykk for at det beste for pasienten ville være å sove hjemme, for deretter å bli direkte innlagt på DPS døgnavdeling dagen etter. Med bakgrunn i den foreløpige rapportens vurderinger og konklusjoner forstår pårørende nå at det var feil å legge frem et slikt alternativ uten en faglig vurdering av pasienten.

Gjentatte ganger ble pårørende frarådet innleggelse, da helsepersonell mente at dette ville forverre situasjonen og symptomene. Pårørende ble skremt, da de ble informert om at samtalen med pasienten skulle foregå på lukket avdeling.

7 Helsetilsynets vurderinger

I dette kapittelet redegjør vi for våre tilsynsmessige vurderinger ved å sammenholde saksforholdet med lovkravene som stilles til virksomheten/helsehjelpen.

Det sentrale for Helsetilsynet i denne saken er om:

- XXXX HF la til rette for og sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise med samtidige symptomer på angst depresjon og psykose,
- pasienten fikk forsvarlig helsehjelp,
- pårørende ble forsvarlig ivaretatt underveis i pasientforløpet og i etterkant av den alvorlige hendelsen
- XXXX HF har gjennomgått pasientforløpet og innrettet tiltak for å forebygge at liknende hendelser skjer igjen.

Vi har ikke funnet grunn til å opprette tilsynssak mot noe enkelt helsepersonell. Våre vurderinger av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den helsehjelp pasienten ble gitt.

7.1 La XXXX HF til rette for og sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt krise?

Helsetilsynet har kommet til at XXXX HF ikke la til rette for og sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise med samtidige symptomer på angst, depresjon og psykose. Det foreligger brudd på krav gitt i:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9

Helsetilsynet vurderer at virksomhetens organisering og systemer for å ivareta plikten til øyeblikkelig hjelp var preget av forsinkende prosesser, mangelfull overføring av kritisk informasjon mellom helsepersonell og mangelfull prioritering/triagering ved mottak av en kritisk syk pasient med psykotiske symptomer.

Det fremgår videre av tilbakemeldingen at XXXX ikke hadde, eller har, fast tilgang på spesialist. Etter Helsetilsynets oppfatning er den valgte løsningen med å benytte lege på DPS som mellomledd sårbar fordi det ikke er presisert konkret hvem som kan kontaktes, eller fordi det mangler oversikt med fast telefonnummer for denne viktige funksjonen. Det fremkommer heller ikke av rutinen at den som skal være tilgjengelig må være spesialist, det vil si spesialist i psykiatri eller psykologspesialist.

Vi har i vår gjennomgang avdekket svikt i kompetanse på identifisering og utredning av alvorlig depresjon, psykotisk depresjon og selvmordsrisiko forbundet med disse tilstandene. I tilbakemelding på foreløpig rapport gjør virksomheten rede for hvordan helsepersonell skal tilnærme seg pasienter med forhøyet selvmordsfare. Helsetilsynets vurdering er at virksomhetens selvmordsforebyggende arbeid hadde en faglig tilnærming som ikke i tilstrekkelig grad fanger opp de faglige problemstillingene som er relevante for hendelsen, basert på de fagkildene som oppgis.

Helsetilsynet etterlyser spesielt et tydelig fokus på kliniske tilstander som i særlig grad er forbundet med selvmord, som ved indikasjon på eller erkjent alvorlig depresjon, og hvordan eventuelle funn skal følges opp i den videre utredningen og behandlingen.

Virksomheten har i ettertid erkjent at det er behov for mer forståelse mht. samtykkekompetanse. Helsetilsynet etterlyser en tydeliggjøring av at samtykkekompetanse er et viktig tilhørende tema som må sees i sammenheng med plikten til å gi øyeblikkelig hjelp og vurdering av farekriteriet i psykisk helsevernloven, noe som virksomheten ikke har synliggjort i de tilsendte dokumenter.

7.2 Ga XXXX HF pasienten forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynet har etter en samlet vurdering kommet til at XXXX HF ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på krav gitt i:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16,

Helsetilsynet mener det er en nær sammenheng mellom virksomhetens manglende tilretteleggelse og sikring av helsehjelp til pasienter i akutt psykisk krise med uavklarte tilstander og helsehjelpen som ble gitt til pasienten. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger.

7.2.1 Kartlegging og utredning av pasientens tilstand

Helsetilsynet legger til grunn at pasienten var henvist til utredning for angst og depresjon, og at behandlerne ved XXXX fra starten av forløpet vurderte pasientens tilstand som «eskalerende angstproblematikk». I journalen beskrives de fleste fremtredende symptomene på depresjon, i tillegg til opplysninger fra pårørende om raskt, alvorlig funksjonsfall og høyt lidelsestrykk som hadde eskalert den siste uken. Opplysninger om atferds- og personlighetsendringer, samt pasientens irrasjonelle ideer om egen skyld, indikerte at det også kunne foreligge psykotiske symptomer, noe som burde vært undersøkt nærmere. Videre beskrives en negativ utvikling av pasientens psykiske helse med fluktuerende symptomer og atferd som tilsa at dette kunne være noe annet og mer alvorlig enn en angstlidelse. Det ble

beskrevet stor psykomotorisk uro, og at XXXX fortalte at XXXX fremviste atferd og symptomer forenlig med sterk agitasjon.

Etter Helsetilsynets vurdering var pasientens tilstand, slik den ble beskrevet i journalen etter henvisning og første konsultasjoner, forenlig med en tentativ diagnose alvorlig depresjon i ICD-10. Etter gjennomgang av journal og virksomhetens egen vurdering, står det ubesvart hva som ble gjort ved XXXX XXXX for å avklare tilstanden og behandlingsbehovet i pasientforløpet. Det finnes ingen diagnostiske notat med oppsummering av sykehistorien og foreløpige funn og diagnostiske vurderinger.

