

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Dødsfall under abstinensbehandling ved

[Redacted]





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

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

DERES REF. / YOUR REF:

VÅR REF. / OUR REF:

DATO: / DATE:

Oversendelse av rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig hendelse

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel av [REDACTED] om en alvorlig hendelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Varselet gjaldt helsehjelp gitt [REDACTED]. Pasienten fikk abstinensbehandling ved psykiatrisk inntakspost og medisinsk klinikk ved [REDACTED].

Vedlagt følger Statens helsetilsyns endelige rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til pasientens pårørende. Vi beklager lang saksbehandlingstid. Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved [REDACTED] gjør en gjennomgang av vår rapport, og at dette brevet og rapporten blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp da [REDACTED] var innlagt ved [REDACTED] i tiden fra [REDACTED]. Vi mener behandlingen som ble igangsatt, med store doser respirasjonshemmende legemidler, ga stor risiko for livstruende respirasjonshemming, men at denne risikoen ikke ble fanget opp. Det manglet omforent praksis i sykehuset for oppfølging av behandlingen som ble gitt pasienten, og virksomheten hadde heller ikke skriftlige rutiner som kunne sikre forsvarlig behandling. Virksomheten sikret verken forsvarlig diagnostikk, behandling eller oppfølging av pasienten. Spesielt mener vi at observasjonen av pasienten etter tilbakeføring til psykiatrisk inntakspost var uforsvarlig. Vi har kommet til at den avdekkede svikten vil innebære en risiko ved abstinensbehandlingen som tilbys andre pasienter.

[REDACTED] har brutt sin plikt til gi forsvarlige helsetjenester og har også brutt plikten til å organisere sin virksomhet slik at helsepersonellet ved medisinsk avdeling/psykiatrisk inntakspost blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8, forskrift om ledelse

og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring) og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Vi har mottatt skriftlig tilbakemelding fra [REDACTED], med beskrivelse av hvordan hendelsen er gjennomgått internt i virksomheten, og hvilke tiltak som er satt i verk for å unngå lignende svikt i helsetjenesten i fremtiden. I tillegg har vi i telefonsamtale med ledelsen [REDACTED] fått opplyst at virksomheten i all hovedsak stiller seg bak våre vurderinger og konklusjoner i foreløpig rapport. Videre at forbedringstiltakene i sykehuset er pågående. Vi har vurdert de beskrevne tiltakene, og har kommet til at de ikke er tilstrekkelige til å kunne sikre at det ikke skjer svikt i helsehjelpen i tilsvarende tilfeller.

Statens helsetilsyn mener forholdene i saken samlet sett tilsier at det er nødvendig med videre tilsynsmessig oppfølging. Dette blant annet for å sikre at de tiltak virksomheten allerede har beskrevet faktisk blir gjennomført, og for å sikre at tiltakene blir gjort kjent og etterlevs i virksomheten. Vi ser det også nødvendig at [REDACTED] gjennomgår vår endelige rapport, og våre vurderinger og konklusjoner her, med tanke på ytterligere tiltak som vil kunne sikre forsvarlig organisering og styring av abstinensbehandlingen i virksomheten.

Vi ber om en tilbakemelding fra [REDACTED] i forhold til dette innen fire uker fra mottak av dette brevet og rapporten.

Med hilsen

[REDACTED]

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Endelig rapport i tilsynssak

Kopi til:

[REDACTED]

Innhold

Sammendrag.....	5
1 Tilsynets tema	6
2 Aktuelt regelverk og krav til god faglig praksis	6
2.1 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	6
2.2 Forsvarlig helsehjelp	7
2.3 God faglig praksis for håndtering av rusmiddelpåvirkede pasienter.....	8
3 Organisering av virksomheten	11
3.1 Psykiatrisk klinikk	11
3.2 Medisinsk klinikk.....	11
3.3 Skriftlige rutiner og prosedyrer	11
3.4 Gjeldende praksis	13
4 Pasientbehandlingen/hendelsen	14
4.1 Bakgrunn for innleggelsen.....	14
4.2 Innleggelsen på psykiatrisk inntakspost	14
4.3 Behandlingen ved første opphold på psykiatrisk inntakspost.....	15
4.4 Innleggelse og behandling gitt på medisinsk avdeling.....	
4.5 Andre opphold på psykiatrisk inntakspost.....	
5 Avdelingens interne gjennomgang av hendelsen/iverksatte tiltak	18
6 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til pårørende.....	21
7 Opplysninger fra pårørende til Statens helsetilsyn	21
8 Rettsmedisinsk undersøkelse	22
9 Sakkyndige vurderinger	23
10 Hendelses- og årsaksanalyse	23
11 Statens helsetilsyns vurderinger	25
11.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?.....	26
11.2 Har sykehuset oppfylt sin plikt til å planlegge og gjennomføre virksomheten, og ved dette sikret forsvarlige helsetjenester for andre som får abstinensbehandling?.....	32
11.3 Har virksomheten gjennomført tiltak som sikrer at tilsvarende svikt i helsetjenesten ikke skjer igjen?	34
12 Konklusjon og oppfølging	35
12.1 Statens helsetilsyns konklusjon	35
12.2 Videre tilsynsmessig oppfølging	35

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn funn og vurderinger i tilsynssak mot [REDACTED] etter varsel om alvorlig hendelse [REDACTED] da en [REDACTED] ble funnet livløs i sengen på psykiatrisk inntakspost. Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [REDACTED] den [REDACTED].

Pasienten var innlagt til tvungen observasjon ved psykiatrisk inntakspost på grunn av [REDACTED] samarbeidet ikke om undersøkelser. [REDACTED] ble vurdert som [REDACTED] ved innkomsten, men det var uklart hvilke [REDACTED]. Påfølgende [REDACTED] ble pasienten vurdert som svært preget av abstinens, og [REDACTED] ble overflyttet til medisinsk avdeling for intravenøs abstinensbehandling. Det ble ordinert 20 mg metadon [REDACTED] daglig. I tillegg fikk pasienten også store doser beroligende legemidler.

[REDACTED] ble pasienten flyttet tilbake til psykiatrisk inntakspost, og behandlingen som var igangsatt ved medisinsk avdeling ble kontinuert. Pasienten fikk også rekvirert diazepam (benzodiazepin). Siste legemiddeldose ble gitt [REDACTED] fikk pasienten deretter tilsyn [REDACTED]. Tilsynet foregikk ved at sykepleier lyttet etter om pasienten pustet/snorket i døren til pasientrommet som sto på gløtt. Inntaksposten hadde ikke utstyr for monitorering. Neste [REDACTED] ble pasienten funnet livløs i sengen ved tilsyn. Det ble igangsatt hjerte-lunge-redning, men det lyktes ikke gjenopplive pasienten.

I endelig obduksjonsrapport fremgår det at det ikke er påvist entydig dødsårsak, men at dødsfallet trolig skyldes den samlede effekten av legemidlene pasienten fikk.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. [REDACTED] ble behandlet med store doser legemidler med respirasjonshemmende effekt, uten at [REDACTED] hadde lagt til rette for forsvarlig diagnostikk, behandling eller oppfølging av abstinensbehandlingen som ble gitt. Den avdekkede svikten skyldes mangler ved virksomhetens styring og kontroll, og har betydning ut over den konkrete hendelsen. Det manglet omforent praksis for behandling og oppfølging i virksomheten, og det manglet rutiner for denne type behandling. [REDACTED] har derved ikke sørget for at helsetjenestene som tilbys eller ytes er forsvarlige, og har videre ikke sørget for at helsepersonell ved psykiatrisk inntakspost/medisinsk avdeling blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

Samlet vurderes de avdekkede forholdene alvorlige. Statens helsetilsyn vektlegger at saken gjelder et av sykehusets kjerneområder for aktivitet, og innen et område med særlig risiko for svikt og der svikt er livstruende for pasienten. De tiltak som er iverksatt fra sykehuset side i etterkant av hendelsen, er slik Statens helsetilsyn ser det, ikke tilstrekkelige til å kunne forhindre svikt i helsetjenesten i lignende tilfeller i fremtiden. Det er derfor behov for ytterligere tilsynsmessig oppfølging av saken.