Helsetilsynet er innforstått med at forløpet var kort, men med den alvorlige kliniske tilstanden som er beskrevet, burde det vært gjort en vurdering av hastegrad, tentative diagnoser etter ICD-10, foreløpige differensialdiagnostiske vurderinger og plan for videre utredning med tidsfrister. Det var heller ikke vurdert og avklart om pasienten skulle inn i et pakkeforløp, selv om pasientens tilstand tilsa at XXXX hadde rett til videre utredning og behandling med kort tidsfrist.

7.2.2 Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Det forventes at helsepersonell i psykiatriske akutt-team ved DPS har god kompetanse på kartlegging og vurdering av selvmordsfare. Helsetilsynet vurderer at kartlegginger og vurderinger av pasientens selvmordsrisiko i forløpet fremstår som mangelfulle. I journalen finner vi at ansvaret for å kartlegge og vurdere risiko tre ganger ble utsatt til neste konsultasjon. XXXX HF har begrunnet utsettelse av selvmordsrisikovurdering med at pasientens symptomer gjorde at helsepersonellet ikke kom i posisjon til å stille spørsmålene, at det var uetisk å påføre pasienten ekstrabelastningen med å spørre om selvmord, at spørsmål om selvmord ville medføre at pasientens symptomer eskalerte, og at selvmord ikke var en problemstilling i henvisningen.

Helsetilsynet legger til grunn at symptomer forenlig med alvorlig depresjon er en risikofaktor for selvmord på gruppenivå, som må tillegges stor betydning i vurdering av risiko for selvmord. Sterk agitasjon er et alvorlig symptom som ytterligere kan øke risikoen for at pasienter kan handle på selvmordsimpulser. I journalnotat den XXXX ble pasienten beskrevet som tildekkende ved spørsmål om selvmord, noe som er vanlig ved alvorlig depresjon. XXXX utrykte også bekymring for at pasienten skulle ta livet sitt på bakgrunn av XXXX atferd. Det fremgår ikke av pasientjournalen at dette ble vektlagt eller vurdert nærmere utover konklusjonen at «pasienten blir godt ivaretatt av XXXX».

Helsetilsynet vurderer at å unnlate å stille viktige, men vanskelige spørsmål til mennesker i alvorlig psykisk krise, medfører stor risiko for at kritisk informasjon om pasientens tilstand ikke blir avdekket. Hvis pasienten over flere konsultasjoner var så preget av sine symptomer at det ikke var mulig å gjennomføre strukturerte kliniske intervju, burde det etter Helsetilsynets vurdering vært gjennomført en kvalifisert spesialistvurdering av om det var forsvarlig å fortsette med poliklinisk eller ambulant utredning av pasienten.

Utelatelsen av å stille pasienten spørsmål om selvmordstanker eller -planer er ikke i seg selv det sentrale i vår vurdering. For Helsetilsynet er det den manglende kliniske vurderingen av om pasientens sykehistorie, symptomer, atferd og lidelsestrykk gjorde det nødvendig å vurdere om pasienten var i behov av døgnbehandling. Mangelfulle kliniske vurderinger gjorde at vurderinger av forebyggende og beskyttende tiltak ble tilsvarende svekket.

Helsetilsynet mener at den kliniske tilstanden med psykotiske symptomer burde ført til at innleggelse på lukket akuttpsykiatrisk avdeling for observasjon og behandling i beskyttede omgivelser hadde blitt vurdert. Etter Helsetilsynets vurdering ble ikke pasientens selvmordsfare kartlagt, vurdert og fulgt opp i tråd med god praksis.

7.2.3 Behandling av den psykiske lidelsen

Den medikamentelle behandlingen som ble iverksatt av fastlegen, førte ikke til bedring av symptomer og funksjon. I pasientforløpet ved XXXX ble det ikke utarbeidet en plan for videre behandling av pasienten, og hva som tentativt skulle skje etter timen hos fastlegen XXXX. Behandling som var rettet mot mestring av angstsymptomer ble videreført. De iverksatte tiltakene hadde ikke effekt, og pasientens lidelsestrykk forverret seg. Det ble ikke gjennomført en evaluering og eventuell korrigerende behandlingstiltakene. Ansvaret for å vurdere videre behandlingstiltak ble overlatt til pasientens nye fastlege, uten at det fra spesialisthelsetjenestens side var avklart hva slags psykisk tilstand som skulle behandles.

God praksis er at legespesialist i spesialisthelsetjenesten burde evaluert og eventuelt korrigerende diagnostikk og de medikamentelle behandlingstiltakene. Helsetilsynet mener at manglende vurdering av tentativ diagnose, differensialdiagnostikk og behandlingsbehov, førte til at helsepersonellet ikke tilegnet seg kunnskap om hva slags tilstand som skulle behandles, og hvilke tiltak som skulle prioriteres. Etter Helsetilsynets vurdering ble ansvaret for å vurdere og planlegge den videre helsehjelpen til pasienten lagt til et for lavt behandlingsnivå. Etter vår vurdering var ansvars- og oppgavefordelingen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad egnet til å gi pasienten en behandling og oppfølging som var i tråd med god praksis.

Etter Helsetilsynets vurdering forelå det allerede ved første kontakt med XXXX den XXXX holdepunkter for at pasienten var i alvorlig psykisk krise med psykotiske symptomer og mulig til fare for seg selv. Etter Helsetilsynets vurdering var pasientens psykiske tilstand allerede på dette tidspunktet slik at XXXX burde sørget for at pasienten ble overført for videre vurdering i beskyttede omgivelser ved en akuttpsykiatrisk avdeling godkjent for bruk av tvungen observasjon og behandling.

Å gi pårørende ansvaret for å avklare om pasienten ønsket frivillig innleggelse, og overlate ansvaret for den videre vurderinger av utviklingen av pasientens psykiske tilstand til pårørende, var etter Helsetilsynets vurdering i strid med virksomhetens plikt til å gi pasienten forsvarlig helsehjelp.