1 Tilsynets tema

██████████ (heretter ██████) varslet ██████████ om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt helsehjelpen ██████████. ██████████ fikk i forbindelse med abstinensbehandling ved ██████. Dette i tidsrommet fra ██████████, og ved henholdsvis psykiatrisk inntakspost og medisinsk avdeling i samarbeid. Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i ██████████ (nå Fylkesmannen i ██████████) å gjennomføre stedlig tilsyn ved psykiatrisk klinikk og medisinsk klinikk ved ██████ i denne saken. Varselet ga grunn til å mistenke alvorlig svikt i den helsehjelpen som var gitt. Flere helsepersonell fra to ulike klinikker var involvert, og det var behov for å innhente ytterligere informasjon for vurderingen av saken.

Statens helsetilsyn har vurdert saken med bakgrunn i tilgjengelig skriftlig informasjon, opplysninger fra samtaler med involvert helsepersonell og ledelsen ██████ samt opplysninger fra pasientens pårørende.

Tema for tilsynet har vært å vurdere helsehjelpen som ble gitt pasienten, og under dette begrunnelsen for valg av behandlingsmetode og oppfølgingen av abstinensbehandlingen som ble gitt, med flere typer legemidler i store doser og med respirasjonshemmende effekt. Videre har vi undersøkt nærmere ██████ om ██████ har sikret forsvarlig organisering og styring av denne type abstinensbehandling. Blant annet har vi sett på hvilken informasjon om pasienten ██████ hadde tilgjengelig og overvåkingen av pasienten etter at ██████ ble tilbakeført til psykiatrisk inntakspost. Vi redegjør først for relevant lovgrunnlag for saken, samt våre forventninger til god faglig praksis ved denne type abstinensbehandling. Vi gjennomgår deretter gjeldende rutiner, praksis og andre forhold ved virksomheten som er relevant i saken og vi redegjør for helsehjelpen som ble gitt pasienten. Pasientens ██████████ har redegjort for sin opplevelse av helsehjelpen, og vi vil referere fra den pårørendes opplysninger til saken. Vi har videre innhentet sakkyndige vurderinger fra spesialist i anestesilogi og spesialist i rusmedisin, og deres vurderinger vil bli gjengitt. En oversikt over saksgangen legges ved rapporten som vedlegg.

Vi vil gi vår analyse av årsaker til at hendelsen kunne skje, og vi vil avslutningsvis komme med våre vurderinger og konklusjoner, samt våre forventninger til videre tilsynsmessig oppfølging av saken fra ██████.

2 Aktuelt regelverk og krav til god faglig praksis

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp og om ██████ har organisert seg slik at virksomheten sikrer forsvarlig helsehjelp til rusmiddelpåvirkede pasienter som står i fare for å utvikle abstinens. Dette spesielt når det gis abstinensbehandling med store doser respirasjonshemmende legemidler.

██████ har en plikt til å tilby forsvarlige helsetjenester og til å tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonell ved ██████ kan overholde sine lovpålagte plikter. Relevant for saken er plikten til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Det stilles også krav til at ██████ har nødvendig styring og kontroll med tjenestenes omfang og innhold. Kravene til virksomheten fremgår av spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring) og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

2.1 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Internkontroll (styringssystem) er et ledelsesverktøy og et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige driften. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal

sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Plikten til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjelder for ledere på alle nivå. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til drive internkontroll for å tilrettelegge for en forsvarlig virksomhet, jf. helsetilsynsloven § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som utdyper innholdet i virksomhetens ansvar for å ha styringssystem (forskriften § 3) og plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er forsvarlig (forskriften §§ 6-9).

Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke skal være tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet. Plikten innebærer blant annet ansvar for forsvarlig organisering og oppgavefordeling, herunder å sørge for å ha tilstrekkelig og adekvat utstyr til virksomheten, til å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse, til å ha oversikt over områder i virksomheten med risiko for svikt, til å planlegge hvordan risiko kan minimeres samt plikt til å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner til å ivareta kravet til forsvarlighet. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige følger. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten. Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Denne prosessen innebærer å dokumentere at man har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger og implementere de tiltak som viser seg å være effektive og forsvarlige. Videre må virksomheten inkludere pasient og pårørende, og sikre at informasjon om hendelsen som er til nytte for arbeidet med å redusere fremtidig risiko, tas med i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

2.2 Forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at helsehjelpen som tilbys eller ytes er forsvarlig, og under dette stilles det krav både til organiseringen av tjenestene og til at de som yter tjenestene blir i stand til å gi faglig forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4 og 16. Forsvarlighetskravet gjelder således både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell.

Samtidig som helsepersonell har en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, har spesialisthelsetjenesten plikt til å legge til rette for at helsetjenestene som tilbys er forsvarlige, og under dette organisere virksomheten slik at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Dette slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Sykehusene har et særlig ansvar for oppgaver knyttet til pasientbehandlingen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr.1. Begrepet pasientbehandling dekker i denne sammenheng alle sykehusets aktiviteter vedrørende undersøkelse, behandling, pleie og rehabilitering.

Ved fastlegging av innholdet i kravet til forsvarlige helsetjenester, må det tas utgangspunkt i hva som til enhver tid anses som god praksis på det aktuelle fagområdet; det vil si hva som

kan forventes av helsepersonell og virksomheter basert på anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer. Det må foreligge et relativt klart avvik fra god praksis før helsehjelpen anses uforsvarlig.

2.3 God faglig praksis for håndtering av rusmiddelpåvirkede pasienter

Behandlingssteder som tar imot pasienter som er påvirket av rusmidler, må være forberedt på at det foreligger sparsomme eller manglende opplysninger om hvilke rusmidler/legemidler som er inntatt og i hvilke doser og når. Det må derfor foreligge en plan for hvordan pasientens tilstand skal avklares og for hvilke observasjoner og undersøkelser som skal gjøres, herunder hvilke prøver som skal tas. Videre må virksomheten ha sørget for at det er etablert rutiner/praksis for å sikre forsvarlig behandling av abstinensstilstander. Mangelfulle eller manglende rutiner og tiltak innebærer en økt risiko for at pasientene ikke får adekvat behandling og oppfølging.

2.3.1 Diagnostikk av rusmiddelpåvirkede pasienter som står i fare for å utvikle abstinens

For å kunne gi forsvarlig helsehjelp er det en forutsetning at det gjøres tilstrekkelige diagnostiske vurderinger for å kunne vurdere hvilke behandlingstiltak som er indisert. Diagnostikk av pasienter som er rusmiddelpåvirket kan være utfordrende, bl.a. fordi det kan være vanskelig å få til et godt samarbeid med disse pasientene. Det kan også være krevende å skille mellom symptomer og tegn som skyldes rusmiddelpåvirkning, abstinens, psykisk lidelse eller somatisk sykdom.

Den klare hovedregelen er at pasienten må samtykke til undersøkelsene. Hvis pasienten ikke samarbeider, er det viktig å informere og forsøke å motivere pasienten til å la seg undersøke. Ved fortsatt manglende samtykke, vil det være god praksis å journalføre hva slags undersøkelser pasienten nekter å bidra til, hvordan pasientens motstand har kommet til uttrykk og hva som er forsøkt for å få pasienten til å samarbeide. Pårørende kan være en god kilde til informasjon om pasientens bruk av rusmidler, og det må derfor vurderes om komparentopplysninger skal innhentes i situasjoner der en ellers har lite eller ingen opplysninger å bygge vurderingene på.

For pasienter som er rusmiddelpåvirket ved innleggelsen, er det viktig å få avklart hvilke rusmidler pasienten har inntatt. Dette for å kunne vurdere om pasientens symptomer er et resultat av rusmiddelpåvirkning/intoksikasjon eller abstinens, og for å kunne vurdere risiko for utvikling av en alvorlig abstinensstilstand som krever medikamentell behandling. Symptomer på abstinens vil bl.a. variere med hvilket rusmiddel som er inntatt, varigheten av bruken og graden av tilvenning. Bruk av flere rusmidler samtidig kan føre til at abstinensreaksjoner kommer i flere faser, og at det typiske bildet på abstinens ikke er til stede. Typiske tegn på alkoholabstinens kan f.eks. være økt blodtrykk/puls/temperatur, agitasjon, uro, hudrødme, tremor, svetting, kvalme og diaré. Typiske tegn på heroinabstinens vil være små pupiller, svetting, kvalme/brekninger, lett forhøyet puls og høyt blodtrykk.

Ved innkomst vil det være god faglig praksis å gjøre en grundig rusanamnese. Dette omfatter opplysninger om hvilke rusmidler pasienten har brukt, hvordan rusmiddel er inntatt, når bruken opphørte og eventuelle tidligere abstinensreaksjoner. Videre vil det være god praksis å gjøre en grundig klinisk undersøkelse, som bl.a. inkluderer temperatur, puls, blodtrykk, pupiller, psykiske symptomer og tegn til kroppslig sykdom. Selvmords- og/eller voldsrisikovurderinger skal gjøres når det er indisert. Laboratorieprøver kan gi verdifull informasjon om hvilke rusmidler som er inntatt, og avhengig av indikasjon, bør det utføres

promillemåling i ekspirasjonsluft (ev. også etanol i blod), kliniske, kjemiske prøver og/eller urinanalyse/spyttprøve.

For pasienter som har, eller står i fare for å utvikle abstinens, vil det også være god praksis å ta i bruk internasjonalt validerte og anerkjente observasjonsskjema for å vurdere graden av abstinens og hvilke behandlingstiltak som er nødvendige. Pasienter som har hatt et høyt alkoholinntak i tiden før innleggelse bør observeres ved bruk av Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA), som kan brukes til å avgjøre om farmakologisk intervensjon er nødvendig, og til å overvåke utviklingen av symptomene. Ved CIWA skåres kvalme/oppkast, tremor, svette, angst, uro, berørings-, hørsels-, og syns-opplevelser, hodepine og orienteringsgrad. For å følge opioidabstinens bør Objective Opioid Withdrawal Scale (OOWS) benyttes. Ved OOWS registreres gjesping, rennende nese, gåsehud, svette, tåreflod, tremor, pupiller, hete- eller frysetokter, rastløshet, oppkast, muskelrykninger, magekramper og angst. OOWS gir ingen grenseverdier, men kan være hensiktsmessig for å registrere økning eller reduksjon av abstinensgrad.

2.3.2 Behandling av abstinensstilstander

Alkoholabstinens er en potensielt alvorlig tilstand, som kan utløse delirium eller generaliserte kramper. Ved alkoholabstinens bør behandlingen rette seg etter CIWA-skår og risikofaktorer, som for eksempel tidligere alvorlige abstinensreaksjoner. Lav CIWA-skår angir ingen legemiddelbehov, mens det er økende legemiddelindikasjon ved høyere poengsum. Ved alvorlig grad av alkoholabstinens, bør abstinensreaksjonene brytes ved et erstatningsmiddel, slik som benzodiazepin, for å redusere faren for delirutvikling og kramper. Videre er administrering av ulike vitaminer viktig.

Plutselig opphør av bruk av opioider eller sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, kokain m.v.) er forbundet med ubehag og kan gi dramatiske symptomer, men er sjeldent eller aldri livstruende. Ved opioidabstinens vil eventuelle behandlingstiltak bero på pasientens grad av avhengighet, helsetilstand og kontraindikasjoner. Hos opioidavhengige pasienter, kan både buprenorfin og metadon benyttes i behandlingen. Hvis det ikke foreligger reell opioidavhengighet, er det kontraindisert å forskrive slike medikamenter. Metadon kan lindre abstinensplager fullt ut, men har langsom nedbrytning slik at man kan få additiv virkning, som blant annet kan gi respirasjonsstans. Ved behandling for opioidabstinens bør buprenorfin være førstevalget, fordi det gir et enklere doseringsregime og større sikkerhet.

2.3.3 Behandling med metadon

Ifølge Felleskatalogen er metadon indisert som substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet. Slik behandling forutsetter som hovedregel at pasienten er inkludert i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det kan også være indikasjon for behandling med metadon hos opioidavhengige pasienter som har en alvorlig somatisk tilstand, der behandling i sykehus er avgjørende. Dette for eksempel ved infeksjon på hjerteklaffer med behov for langvarig antibiotikabehandling på sykehus.

Ifølge Felleskatalogen har metadon en halveringstid på 10-25 timer ved inntak av enkeltdose og 13-55 timer ved gjentatte doser. Vanlig innledende dose med metadon er 10-30 mg, og 25-40 mg ved høy opioidtoleranse. Metadon administreres vanligvis én gang daglig, og hyppigere dosering øker risikoen for akkumulering og overdosering. Toksisk dose for metadon varierer sterkt fra person til person, bl.a. som følge av toleranseutvikling hos kroniske brukere. Samtidig inntak av andre legemidler som gir depresjon av sentralnervesystemet, som for eksempel benzodiazepiner, vil øke toksisiteten av metadon.

2.3.4 Observasjon av pasienter som har fått høye doser med respirasjonshemmende legemidler

Behandling med store doser respirasjonshemmende legemidler kan føre til alvorlig forgiftning, som kan gi kortvarig pustestopp (apne) eller respirasjonsstans, lavt blodtrykk, langsom puls, og sirkulasjonssvikt. God faglig praksis tilsier derfor hyppig kontroll av respirasjonsfrekvens og perifer oksygenmetning (SaO₂). Ved inntak av store doser legemidler og fare for alvorlig forgiftning, bør pasienten overvåkes med SaO₂ og EKG.

Høye doser av benzodiazepiner og opioider gir økt risiko for bl.a. respirasjonsdepresjon og respirasjonsstans. Det er velkjent at metadon og diazepam i kombinasjon med hverandre er forbundet med risiko for respirasjonsdepresjon. Respirasjonsstans kan gi irreversibel hjerneskade i løpet av få minutter, og kan også medføre koma og død. En forutsetning for å yte forsvarlig helsehjelp er at helsepersonell kjenner til risikoen forbundet med bruk av disse legemidlene. I tillegg til at det enkelte helsepersonell har et selvstendig ansvar, har virksomheten ansvar for å sikre at helsepersonellet som utfører helsetjenesten har nødvendig kompetanse.