Helsetilsynet kan ikke se at det ble skrevet noe oppsummerende journalnotat i forbindelse med henvisningen til XXXX, og legger til grunn at informasjonen XXXX fikk om pasientens psykiske tilstand var det som ble formidlet i telefonsamtalen. Helsetilsynet mener at XXXX gjennom skriftlig dokumentasjon burde sikret at XXXX hadde tilgang på relevant og nødvendig informasjon fra pårørendes rapportering om pasientens svingende tilstand, og alvorlige forverring med psykotiske symptomer. Etter Helsetilsynets vurdering sikret ikke XXXX at kritisk informasjonen om pasienten ble formidlet og forstått av de som skulle vurdere pasienten på XXXX.

Pasienter som kommer til et akuttmottak må prioriteres i henhold til prioriteringskriterier. Helsetilsynet mener at helsepersonellet ved XXXX som screenet og vurderte alvorlighetsgraden og hastegraden, burde snakket direkte med pasienten før prioriteringer og vurderinger av hastegrad ble gjort. Etter Helsetilsynets vurdering sikret ikke XXXX og

XXXX at pasienten fikk forsvarlig vurdering av den akutt forverrede og uavklarte tilstanden
XXXX var i.

7.3 Ble pasientens pårørende informert og ivaretatt underveis i pasientforløpet og i etterkant av den alvorlige hendelsen?

Helsetilsynet har etter en samlet vurdering kommer til at XXXX HF ikke ga pasientens pårørende den informasjon og ivaretagelse de hadde behov for. Det foreligger brudd på krav gitt i:

- spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3

Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger.

7.3.1 Informasjon og oppfølging underveis i behandlingsforløpet

Pårørende formidlet en rekke bekymringsmeldinger og informasjon om pasientens tilstand som tilsa at den totale belastningen på familien var ekstraordinær. Forholdene tilsa at pårørende var i behov av tilpasset informasjon, veiledning og avlastning i forløpet. Pårørende har opplyst til Helsetilsynet at de opplevde å bli frarådet innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling med begrunnelse at det ville medføre forverring av pasientens symptomer. Familien fikk også informasjon om at det vil være lite hensiktsmessig å oppsøke legevakt, selv om de rapporterte om «hysteriske anfall» og sterk agitasjon hvor pasienten var helt ute av kontroll. Det er dokumentert at det ble vurdert at pasienten ble godt ivaretatt av familien, uten at Helsetilsynet finner at det ble drøftet nærmere om den totale belastningen på familien var akseptabel.

På bakgrunn av disse forholdene vurderer Helsetilsynet at det i forløpet ble stilt for høye forventninger til hva pårørende kunne ta ansvaret for. Helsetilsynet vil bemerke at pårørende ikke kunne forventes å ha forutsetninger for å vurdere hva som var trygt og riktig å gjøre i den aktuelle situasjonen, og at de var avhengige av å få kompetente og forsvarlige råd av helsepersonellet. Vi viser til at pårørende den siste dagen før selvmordet spurte helsepersonellet om hva de mente feilte pasienten, uten at de fikk konkrete svar. De spurte også flere ganger om det var trygt at pasienten ble behandlet hjemme. Etter vår vurdering burde pårørende i denne situasjonen fått informasjon om at pasientens tilstand sannsynligvis var svært alvorlig, og at den kunne være forbundet med akutt forhøyet selvmordsfare. Ambulant behandling burde derfor vært frarådet inntil pasientens tilstand var vurdert og tilstrekkelig avklart av spesialist.

Helsetilsynet vurderer at pårørende fikk råd og veiledning som var motstridende og til dels kontraindisert med tanke på den akutte situasjonen som forelå. Videre vurderer vi at pasienten og pårørende i ikke ble satt i stand til å ta informerte valg før de valgte å dra hjem på XXXX XXXX, dagen før pasienten tok sitt eget liv.

Samlet sett vurderer Helsetilsynet tilnærmingen til pårørendes behov for informasjon, veiledning og oppfølging å være i strid med lovkravene.

7.3.2 Informasjon og oppfølging i etterkant av den alvorlige hendelsen

Helsetilsynet legger til grunn at pasientens pårørende ble kontaktet per telefon i etterkant av den alvorlige hendelsen og ble tilbudt samtale for gjennomgang av hendelsen. Vi legger videre til grunn at XXXX HF kontaktet fastlegen slik at kommunale støtteordninger kunne mobiliseres ved behov, og at det var planer om å ta kontakt med pasientens pårørende for å sikre at de hadde fått oppfølging.

Etter Helsetilsynets vurdering har pasientens pårørende fått tilbud om informasjon og oppfølging etter hendelsen. Helsetilsynet forutsetter at XXXX HF følger opp og tilbyr pasientens pårørende et møte hvor de informeres om tiltak som iverksettes for å forebygge at liknende hendelse skjer igjen.

7.4 Har XXXX HF iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å forebygge at tilsvarende skjer igjen?

Helsetilsynet har kommet til at XXXX HF ikke har iverksatt tilstrekkelige og nødvendige tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende skal skje igjen. Etter Helsetilsynets vurdering foreligger det brudd på krav gitt i:

- spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a, jf. §2-2
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

I tilbakemeldingen til foreløpig rapport fremgår det at det er samsvar mellom våre funn og virksomhetens oppfatning av hendelsen. I tilbakemeldingen beskrives det forhold som kan ha bidratt til hendelsen, og virksomheten beskriver områder som må styrkes for økt pasientsikkerhet. Vi har også mottatt en redegjørelse for hvilke tiltak som er iverksatt, hvilke tiltak det er planer om å iverksette, hvordan virksomheten følger opp pasientens pårørende samt nye og oppdaterte prosedyrer.

Etter Helsetilsynets vurdering har virksomheten utarbeidet relevante organisatoriske tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende hendelser skjer igjen. Helsetilsynet mener likevel at det fortsatt kan være en pågående risiko for at diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise ikke får et forsvarlig helsehjelpstilbud. Helsetilsynet ber derfor om å få opplyst hvordan tiltakene skal implementeres i den daglige driften, og tidsrammen for iverksetting og evaluering av de ulike tiltakene. Vi kan heller ikke se at det er etablert en plan for hvordan ledelsen gjennomgår og vurderer om de iverksatte tiltakene virker som forutsatt over tid.