For å sikre forsvarlig observasjon av pasienter som har fått store doser med respirasjonshemmende legemidler, er det viktig at virksomheten både har etablert skriftlige rutiner og en god, entydig praksis for observasjon/monitorering. Statens helsetilsyn legger til grunn at det ved denne type abstinensbehandling er god praksis med hyppig kontroll av respirasjonsfrekvens og SaO₂ for å redusere risikoen for at pasienten får en uoppdaget respirasjonsstans, med påfølgende risiko for død. Virksomheten må sikre forsvarlig observasjon gjennom hele døgnet. Vaktskifter er et typisk risikoområde, hvor det er risiko for at vesentlig informasjon om oppfølging kan glippe. Virksomheten må derfor sørge for at videreformidling av informasjon gjøres på en slik måte at det er klart for alle hva som skal gjøres for å forebygge svikt. Der risikoen vurderes som særlig stor, skal pasienten observeres kontinuerlig. Det er viktig å være oppmerksom på at respirasjonsstans som følge av overdosering kan komme snikende, ved at respirasjonsfrekvensen langsomt går ned inntil pasienten plutselig stopper å puste. Søvnfasen er en risikofylt fase for pasienter som behandles med respirasjonshemmende legemidler med lang halveringstid, fordi det da er størst fare for respirasjonsdepresjon. Snorking kan være et tegn på ufrie luftveier, og kan således være et faresignal.

Ved mistanke om forgiftning kan lyd- og smertestimuli forsøkes. Behandling med antidot i form av nalokson kan brukes ved nedsatt bevissthet og påvirket respirasjon (SaO₂ under 90 % og respirasjonsfrekvens under åtte per minutt) ved mistanke om at dette skyldes inntak av opioider. Ved mistanke om at forgiftningen skyldes inntak av benzodiazepiner, kan det gis motgift i form av flumazenil.

2.3.5 Overføring mellom sykehusavdelinger

Før en pasient skrives ut fra en avdeling til en annen, må det tas stilling til om pasienten er tilstrekkelig utredet/behandlet og om pasienten vil få forsvarlig behandling og oppfølging ved overflytting til en annen avdeling. I dette ligger både krav til at virksomheten sikrer at avdelingen pasienten flyttes til har tilstrekkelig og kompetent helsepersonell og at avdelingen har nødvendig utstyr for å følge opp behandlingen på en forsvarlig måte.

På overflyttingstidspunktet skal det foreligge et overføringsnotat eller en epikrise, som bør inneholde en klar plan for hvordan tiltakene som er iverksatt skal følges opp etter

overføringen. Det vil også være god praksis med muntlig kontakt mellom de aktuelle avdelingene før overføringen.

3 Organisering av virksomheten

■■■■ er et ■■■■ sykehus som har langsiktig driftsavtale med ■■■■. ■■■■ har bl.a. øyeblikkelig-hjelp-ansvar innen psykisk helsevern, for ■■■■.

Medisinsk klinikk og psykiatrisk klinikk (nivå to) er to av ■■■■ organisatoriske enheter/klinikker direkte under administrerende direktør ved ■■■■ (nivå en).

3.1 Psykiatrisk klinikk

Psykiatrisk klinikk ledes av en klinikkssjef, som har medisinskfaglig og administrativt ansvar i klinikken.

Psykiatrisk inntakspost (inntaksposten, nivå tre) er en av ■■■■ organisatoriske enheter under psykiatrisk klinikk. Posten har ■■■■ plasser. På dagtid er det ■■■■ ansatte på jobb, på kveldsskiftet ■■■■ ansatte og på natten ■■■■. Det er faste nattevakter. Inntaksposten ledes av en avdelingsleder som er sykepleier, med spesialutdannelse i psykiatri. Avdelingsleder deltar daglig på behandlingsmøter, av og til på morgenmøter, tar stikkprøvekontroller av sykepleierdokumentasjonen, sørger for fastvakt ved behov, og har ansvar for å følge opp avvik. Legestaben ledes av en avdelingsoverlege. Ansvar for medisinskfaglige prosedyrer ved inntaksposten er delegert til en av overlegene ved posten.

En sykepleier på hver vakt har ansvarsvakt. Den som er primærkontakt for pasienten på vekten, skriver rapporten, mens ansvarsvakten gir muntlig rapport til påtroppende team. Etter rapporten i vaktskiftet, leser den enkelte ansatte seg opp på informasjon om pasientene de har ansvar for.

3.2 Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk ledes av en klinikkssjef, som har det medisinskfaglige og administrative ansvaret i klinikken. Medisinsk akuttmottak og medisinsk observasjonspost er to av i alt ■■■■ enheter på nivå tre i medisinsk klinikk.

Medisinsk akuttmottak er bemannet med en fast overlege på dagtid. Overlegen har ansvaret for å gi råd og veiledning ved telefonhenvendelser fra eksterne eller interne henvendelser på dagtid tre av fire uker per måned. Overlegen har ansvar for den helsehjelpen pasientene mottar i avdelingen på dagtid, og beslutter hvor pasienten eventuelt skal videreføres.

Medisinsk observasjonspost er åpen fra ■■■■. En av overlegene har som hovedoppgave å følge opp pasientene ved posten.

3.3 Skriftlige rutiner og prosedyrer

Statens helsetilsyn ba ■■■■ oversende relevante styrende dokumenter, i tillegg til at vi spesifikt ba om sykehusets rutiner for abstinensbehandling. Vi har ikke mottatt skriftlige rutiner som beskriver hvordan samhandlingen mellom medisinsk klinikk og psykiatrisk klinikk skal foregå.

Sykehusets prosedyrer er lagt i et elektronisk verktøy, ■■■■. Ved endringer, eller innføring av nye prosedyrer, skal den ansatte kvittere for at det er lest. Ved tidspunktet for det

stedlige tilsynet var det, på grunn av omlegging til nytt prosedyreverktøy, noe usikkert om leder kunne følge med på om den enkelte ansatte hadde kvittert for at prosedyren var lest.

Vi har mottatt følgende skriftlige prosedyrer/rutiner:

- Prosedyre [REDACTED] - Seksjonskriterier; skal sikre at pasienter plasseres på riktig medisinsk seksjon etter opphold i akuttmottaket. Ifølge opplistede inklusjons- og eksklusjonskriterier, er pasienter med alkoholabstinens/delir en av åtte pasientkategorier som anbefales for observasjonsposten.
- Prosedyre [REDACTED] - Pasientforløp på Observasjonsposten. For pasienter med abstinensproblematikk inneholder prosedyren kun ett veiledende punkt som lyder: «vurdere om pasienten trenger ytterligere oppfølging, f.eks. RAM, DPS, og evt hvor raskt det må skje.»
- Prosedyre [REDACTED] klinikk for medisin. Det fremgår eksplisitt av denne prosedyren at den ikke gjelder abstinensdelir.
- Utskrift av kapitlet Agitert delir fra OUS sin «Metodebok for leger», som også gjelder ved Medisinsk klinikk, [REDACTED].
- Prosedyre [REDACTED] -Somatisk undersøkelse ved innleggelse; skal sikre god somatisk undersøkelse ved innleggelse og at evt. patologiske funn følges opp. Prosedyren beskriver hva en somatisk undersøkelse skal omfatte, og at følgende prøver skal rekvireres etter vurdering: promilletest og «Urinscreening av aktuelle legemidler og rusmidler ved mistanke om bruk av medikament- og/eller rusmidler.» Det står eksplisitt at urinprøve krever pasientens samtykke eller vedtak.
- Prosedyre [REDACTED] -Selvmordsforebygging-Oppfølging av pasienter i selvmordsfare ved sengeposter; skal sikre entydige begreper for observasjon- og beskyttelsestiltak og forhindre misforståelser mellom ulike profesjoner. Det er bl.a. beskrevet hvordan kontinuerlig- og intervallobservasjon skal foregå.
- Observasjonsskjema/Rating av abstinenssymptomer. Skjemaet inneholder rubrikker for nedtegnelse av objektive data for bl.a. respirasjonsfrekvens og oksygenmetning, i tillegg til rubrikker for beskrivelse av bl.a. svette, tremor og motorisk uro.
- Prosedyre [REDACTED] -Henvendelse vedr. psykiatrisk bistand-rutine for samhandling, skal sikre at de som henvender seg direkte til sykehuset og ber om psykiatrisk bistand får nødvendig helsehjelp.
- Prosedyre [REDACTED] -Akuttmedisinsk førstehjelp, der det fremgår hvordan man skal tilkalle medisinsk hjelp, at man skal iverksette nødvendig førstehjelp, hente utstyr, møte ambulans/øyeblikkelig hjelp teamet, skjerme andre pasienter, varsle vakthavende lege osv.

Vi mottok også Introduksjons- og opplæringsperm for leger i spesialisering ved psykiatrisk akuttavdeling, [REDACTED]. I tillegg til generell informasjon om vaktarbeid og prosedyrer på intranettet, inneholder opplæringspermen bl.a. nærmere beskrivelser av:

- Mottak av pasient: Om medikamentell behandling står det at det generelt skal være lav bruk av A- og B-preparater, men at det kan ordineres bl.a. ved:
 - etablert substitusjonsbehandling med opioider
 - abstinensbehandling hos heroinmisbrukere som ikke skal skrive seg ut; bruk fortrinnsvis Subutex/Subuxone
 - behandling av delir
 - sterk uro/utagering hos psykotisk pasient.
- Status presens-vurderinger: angir ni hovedområder som bør kommenteres, bl.a. psykomotorisk tempo, kontrollfunksjon og affektforstyrrelser.

- Tilsynsstatus psykiatrisk klinikk: Beskriver tre ulike tilsynsstatuser; to relatert til selvmordsfare og én til bruk av tvangsmidler. Videre står det at «Utover nevnte tilsyn skal tilsyn beskrives med hyppighet og årsak for enkelt pasient. Det spesifiseres for dag/aften og natt.»
- Selvmordsrisikovurdering: Det fremgår bl.a. at «Fastvakt pga. somatisk tilstand, som f.eks. at pasienten har sterkt nedsatt respirasjon, er en annen problemstilling, og da har man en lavere terskel for initiering av fastvakt.»

3.4 Gjeldende praksis

Under dette punktet redegjør vi for informasjon om gjeldende praksis for håndtering av en pasient som i aktuelle hendelse, ved de to involverte avdelingene. Opplysningene er mottatt i samtaler med helsepersonell som var involvert i hendelsen og ledelsen ved [REDACTED].

3.4.1 Sykehusets praksis for observasjon og behandling av pasienter med abstinens, eller og pasienter som står i fare for å utvikle abstinens

Statens helsetilsyn fikk opplyst at erfaringen var at pasienter som var innlagt for avrusning og abstinens sjeldent hadde behov for overflytting til medisinsk klinikk, og at denne gruppen pasienter som regel ble håndtert ved psykiatrisk klinikk. Unntaket fra dette var situasjoner hvor det var nødvendig med intravenøs legemiddelbehandling som abstinensbehandling.

Legene ved medisinsk klinikk forholdt seg generelt til prosedyrer i OUS sin «Metodebok for leger», som ifølge ledelsen ved [REDACTED] angir gjeldende praksis ved [REDACTED]. Det var en omforent oppfatning ved medisinsk klinikk at psykiatrisk klinikk hadde erfaring med abstinensbehandling. En hadde tillit til at legene ved psykiatrisk inntakspost gjorde egne vurderinger av hvilke behov pasientene hadde for monitorering ved abstinensbehandling. Det kom imidlertid frem at ansatte ved medisinsk klinikk ikke hadde kunnskap om hvordan pasienter med abstinens kunne monitoreres med hensyn til respirasjon og sirkulasjon ved psykiatrisk inntakspost, eller hvordan monitoreringen ble fulgt opp ved psykiatrisk inntakspost.

Psykiatrisk inntakspost mottar jevnlig pasienter som er rusmiddelpåvirket ved innleggelsen, og vanlig praksis er da å sikre søvn for pasienten. Ved inntaksposten har en fokus på å forebygge abstinens og delir, og bruker skjemaet «Observasjonsskjema/Rating av abstinenssymptomer». Skjema ligger i kardex, og angir hvilke parametre som skal måles. Det ble imidlertid opplyst at det ikke er noen instruks for når skjema skal tas i bruk. Det er ikke standard at alle pasienter med abstinens skal ha «delirscore», og det vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Hvis pasientens skår er høy, skal lege kontaktes. Det er imidlertid ikke beskrevet gjeldende rutiner hva som skal anses som høy skår.

Gjeldende praksis er at det er lege som beslutter hva slags tilsyn/observasjon pasienten skal ha for pasienter som gis abstinensbehandling med respirasjonshemmende legemidler på psykiatrisk inntakspost. Legens beslutning dokumenteres i pasientens behandlingsplan og på en tavle på vaktrommet, og videreformidles dessuten muntlig til pleiepersonell under rapporten. Vi fikk opplyst at forsterket tilsyn som oftest benyttes i avdelingen for pasienter med selvskading- og selvmordsfare.

Praksis ved psykiatrisk inntakspost, for observasjon/tilsyn av pasienter, er at pleiepersonellet har døren til pasientrommet på gløtt for å kunne stå i døren og høre at pasienten puster, eller observere pasienten gjennom vinduet i døren. Begrunnelsen for gjeldende praksis er at en

ønsker å unngå å uroe eller vekke pasientene. Dette ut fra gjeldende oppfatning om at behovet for ro og søvn prioriteres for denne typen pasienter.

3.4.2 Samhandling

Det rådet en felles oppfatning ved de to klinikkene om at samarbeidsklima mellom klinikkene var godt, og videre at terskelen for å søke råd hos hverandre var lav. Ved behov for psykiatrisk eller medisinsk tilsyn, fikk de dette i løpet av kort tid. For tilfeller som hastet, kunne de ansatte ringe til vakthavende på den andre klinikken i tillegg til den skriftlig forespørselen i pasientjournalen.

3.4.3 Kompetanse og organisatoriske forhold

Det foreligger opplæringsplan, der virksomheten har definert ulike kurs som alle nyansatte skal gjennomføre. På psykiatrisk inntakspost gjennomgår alle nyansatte kurs for samhandling; hvordan de skal kommunisere, skape trygghet og forholde seg til fysiske angrep og agitasjon. Dette er obligatorisk, skjer i regi av klinikken og samhandlingskurset gjennomføres som simuleringskurs. Noe av den øvrige opplæringen skjer gjennom et e-læringskurs.

Legene ved medisinsk klinikk har flere møtepunkter, der de regelmessig kan diskutere pasienter eller få faglig påfyll. For psykiatrisk klinikk, fremgår det av opplæringspermen for LISene at det arrangeres ukentlig faglunsj for behandlere, og at LISene en dag i uken har obligatorisk internundervisning. Det er felles undervisning hver fredag for sykehusets ansatte. Ut over dette, har vi ikke mottatt opplysninger om fora der medisinsk og psykiatrisk klinikk kan diskutere tverrfaglig oppfølging av pasienter med abstinensstilstander.

4 Pasientbehandlingen/hendelsen

Under dette punktet gjennomgår vi den informasjon vi har om behandlingen og oppfølgingen som ble gitt pasienten. Opplysningene i det følgende er en sammenstilling av informasjon fra foreliggende skriftlig dokumentasjon, og da spesielt opplysninger i pasientjournalen, og opplysninger fra våre samtaler med involvert helsepersonell. Vi gjør oppmerksom på at vi vil presentere hovedtrekkene, og det som anses særlig relevant. Vi viser i tillegg til vedlegg til rapporten der ytterligere opplysninger om pasientbehandlingen fremkommer.