Helsetilsynet ber XXXX HF om å utarbeide en tydeligere plan med datoer/tidsfrister for gjennomføringen av nødvendige tiltak, som konkretiserer hvordan de avdekkede lovbruddene håndteres og lukkes.

Helsetilsynet viser til at det skal opprettes en arbeidsgruppe som skal gå gjennom konkrete kompetansekrav hos medarbeidere i XXXX og behovet for opplæring, og utarbeide forslag til en felles og obligatorisk opplæringspakke. Denne skal være rettet mot medarbeidere i alle ambulante team og der konkrete kompetansekrav til medarbeiderne vil framkomme. Helsetilsynets oppfatning er at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er en kontinuerlig prosess. Vi forutsetter at ledelsen aktivt benytter de avdekkede forholdene i det pågående kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet og iverksetter tiltak for å redusere risiko for at lignende hendelse skjer igjen.

8 Helsetilsynets konklusjoner

I dette kapittelet oppsummerer Helsetilsynet våre konklusjoner.

- Helsetilsynet har kommet til at XXXX HF ikke la til rette for og sikret forsvarlige pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter i akutt psykisk krise med samtidige symptomer på angst, depresjon og psykose. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

- Helsetilsynet har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. § 3-1, helsepersonelloven §§ 4 og 16.
- Helsetilsynet har kommet til at pasientens pårørende ikke fikk forsvarlig informasjon, veiledning og oppfølging underveis i pasientforløpet. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3 første ledd.
- Helsetilsynet har kommet til at XXXX HF i etterkant av den alvorlige hendelsen har gitt informasjon og tilbud om oppfølging til pårørende i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3 tredje ledd.
- Helsetilsynet har kommet til at XXXX HF ikke har iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å forebygge at tilsvarende skjer igjen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9. Helsetilsynet ber om en plan for håndtering og lukking av lovbruddene.

Vedlegg 1 – Referanseliste

1. Helsedirektoratet (2008); IS-1511 - Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern
2. Helsedirektoratet (2009); IS-1561 - Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten
3. Mork, Mehlum og Walby (2009); Fagartikkel - Selvmord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolarlidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold, Suicidologi 2009, Årg. 14, nr. 2.
4. Helsedirektoratet (2011); IS-1898 - Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord
5. Helsedirektoratet (2012); IS-1925 - Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar
6. Helsedirektoratet (2013); IS-1957 - Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser
7. Helsedirektoratet (2014); IS-2182 - Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017
8. Helsedirektoratet (2014); IS-2156 – Rapport - Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)
9. Helsedirektoratet (2015); IS-2213 - Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner
10. Helsedirektoratet (2015); Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for voksne
11. Helsedirektoratet (2017); IS-1/2017 Rundskriv - Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer
12. Helsedirektoratet (2017); IS-1/2017 Rundskriv - Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer
13. Helsedirektoratet (2018); IS-2641 - Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne
14. Helsedirektoratet (2018); IS-2730 - Rapport - Metode ved utarbeiding av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere
15. Direktoratet for e-helse (2019); IE-1042 - ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2019
16. Gyldendal akademisk (-); Komplette Blåbok ICD-10, nettsjón (<https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>)
17. Store norske leksikon; nettsjón (<https://snl.no/>)

Vedlegg 2 – Saksbehandlingsprosessen

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

- Helsetilsynet mottok XXXX et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra XXXX HF.
- Den XXXX mottok Helsetilsynet virksomhetens gjennomgang av hendelsen.
- Helsetilsynet innhentet styrende dokumenter og pasientjournal (se vedlegg).
- Helsetilsynet gjennomførte samtale med pårørende den XXXX.
- Den XXXX varslet Helsetilsynet XXXX HF om at det var besluttet å gjennomgjennomføre et dokumenttilsyn.
- Den XXXX mottok Helsetilsynet ytterligere dokumentasjon fra XXXX HF.
- På bakgrunn av informasjonen fra XXXX HF har Helsetilsynet utarbeidet en foreløpig rapport datert XXXX. Den foreløpige rapporten ble sendt til helseforetaket med kopi til pårørende .
- Helsetilsynet mottok kommentarer og tilbakemeldinger til den foreløpige rapporten fra XXXX HF den XXXX og fra pårørende XXXX.

Vedlegg 3 – Dokumentliste

XXXX

- Pasientjournal
- Epikrise
- Beskrivelse av pasientforløp, XXXX

XXXX

- Redegjørelse og beskrivelse av virksomhet ved XXXX
- Organisasjonskart over DPS XXXX,
- Prosedyre XXXX DPS XXXX
- Øyeblikkelig hjelp — DPS, XXXX
- XXXXX
- Ansvar og oppgavefordeling — medarbeidere i XXXX
- Mal for vurderingssamtale XXXX
- Hjemmebesøk XXXX DPS
- XXXX DPS XXXX
- Kvalifiseringsprogram i vurdering av selvmordsrisiko for DPS XXXX ACT

XXXX

- Foreløpig rapport

XXXX

- Tilbakemelding på foreløpig rapport fra pårørende

XXXX

- Tilbakemelding på foreløpig rapport fra XXXX HF
- Vedlegg:
 - Funksjonsbeskrivelse XXXX DPS
 - Prosedyre øyeblikkelig hjelp -psykisk helsevern for voksne
 - Arbeidsbeskrivelse - lege i vakt Psykiatrisk avdeling
 - Ambulant akutt-team - sjekklister ved henvisning (telefonkontakt)
 - Selvmordsrisikovurdering - retningslinje for opplæring
 - Kvalifiseringsprogram for selvmordsrisikovurdering
 - Undervisning i tillegg til dagskurset «Suicidologi og vurdering av selvmordsfare».
 - Tiltaksplan selvmordsforebygging XXXX
 - Internrevisjon- dokumentasjon av selvmordsrisikovurderinger i pasientjournal
 - Observasjon/kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko
 - Observasjon/kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko-sjekklister
 - Oppfølging av pasient med forhøyet selvmordsrisiko
 - Vurderingssamtale - DPS ambulant akutt-team (mal)

Vedlegg 4 - Regelverkssitater

Utskriftsdato: 24. mars 2020

LOV OM STATLIG TILSYN MED HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN MV. (HELSETILSYNSLOVEN)

§ 1 Lovens formål

Lovens formål er å etablere et statlig tilsyn som bidrar til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

§ 5 Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester, har etablert et internkontrollsystem i samsvar med kravene i første ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om internkontroll etter første ledd.