4.1 Bakgrunn for innleggelsen

Pasienten var [redacted] ble [redacted] innbrakt av [redacted] legevakt. Dette fordi [redacted] hadde vært [redacted] hadde [redacted] og med å [redacted]

Pasienten selv ga uttrykk for at [redacted] ønsket seg overført til rusakuttmottak (RAM), for å få Subutex (buprenorfin). RAM ville imidlertid, på grunn av [redacted] ikke ta imot pasienten. Pasienten ble derfor søkt innlagt på [redacted] til tvungen observasjon etter psykisk helsevernloven § 3-2. Av henvisningen fra legevakten fremgår det at pasienten selv [redacted] [redacted] ble vurdert som [redacted], og det ble [redacted] i [redacted] på legevakten.

4.2 Innleggelsen på psykiatrisk inntakspost

Pasienten kom til psykiatrisk inntakspost ifølge med [redacted] ca. kl. [redacted]. [redacted] samarbeidet ikke ved innleggelsen, hverken i mottakssamtalen eller til somatisk undersøkelse. Pasienten ønsket [redacted] og [redacted] ble [redacted] og [redacted] Under det stedlige tilsynet fikk Statens helsetilsyn

opplyst at [redacted] siden pasienten ikke samarbeidet, og fordi det ble vurdert at slik [redacted] ikke kunne gi betydningsfull tilleggsinformasjon.

Det ble utført [redacted]. På grunn av pasientens [redacted] ble det ordinert intervalltilsyn hvert 15. minutt (15:15). Det ble ordinert 10 mg Zyprexa (olanzapin), 10 mg Valium (diazepam) og 30 mg Vallergan (alimemazin).

4.3 Behandlingen ved første opphold på psykiatrisk inntakspost

Pasienten var [redacted], og det ble blant annet fattet hastevedtak om tvangsmiddel i form av kortvarig fastholding, jf. psykisk helsevernloven § 4-8. Pasienten ble behandlet med legemidler og sovnet. Av sykepleiejournalen fremgår det at pasienten hadde dyp og jevn respirasjon ved tilsyn.

Ifølge medisinkurven fikk pasienten følgende legemidler i løpet av dette oppholdet på psykiatrisk inntakspost:

Sted	Dato	Klokkeslett	Medikament	Dose/adm.form
Psyk. Klin.	[redacted]	Kl. [redacted]	Valium tbl.	10 mg p.o.
Psyk. Klin.	[redacted]	Kl. [redacted]	Vallergan mix.	30 mg p.o.
Psyk. Klin.	[redacted]	Kl. [redacted]	Zyprexa tbl.	10 mg p.o.
Psyk. Klin.	[redacted]	Kl. [redacted]	Sobril tbl.	15 mg p.o.
Psyk. Klin.	[redacted]	Kl. [redacted]	Zyprexa velo.	5 mg p.o.
Psyk. Klin.	[redacted]	Kl. [redacted]	Stesolid inj.	10 mg i.m.

Overlege 1 har journalført at hun snakket med pasientens [redacted] og at [redacted] bla fikk opplys fra at pasienten tidligere hadde klart å være [redacted]. Videre at pasienten hadde hatt episoder med [redacted].

I og med at pasienten var så preget av abstinenser, [redacted] kastet opp kontinuerlig, skalv og hadde puls på 145/min med blodtrykk på 158/78 mmHg, vurderte overlege 1 at pasienten hadde behov for intravenøs abstinensbehandling. Da inntaksposten ikke kunne gi tilstrekkelig behandling og monitorering slik pasienten fremsto, ble det besluttet at [redacted] midlertidig skulle overflyttes til medisinsk avdeling. Pasienten hadde med fastvakt fra psykiatrisk inntakspost som skulle observere eventuelle psykiatriske symptomer.

4.4 Innleggelse og behandling gitt på medisinsk avdeling [redacted]

Pasienten ble tatt imot i akuttmottaket på medisinsk avdeling kl. [redacted] av sykepleier og konstituert overlege (heretter kalt overlege 2). Innleggelsesdiagnose ble i inntakstjournal oppgitt til «Abstinensbehandling» og under stimulantia står det «Blandingsmisbruk».

Ifølge medisinkurven fikk pasienten følgende legemidler i løpet av oppholdet på medisinsk avdeling:

Sted	Dato	Klokkeslett	Medikament	Dose/adm.form
Med. Klin. Mottak	[redacted]	Kl. [redacted]	Stesolid inj.	20 mg iv
Med. Klin. Mottak	[redacted]	Kl. [redacted]	Stesolid inj.	20 mg iv
Med. Klin. Mottak	[redacted]	Kl. [redacted]	Metadon mix	20 mg po

Med. Klin. Mottak		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Mottak		Kl.		Afipran inj.	20 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	20 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Metadon mix	20 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Vallergan tbl.	30 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	20 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Imovane tbl.	7,5 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Zyprexa tbl.	10 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	20 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Metadon mix	20 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	10 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	20 mg iv
Med. Klin. Obs.		Kl.		Vival tbl.	20 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Vallergan tbl.	20 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Metadon mix	20 mg po
Med. Klin. Obs.		Kl.		Stesolid inj.	25 mg iv

Journalen inneholder ikke vurderinger omkring legemiddelvalg og dosering, men under det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at ordinasjon av legemidler ble gjort på bakgrunn av mistanke om at pasienten hadde [REDACTED]. Videre at ordinasjoner ble gjort i samsvar med anbefaling i prosedyren «Lommerus – en guide for helsepersonell til behandling av rusmedisinske problemstillinger» fra Haukeland universitetssjukehus (heretter omtalt som «Lommerus»).

Overlege 2 har i inntakstjournalen beskrevet at pasienten hadde [REDACTED] etter at [REDACTED] hadde fått 20 mg metadon, og overlegen vurderte at pasienten kunne fortsette med metadon og Valium så lenge respirasjonen var adekvat. Det ble vurdert som viktig at pasienten fikk sove, og [REDACTED] ble derfor satt opp på «liberale doser med Vallergan og Imovane til natten».

Når det gjelder oppfølging av behandlingen, ble fastvakten fra psykiatrisk inntakspost instruert i å følge spesielt med på oksygenmetningen. Denne skulle monitoreres kontinuerlig, og skulle ligge over 90 %. I tilfelle oksygenmetningen falt under 90 %, skulle lege kontaktes for vurdering av antidot. Hvis pasienten ble påfallende urolig, fikk økende rask puls, blodtrykk eller fremstod som abstinent, skulle det videre vurderes om [REDACTED] skulle legges ned på overvåkingen for sedasjon med Dexdor.

På [REDACTED] ble pasienten flyttet fra akuttmottaket til medisinsk observasjonspost. I sykepleiejournalen er det notert at pasienten fortsatt var svært abstinent og at [REDACTED] klaget mye over smerter. Fra kveldsvakten ble det journalført at pasienten hadde fått 30 mg Stesolid og at [REDACTED] sovnet til og fra. Pasienten hadde ligget mellom 88-93 % i oksygenmetning.

Sykepleieren som satt fastvakt på observasjonsposten under første del av dagvakten, har journalført at pasienten kun sov i korte perioder, at ■■■ fremsto abstinent, hadde tidvis mye motorisk uro og ga uttrykk for mye fysisk ubehag og redsel. Neste fastvakt beskrev pasienten som hektisk, forvirret og angstpåvirket, og at ■■■ gjentatte ganger sa at ■■■ følte ■■■ skulle dø av hjerteinfarkt.