§ 6 Plikt til å varsle tilsynsmyndigheten om alvorlige hendelser¹

En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter første ledd, skal tilsynet snarest mulig foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om varsling som nevnt i første ledd, herunder om innholdet i varslene.

¹ Se lov 16 juni 2017 nr. 56.

LOV OM SPESIALISTHELSETJENESTEN M.M. (SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN – SPHL)

§ 2-2 Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

⁰ Endret ved lover 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), endret paragrafnummer fra § 2-3, 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252)

§ 3-1 Øyeblikkelig hjelp

Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig.¹ Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp,¹ og pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Arbeidsgiver kan pålegge helsepersonell ansatt i institusjoner nevnt i første og annet ledd, å rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

0 Endret ved lover 23 juni 2000 nr. 56 (ikr. 1 juli 2001 iflg. res. 22 juni 2001 nr. 698), 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 21 des 2007 nr. 123 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 21 des 2007 nr. 1574).

1 Jf. lover 2 juli 1999 nr. 63 § 2-1 b (1), 2 juli 1999 nr. 64 § 7

§ 3-4 a Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd.

0 Tilføyd ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252)

§ 3-11 Om informasjon

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven¹ § 2-1 b, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven¹ § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i informasjonsplikten etter første og annet ledd.

0 Endret ved lover 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), endret paragrafnummer fra § 2-8, 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 7 juni 2013 nr. 29 (ikr. 1 jan 2014 iflg. res. 6 des 2013 nr. 1398).

1 Lov 2 juli 1999 nr. 63.

LOV OM HELSEPERSONELL (HELSEPERSONELLOVEN – HPL)

§ 4 Forsvarlighet

Helsepersonell¹ skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell¹ skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven² § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell,¹ skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp³ bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

0 Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

1 Se § 3 (1).

2 Lov 2 juli 1999 nr. 63.

3 Se § 3 (3).

§ 7 Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell¹ skal straks gi den helsehjelp² de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven³ § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell¹ foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell¹ påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

0 Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

1 Se § 3 (1).

2 Se § 3 (3).

3 Lov 2 juli 1999 nr. 63

§ 16 Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester,¹ skal organiseres slik at helsepersonellet² blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om ordinerer av legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer som skal kunne erstatte leges eller tannleges individuelle ordinerer til enkeltpasienter.

0 Endret ved lover 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 22 juni 2012 nr. 46.

1 Jf. § 3 (4).

2 Se § 3 (1).

§ 39 Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp,¹ skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell² som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner³ skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal).

1 Se § 3 (3).

2 Se § 3, jf. siste ledd her.

3 Se § 3 (4).

§ 40 Krav til journalens innhold m.m.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør, avlevering og tilintetgjøring av journal.

0 Endret ved lover 21 des 2000 nr. 127 (ikr. 1 jan 2001 iflg. res. 21 des 2000 nr. 1359), 15 des 2017 nr. 107 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 26 apr 2019 nr. 541).

LOV OM PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETER (PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN – PBRL)

§ 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven¹ § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden etter § 2-2 første ledd fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a og 4-4.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket² ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt

i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

De regionale helseforetakene² kan bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd.

0 Tilføyd ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), endret ved lover 21 juni 2013 nr. 79 (ikr. 1 nov 2015 iflg. res. 30 okt 2015 nr. 1240), 22 mai 2015 nr. 32 (ikr. 1 nov 2015 iflg. res. 30 okt 2015 nr. 1241), 20 des 2019 nr. 103 (ikr. 1 jan 2020 iflg. res. 20 des 2019 nr. 1933), 20 des 2019 nr. 104 (ikr. 1 mars 2020 iflg. res. 20 des 2019 nr. 1919).

1 Lov 2 juli 1999 nr. 61.

2 Se lov 15 juni 2001 nr. 93 § 2.

§ 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten¹ skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning,² til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter § 7-4.

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Dersom skade eller komplikasjon som nevnt i femte ledd er svært alvorlig, skal pasienten eller brukeren gis tilbud om møte med helse- og omsorgstjenesten så snart som mulig etter hendelsen, og senest ti dager etter hendelsen. Slike møter skal ha til formål å gi pasienten eller

brukeren informasjon etter fjerde og femte ledd og svar på spørsmål knyttet til hendelsen og den videre oppfølgingen av denne. Ved dødsfall som følge av alvorlig hendelse, skal nærmeste pårørende tilbys tilsvarende møte.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

0 Endret ved lover 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 7 juni 2013 nr. 29 (ikr. 1 jan 2014 iflg. res. 6 des 2013 nr. 1398), 22 juni 2018 nr. 76, 15 des 2017 nr. 107 (ikr. 1 juli 2018 iflg. res. 22 juni 2018 nr. 948).

1 Se § 1-3, a.

2 Se lov 15 juni 2001 nr. 53.

§ 3-3 Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende

Dersom pasienten¹ eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende² ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp³ som ytes.

Er pasienten eller brukeren over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende² rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Dersom en pasient eller bruker dør og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde til og med sjette ledd, så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette.

0 Endret ved lover 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 7 juni 2013 nr. 29 (ikr. 1 jan 2014 iflg. res. 6 des 2013 nr. 1398), 16 juni 2017 nr. 53 (ikr. 1 jan 2018 iflg. res. 8 des 2017 nr. 1951), 15 des 2017 nr. 107 (ikr. 1 juli 2018 iflg. res. 22 juni 2018 nr. 948).