Det ble avholdt et møte mellom LIS 1, vakthavende overlege på medisinsk avdeling (overlege 3) og turnuslege. Både av journal og samtaler vi hadde med involvert personell fremgår det at det i møtet ble gitt uttrykk for at pasienten kun var på medisinsk avdeling for abstinensbehandling, og at ■■■ ellers var medisinsk avklart. Legene planla overføring av pasienten til psykiatrisk inntakspost for videre abstinensbehandling og nedtrapping av denne.

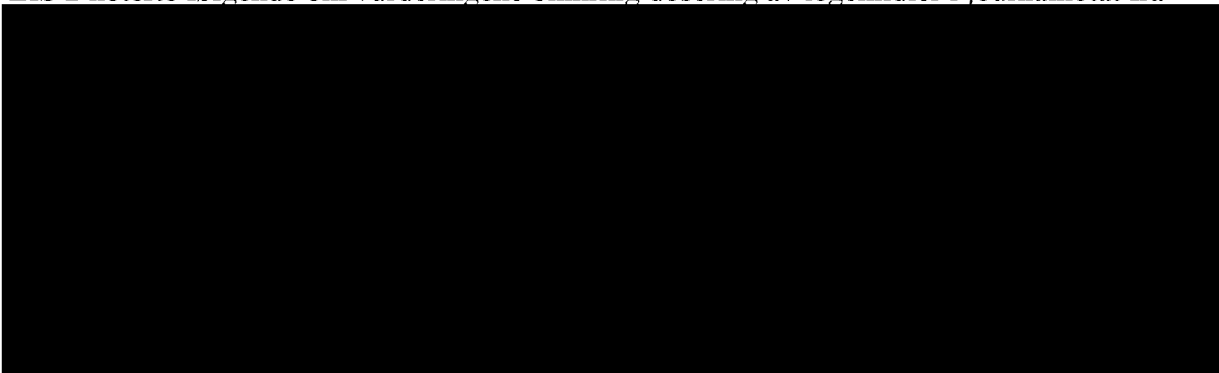
4.5 Andre opphold på psykiatrisk inntakspost ■■■■■

Før pasienten ble tilbakeført til inntaksposten kl. ■■■■■, ble behandlingen av ■■■ diskutert på legenes vaktmøte, hvor også sykepleier med ansvarsvakt på kveld deltok. Det ble diskutert at pasienten hadde fått metadon og store doser benzodiazepiner på medisinsk avdeling. Dette på grunn av betydelig uro og abstinens. I samtalene ved det stedlige tilsynet kom det frem at en ikke var bekymret for pasienten på forhånd, og at dette skyldtes at legene ved medisinsk avdeling hadde vært tydelige på at pasienten var medisinsk avklart ved overføringen til psykiatrisk inntakspost.

Ifølge medisinkurven fikk pasienten følgende legemidler under siste opphold på psykiatrisk inntakspost:

Sted	Dato	Klokkeslett	Medikament	Dose/adm.form
Psyk. Klin.	■■■■■	■■■■■	Metadon mix	20 mg po
Psyk. Klin.	■■■■■	■■■■■	Valium tbl.	10 mg po
Psyk. Klin.	■■■■■	■■■■■	Valium tbl.	10 mg po
Psyk. Klin.	■■■■■	■■■■■	Zyprexa tbl.	20 mg po
Psyk. Klin.	■■■■■	■■■■■	Valium tbl.	10 mg po
Psyk. Klin.	■■■■■	■■■■■	Vallergan mix	50 mg po

LIS 2 noterte følgende om vurderingene omkring dosering av legemidler i journalnotat fra



I ■■■-tiden ble pasienten grålig og gusten i ansiktet. Sykepleier 1 målte blodtrykk til 138/90 mmHg, puls 90/min og temperatur 38 °C. Sykepleier 1 vurderte at pasientens reaksjon skyldtes angst.

Når det gjelder puls, blodtrykk, oksygenmetning, respirasjonsfrekvens og temperatur, fremgår det dels av sykepleiejournalen og dels av nevnte observasjonsskjema, at disse var:

Klokkeslett	Puls	Blodtrykk	SaO2	Respirasjonsfrekvens	Temperatur
	89/min	Ikke angitt	95%	14	Ikke angitt
	116/min	Ikke angitt	92%	13	Ikke angitt
	90/min	138/90	92%	13	38 °C

En av nattevaktene (sykepleier 3) har i journalnotatet fra [redacted] beskrevet at pasienten våknet [redacted] og fremsto som svært stresset. [redacted] fikk låne telefon for å ringe [redacted] [redacted] fikk 50 mg Vallergan og 10 mg Valium kl. [redacted]. Det er deretter journalført at pasienten tilsynelatende sov fra [redacted].

Statens helsetilsyn fikk opplyst at de [redacted] som var på nattevakt byttet på å føre tilsyn med pasienten gjennom natten. Lyset på pasientens rom var skrudd av, og nattevaktene lot døren til pasientrommet stå på gløtt, slik at de lettere kunne observere [redacted]. De hørte jevn snoring store deler av natten, og tok det som et godt tegn, siden pasienten ikke hadde fått sove de foregående nettene. Ved tilsyn før vaktskiftet om morgenen, snorket ikke pasienten, men [redacted] hadde jevn respirasjon. Nattevaktene ville ikke vekke pasienten, og gikk derfor ikke inn på rommet. Ingen av nattevaktene oppfattet noe unormalt.

Ved vaktskiftet [redacted] [redacted], fikk påtroppende sykepleier 2 rapport om at alt hadde gått greit på nattevakten. I tråd med vanlig praksis gikk sykepleier 2 og så til pasienten etter rapporten. Sykepleier 2 har i journalen beskrevet at [redacted] gikk til pasientens rom, stakk hodet inn døren og hørte at pasienten pustet. [redacted] gikk sykepleier 2 tilbake til pasientens rom for nytt tilsyn. Han oppdaget da at pasienten ikke pustet og ikke ga kontakt, heller ikke på stimulering. Da sykepleier 2 undersøkte pasienten, fant han ingen puls og utløste stansalarmen. Stansteamet kom raskt til, men til tross for forsøk på gjenoppliving i 35 minutter, sto ikke pasientens liv til å redde.

5 Avdelingens interne gjennomgang av hendelsen/iverksatte tiltak

Hendelsen ble varslet til Statens helsetilsyn i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, både fra psykiatrisk og medisinsk klinikk. Videre ble hendelsen meldt i det interne avvikssystemet ved psykiatrisk klinikk.

Statens helsetilsyn fikk under det stedlige tilsynet opplyst at det ble holdt debriefing for involvert helsepersonell [redacted] [redacted]. Hendelsen og tilbakemeldingen fra Statens helsetilsyn er tatt opp og diskutert i flere interne fora. Det er avholdt møte med aktuelle overleger, klinikkssjef, fagdirektør og avdelingsoverlegene i de to klinikkene. Det har vært oppfølging av aktuelle medarbeidere også etter det stedlige tilsynet fra Statens helsetilsyn. Involverte medarbeidere i de to klinikkene har fått den foreløpige rapporten til gjennomsyn med anledning til å kommentere denne. Videre har rapporten vært diskutert i de to klinikkens interne klagesaksutvalg. Ledergruppene i begge klinikkene ble informert om saken og om tilbakemeldingene. Saken ble også diskutert i begge legegruppene. Det angis i [redacted] sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten at det er aktuelt med ny gjennomgang av saken i kommende ledermøter i de to klinikkene, og også i [redacted] sentrale KPU (Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg).