1 Se § 1-3, a.

2 Se § 1-3, b.

3 Se § 1-3, c

LOV OM ETABLERING OG GJENNOMFØRING AV PSYKISK HELSEVERN (PSYKISK HELSEVERNLOVEN - PHVL)

§ 1-1 Formål

Formålet med loven her 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 formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

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.

0 Endret ved lov 10 feb 2017 nr. 6 (ikr. 1 sep 2017 iflg. res. 10 feb 2017 nr. 146)

LOV OM BEHANDLING AV HELSEOPPLYSNINGER VED YTELSE AV HELSEHJELP (PASIENTJOURNALLOVEN)

§ 8 Virksomheters plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre

Virksomheter som yter helsehjelp¹ skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre² for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. helsepersonelloven³ § 39.

1 Se § 2, c.

2 Se § 2, d.

3 Lov 2 juli 1999 nr. 64

FORSKRIFT OM ETABLERING OG GJENNOMFØRING AV PSYKISK HELSEVERN M.M. (PSYKISK HELSEVERNFORSKRIFTEN)

§ 1 Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp

Institusjon eller avdeling som er utpekt til å gi øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd, skal straks motta pasienter for undersøkelse og om nødvendig behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre.

Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
- c) deliriøse tilstander der avrusing ikke er en hovedsak
- d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig

FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL (PASIENTJOURNALFORSKRIFTEN)

§ 5 Administrative opplysninger

Oversikten nedenfor angir hvilke administrative opplysninger som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal. Oversikten er ikke uttømmende.

- a) opplysninger for å kunne kontakte pasientens nærmeste pårørende
- b) opplysninger om når og hvor helsehjelpen er gitt og type kontakt, blant annet om helsehjelpen er gitt ved ordinær konsultasjon, videokonsultasjon, nettbasert behandling, medisinsk avstandsoppfølging eller opphold i institusjon
- c) kontaktopplysninger til pasientens faste lege (fastlege eller lignende), koordinator, kontaktlege og eventuelt annet personell som er nødvendig for å lette samarbeidet mellom helsepersonell om helsehjelp til pasienten
- d) opplysninger om pasienten har individuell plan samt en henvisning til hvor helsepersonellet kan finne frem til planen.

§ 6 Opplysninger om pasientens helse og helseforhold, inkludert opplysninger og vurderinger innhentet ved kliniske og medisinske undersøkelser

Oversikten nedenfor angir hvilke kliniske og medisinske opplysninger som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal. Oversikten er ikke uttømmende.

- a) pasientens beskrivelse av sin situasjon og eventuelle ønsker for helsehjelpen
- b) opplysninger om pasientens sykehistorie og pågående behandling
- c) opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger
- d) behandlingsplan for pasienten og status i gjennomføringen av planen
- e) opplysninger om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling. Opplysningene skal inneholde navn på legemidlet, virkestoff, styrke, mengde, dosering, indikasjon eller bruksområde og tidspunkt for når legemidlet er gitt. Opplysningene skal også omfatte en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (pasientens legemiddelliste) etter § 9
- f) kritisk informasjon, inkludert alvorlige allergier og alvorlige reaksjoner på legemidler (CAVE)
- g) opplysninger om overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer
- h) beskrivelse av de funn og vurderinger som ligger til grunn for kodet informasjon innrapportert til helseregistre etter helseregisterloven § 10 og § 11.

Bokstav e tredje punktum trer i kraft når departementet bestemmer.

§ 7 Opplysninger om informasjon og informasjonsutveksling, reservasjoner og samtykkekompetanse

Oversikten nedenfor angir hvilke opplysninger om informasjon og informasjonsbehandling, reservasjoner og samtykkekompetanse som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal. Oversikten er ikke uttømmende.

- a) opplysninger om det er gitt råd og informasjon til pasient og nærmeste pårørende, og hovedinnholdet i rådene og informasjonen
- b) opplysninger om melding av opplysninger til annet personell og til andre etater eller tjenester etter helsepersonelloven kapittel 5, 6 og 7, for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer og resultater av rekvirerte undersøkelser, samt hvilke opplysninger slike meldinger bygger på
- c) opplysninger om pasientens reservasjoner og samtykkekompetanse.

§ 8 Andre opplysninger

Oversikten nedenfor angir enkelte andre opplysninger, enn de som følger av § 5 til § 7, som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal. Oversikten er ikke uttømmende.

- a) ved bruk av tvang; opplysninger om det faktiske og rettslige grunnlaget for tvangen og eventuelle vedtak fattet av kontrollkommisjonen eller fylkesmannen
- b) opplysninger om pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn eller mindreårige søsken, jf. helsepersonelloven § 10a

- c) opplysninger om foreldre eller andre omsorgspersoner som har konsekvens for barnets behandlingssituasjon
- d) opplysninger om sykemeldinger og attester utarbeidet i forbindelse med helsehjelp
- e) opplysninger om sakkyndige erklæringer o.l.
- f) opplysninger om pasienten er erklært utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten eller om det er mottatt slik melding fra spesialisthelsetjenesten.

FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

§ 6 Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7 Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8 Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9 Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Vedlegg 5 - Virksomhetens tilbakemelding på Helsetilsynets foreløpige rapport

Intern gjennomgang av hendelsen

Direkte etter den tragiske hendelsen ble det lagt til rette for en gjennomgang av hendelsen med:

- alle medarbeidere i XXXX i XXXX
- medarbeidere som hadde vært direkte involvert i oppfølgingen av pasienten og de pårørende

Gjennomgangen fokuserte på det konkrete hendelsesforløpet, omstendighetene rundt pasientbehandlingen, de beslutninger som ble tatt, hva man kunne gjort annerledes og hvilken oppfølging man hadde gjort i forhold til pårørende. Rådgiver i selvmordsforebygging fulgte senere på høsten opp hendelsen ved at det ble tilrettelagt for en samling med fokus på medarbeidernes erfaring med selvmordet; hvilke reaksjoner var framtreddende, hvorfor ble det slik og hva kunne man gjort annerledes.

Da den foreløpige rapporten forelå ble det tilsvarende lagt til rette for en gjennomgang og drøfting rundt alle funn og tilbakemeldinger i rapporten der alle medarbeidere i teamet deltok. Avdelingen valgte etter at det foreløpige rapporten forelå å nedsette en intern og tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe for å sikre en grundig gjennomgang og intern oppfølging av rapporten, samt å foreslå forbedringstiltak.

Hendelsesforløpet, rapporten og tilbakemeldingen på Helsetilsynets foreløpig rapport ble drøftet i klinikkledelsen (XXXX). Seksjonsledere ved de to øvrige XXXX ved XXXX (XXXX) er kjent med hovedtrekkene i den foreløpige rapporten. Når endelig rapport foreligger vil denne også bli lagt fram for alle medarbeidere i disse teamene samt øvrige relevante fagmiljø i klinikken for en grundig gjennomgang. Klinikkledelsen vil ha en sentral rolle med tanke på iverksetting av forbedringstiltakene, og vil sørge for at alle teamene blir inkludert i arbeidet.

Endringer

På bakgrunn av dette valgte man i XXXX å avvikle ordningen med å ha ett felles XXXX for DPS-ene ved XXXX på kveld og helg/helligdager. Medarbeidere fra DPS som tidligere hadde bemannet dette teamet ble flyttet tilbake lokalt DPS, og åpningstiden for de XXXX ved lokale DPS ble samtidig utvidet til å være fra XXXX på hverdager og fra XXXX i helg og helligdager. Med det ble antallet vurderingsledd, aktører i forløpene og mulige forsinkelser redusert.

Idet det fortsatt ikke er tilgjengelig legeressurs/psykologspesialist ved lokale DPS utenom ordinær arbeidstid, ble det utarbeidet:

forpliktende og tydelige avtaler om hvordan vakthavende lege innenfor psykisk helsevern på sykehusnivå (XXXX) skal bistå teamene på kveldstid og i helg/helligdager (vedlegg 1-3) en tydeliggjøring av samarbeidsformer som skal sikre pasientene forsvarlig behandling og tilgang til den typen personell situasjonene krever (vedlegg 1-3).

Akutt behandling vil basere seg på en tentativ diagnose, og skal vurderes og gis i forhold til
Hastegrad

psykiatrisk lidelse/diagnose/funksjonsnivå
selvmordsrisiko

Det er utarbeidet felles sjekklister for gjennomgang med henviser, som bedre sikrer at uavklarte og alvorlige tilstander raskt kan avdekkes (vedlegg 4).

Lege skal involveres direkte når det er behov, enten fordi det knytter seg usikkerhet til tilstanden, at det er behov for umiddelbar innleggelse i psykisk helsevern på sykehusnivå eller når henvisende instans ber om å komme i direkte dialog med lege.

Basert på en helhetsvurdering av pasienten, kan XXXX ved DPS tilrettelegge for flere ulike akutt-tilbud. I situasjoner der det åpenbart framkommer at pasienten er av behov for innleggelse i lukket seksjon innenfor psykisk helsevern på sykehusnivå (XXXX), blir dette avklart med henviser telefonisk. XXXX skal sørge for at disse pasientene vil bli sendt direkte til XXXX.

Alle ledernivå og medarbeidere som har en rolle i øyeblikkelig hjelp forløpet har vært involvert i de driftsmessige endringene og nye retningslinjer, og er således godt kjent. XXXX HF mener at de driftsmessige endringene, presiseringer i prosedyrer/retningslinjer og nye sjekklister og maler i større grad vil kunne sikre gode pasientforløp for diagnostisk uavklarte pasienter som er i akutt krise, samt en bedre vurdering av hastegrad og rett behandlingsnivå.

Øyeblikkelig hjelp forløpet følges systematisk og ukentlig med en strukturert gjennomgang. Det er seksjonslederne ved de ambulante akutt-teamene som har det direkte ansvaret for at retningslinjene følges og at avvik rapporteres og følges opp. Avvik og uønskede hendelser meldes i sykehusets avvikssystem (XXXX).

Oppfølging av kapasitet og avvik i øyeblikkelig hjelp forløpet er innført som fast punkt i ukentlige ledermøter i klinikken. Etter omleggingen i XXXX er det lagt til rette for faste oppfølgingsmøter med seksjonsledere for ambulant akutt-team, avdelingssjefer og klinikk-sjef for en gjennomgang av status og felles evaluering og vurdering av forbedringspunkter. Avvik fra fastleger/legevakt meldes i Fastlegeportalen, og blir fulgt opp av involvert team/fagmiljø og videreformidles til relevante øvrige fagmiljø.

Kompetanse blant ansatte, rekruttering og opplæring

Ambulant akutt-team er bemannet med helsepersonell med minimum 4 års høgskoleutdanning. Medarbeiderne har kompetanse innenfor kriseintervensjon, akuttbehandling, arbeid med familie og nettverk.

Det er i utgangspunktet avsatt ressurser til at hvert ambulant akutt-team har egen lege/psykologspesialist, men grunnet rekrutteringsutfordringer lar det seg bare delvis gjøre å få dette på plass. Ambulante akutt-team må derfor i større grad enn det vi synes er ønskelig trekke veksler på øvrige lege/psykologressurser ved aktuelt DPS. XXXX HF arbeider intenst og kontinuerlig med å få på plass leger som kan være direkte tilknyttet teamene. Ikke minst ser vi at dette ville kunne være av avgjørende betydning når man møter pasienter med lavfrekvente og spesialiserte tilstander. Når man ikke har egen lege må man, slik situasjonen har vært ved XXXX, på dagtid trekke veksler på leger i lokalt DPS, mens man på kveld/helg/helligdag må kontakte lege ved sykehusavdelingen på XXXX. Dette fungerer i all hovedsak tilfredsstillende, men kan også representerer en risikofaktor der det er behov for rask medisinsk faglig kompetanse.

På bakgrunn av den aktuelle hendelsen har klinikkledelsen besluttet at det fra høsten 2020 skal nedsettes en arbeidsgruppe som skal gå gjennom konkrete kompetansekrav hos medarbeidere i ambulante akutt-team, behovet for opplæring og utarbeide forslag til en felles og obligatorisk opplæringspakke som skal være rettet mot medarbeidere i alle ambulante team og der konkrete kompetansekrav til medarbeiderne vil framkomme. Kunnskap om alvorlig depresjon og psykosesyntomer vil inngå i opplegget. Vi ser dessuten allerede nå at det også er et behov for mer forståelse mht. samtykkekompetanse. Opplegget vil kunne inkludere ulike læringsformer. Klinikksjef vil ha ansvar for gjennomføring av dette arbeidet.

Alle medarbeidere innenfor klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling må gjennomføre obligatorisk opplæring i forebygging av selvmord (vedlegg 5). Medarbeidere i ambulante team må også gjennomføre et eget kvalifiseringsprogram med tanke på å kunne gjøre selvmordsrisikovurderinger (vedlegg 6). Videre legges det til rette for mer behovsrettede opplæringsstilbud (vedlegg 7).

Det selvmordsforebyggende arbeidet i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har gjennom mange år blitt viet stor oppmerksomhet. Det utarbeides årlig en egen tiltaksplan for arbeidet (vedlegg 8). Arbeidet følges særskilt opp gjennom:

Kontroll av inntakstnoter og epikriser
Kvalitetskontroll av innhold (stikkprøver)
Intern revisjoner (vedlegg 9).

På denne bakgrunn vurderes det at medarbeidere i ambulante akutt-team har gode forutsetninger til å ivareta det selvmordsforebyggende arbeidet på en forsvarlig måte. Vi mener også at de retningslinjer som arbeidet skal basere seg på er dekkende. Vi erkjenner og beklager imidlertid at de vurderinger som ble gjort i den aktuelle pasientsituasjonen ikke var i henhold til gjeldende retningslinjer (vedlegg 10-12). I ettertid og når man forstår den bakenforliggende årsaken til pasientens tilstand, ser man at ambulante akutt-team både burde ha gjennomført selvmordsrisikovurderinger og umiddelbart tilrettelagt for et tilbud innenfor en helt annen ramme enn den man valgte.

I løpet av høsten 2020 vil vi følge opp den aktuelle hendelsen ved å tilrettelegge for workshops der man behandler kliniske kasus som angår arbeidet med suicidalitet innenfor rammen av akutt-team. Dette vil bli utviklet og tilrettelagt i et nært samarbeid med seksjonsleder, avdelingssjef og rådgiver i selvmordsforebygging.

Dokumentasjon og journalføring

Det gjennomføres daglig fellesfaglig arena for klinisk beslutning i ambulante akutt-team. Her blir kliniske beslutninger og evt. utarbeidelse av behandlingsplan journalført og sendt til henviser/fastlege. Behandlingsplaner utarbeides der det er relevant og gis til pasienten. I forbindelse med omlegging av øyeblikkelig hjelp forløpet ble det videre utarbeidet ny og felles mal i DIPS for journalføring og dokumentasjon av vurderinger gjort av medarbeidere i ambulante akutt-team (vedlegg 13).

Man benytter systematisk PLO meldinger for å sikre god dialog med kommunen.

Forsvarlig informasjon, støtte og avlastning til pasienter og pårørende

Nettverksarbeid og å tilrettelegge for et godt samarbeid og en god kommunikasjon med pårørende står sentralt i arbeidet til ambulante akutt-team. Pårørendeveilederen fra Helsedirektoratet legges til grunn for dette. Gjennom pakkeforløpene formaliseres dessuten

pårørendekommunikasjon og samarbeid ytterligere i pasientoppfølgingen, noe som følges opp ved alle enheter i avdelingen. Ved henvendelser og/eller henvisninger informeres pasient og pårørende om tjenestetilbudet til ambulant akutt-team. De blir tydeliggjort om kontakten vil skje i form av telefonkontakt, hjemmebesøk/ ambulant, møte på legevakt eller oppmøte ved DPS. De blir også gjort kjent med om kontakten vil være en enkeltstående konsultasjon eller oppfølging over en kortere periode til forbedring av tilstand/ krise eller for overføring til annet behandlingsnivå. Pasient og pårørende mottar kontaktpunkter for ytterligere henvendelser ved forverring/behov.

I forbindelse med den alvorlige hendelsen erkjenner XXXX HF at pårørende fikk for stort ansvar for sin alvorlig syke XXXX. Dette var ikke minst en konsekvens av de feilvurderinger som ble gjort ved vurderinger av tilstandens alvorlighetsgrad. Virksomheten ser i etterkant at pårørendes reelle bekymring og fortvilelse skulle vært tillagt større betydning. Dokumentasjon av dialog med pasient, pårørende og andre journalføres. I den aktuelle saken ser XXXX HF at viktige nyanser ikke kom klart nok fram i skriftlig journal. Dette forbedringsområdet har det blitt arbeidet bevisst med siden hendelsen. Seksjonsleder har ansvar for oppfølging av dette.

Videre planer og tiltak

I løpet av høsten vil det utarbeides en brosjyre for ambulant team med opplysninger om behandlingstilbudet ved akutt krise/øyeblikkelig hjelp situasjoner og nødvendig kontaklinformasjon. Det vil for øvrig også være aktuelt å inkludere pårørendearbeid i den opplæringspakken som det vises til overfor.

Når endelig rapport fra Helsetilsynet foreligger vil XXXX HF ta initiativ til et nytt møte med pårørende. Den endelige rapporten skal gås gjennom sammen med pårørende, og det vil bli gitt anledning til å dele synspunkter, erfaringer og kritiske tilbakemeldinger. XXXX HF vil tilrettelegge for adekvate rammer for møtet, på bakgrunn av pårørendes ønsker