I sin tilbakemelding til vår foreløpige rapport, har ikke [redacted] oversendt resultatet av den systematiske gjennomgangen etter hendelsen, som vi har etterspurt. [redacted] påpeker imidlertid at man tar det svært alvorlig at pasienter dør slik som i dette tilfellet. [redacted] er derfor opptatt av å benytte erfaringene til å forbedre sine rutiner slik at risikoen for lignende hendelser kan reduseres. Den foreløpige rapporten nødvendiggjorde interne diskusjoner knyttet til [redacted] sine rutiner for samlet oppfølging (somatikk/indremedisin og psykisk helse) av pasienter, og særlig i krevende akuttmedisinske situasjoner.

Om hendelsen ble det påpekt at opplysningen om at pasienten hadde et [redacted] [redacted] ble angitt både muntlig og skriftlig ved overflyttingen av pasienten. Videre at pasienten selv bekreftet [redacted] [redacted] De viser til at pasienten ikke samarbeidet om somatisk undersøkelse ved innleggelsen.

Når det gjelder [redacted] som var aktuelt, ville en slik analyse gitt informasjon om [redacted] Men [redacted] påpeker at en slik [redacted] ikke vil sagt noe om [redacted] En slik analyse ville heller ikke si noe om pasienten var [redacted]

Obduksjonsrapporten viste at pasienten hadde [redacted]

Dersom LDS hadde [redacted]

Det må vektlegges at pasienten var innlagt i sykehus med alvorlig psykisk sykdom, komplisert med en alvorlig somatisk tilstand, med et sammensatt abstinensbilde som ikke responderte på standardregime. [redacted] er derfor ikke enig med Statens helsetilsyn i at det ikke var indikasjon for oppstart av behandlingen med metadon, da det ikke forelå opplysninger om alvorlig somatisk sykdom. Metadon ble gitt som substitusjonsbehandling, ikke i [redacted]

[redacted] fastholder i sin skriftlige tilbakemelding at pasienten hadde kliniske symptomer som samsvarte med opiatabstinenser; angst, oppkast, rastløshet, takykardi og hypertensjon, og opplysningene samsvarte med det pasienten selv konsistent anga. Pasienten var klar på at [redacted] ønsket metadonsubstitusjon. [redacted] erkjenner at det er klar diskrepans mellom pasientens selvrapporterte rusmiddelmissbruk og [redacted] forståelse av dette. Som en samtykkekompetent pasient mener [redacted] det først og fremst er pasienten man skal kommunisere med, og [redacted] mener at de måtte basere behandlingen på [redacted] selvoppgitte rusmiddelanamnese. På den annen side ser [redacted] at de burde fått flere opplysninger fra [redacted]

Behandlingen med metadon ble besluttet med klar føring om å administrere antidot (naloksone) ved tegn til respirasjonspåvirkning eller andre tegn på overdosering og under kontinuerlig overvåking. Det anføres at pasienten hadde god klinisk respons på behandlingen, blant annet at [redacted] beholdt en stabil oksygenmetning på 95-96 %. Ved overflytting av pasienten tilbake til klinikk for psykisk helsevern, var det ingen forhold som skulle indikere endringer i behandlingen som allerede var etablert med medisinsk klinikk. [redacted] erkjenner imidlertid at det kunne ha vært klarere føringer i overføringsnotatet (den

medisinske epikrisen), men det understrekes at det ble avholdt møte mellom de to avdelingene, der behandlingen og overvåkingen ble diskutert.

For overvåkingen var det gitt nærmere beskrivelse av vakthavende lege; bl.a. respirasjonstilling, O₂-metningsmåling ved søvn og tiltak ved endringer i respirasjonsfrekvens. Videre finnes prosedyre for respirasjonsovervåking i sykepleierprosedyreverktøyet VAR.

Når det gjelder valg av veileder, ble Lommerus benyttet, da denne oppfattes som mer omfattende og utfyllende [redacted] Lommerus er nå innført som gjeldende veileder ved [redacted] og ligger i deres prosedyreverk (eHåndboka). Fra denne er også vurderingsverktøyene OOWS og CIWA lagt inn i «Behandlingsforløp» for pasienter innlagt ved klinikk for psykisk helsevern. Abstinensskåreskjema som klinikken tidligere har brukt, er fjernet.

Diagnosekoden som ble satt [redacted] er ikke dekkende for å beskrive det pasienten var innlagt med eller den behandlingen [redacted] fikk. [redacted] mener likevel at denne feilkodingen ikke hadde konsekvenser for den behandlingen [redacted] fikk.

Når det gjelder tiltak som er iverksatt etter hendelsen skal det heretter alltid konfereres mellom medisinsk overlege og vakthavende lege, eventuelt overlege, spesialist i psykiatri, ved overføring av pasienter. Dette vil bli nedfelt i en fellesprosedyre for sykehuset, som forventes ferdigstilt i [redacted]. Videre iverksetter [redacted] fra [redacted] et felles forum for de to klinikkene for å diskutere tverrfaglig oppfølging av pasienter med abstinensstilstander i de to klinikkens faste, felles avdelingsoverlegemøte. Det etableres også felles internundervisning for legene i medisinsk klinikk og klinikk for psykisk helsevern en til to ganger i året, om relevante felles emner. Første gang slik fellesundervisning ble gjennomført var [redacted] med tema «Somatisk akuttpsykiatri». De to klinikkene vil benytte hverandres medarbeidere for klinikkintern undervisning i relevante kliniske problemstillinger og temaer en til to ganger i året.

[redacted] minner nå alle sykepleiere ved klinikk for psykisk helsevern om å bruke VAR ved somatiske problemstillinger. Dessuten legges det inn en utvidet prosedyre for respirasjonsovervåking ved klinikk for psykisk helsevern i «veiledende behandlingsplan», som tar hensyn til de begrensninger og forutsetninger klinikken har (ingen skop-muligheter, ingen mulighet for fastvakt som foretar kontinuerlig observasjon, ingen O₂-uttak). Det etableres nå en ny forordning «Vurdere behov for utvidet respirasjonstilling» med lenke til den aktuelle VAR-prosedyren. Opplæringspermen for LIS i psykisk helsevern oppdateres i tråd med dette, før nye LIS-leger starter i [redacted].

Innholdet i aktuelle veiledende behandlingsplan er:

«Tiltak: Respirasjonstilling hver 15 min ved søvn.

Forordning: -Sørg for at du ser brystkassen heve og senke seg tydelig.

Observer om pasienten bruker hjelpemuskler for å puste, om respirasjonen er dyp eller overfladisk og hvordan respirasjonsmønsteret er.

- Observer hudfarge; normal/cyanotisk?

Se VAR prosedyre respirasjonstilling — (link til denne er inkludert i Behandlingsplanen)

- Dokumenter i rapport

Kontakt vakthavende lege hvis SaO₂ er under 94 og resp. frekvens er under 10.»

Praksis er å måle alkoholpromille i ekspirasjonstest hos berusede pasienter, selv om det allerede er gjort på legevakten. Hvis dette ikke er gjennomførbart, for eksempel fordi pasienten ikke samarbeider, skal dette dokumenteres.

Vedrørende skåringsverktøyene OOWS og CIWA så er det gitt skriftlig og muntlig informasjon til legegruppen ved medisinsk klinikk om at disse skal benyttes. Det er ellers planlagt internundervisning om bruken av skåringsverktøyene i regi av RAM ved [REDACTED] sykehus. For å følge opp bruken av OOWS og CIWA har medisinsk avdeling besluttet å gjøre granskning av journaler over en periode [REDACTED]. For å kunne gjøre dette er det ønskelig at den overordnede prosedyren, «[REDACTED] - Guide for behandling av rusmedisinske problemstillinger — LOMMERUS» spesifiserer at skjemaene fylles ut og skannes inn i DIPS.

6 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til pårørende

Avdelingsleder på psykiatrisk inntakspost ringte og informerte pasientens [REDACTED] om dødsfallet i [REDACTED]. Pasientens [REDACTED] takket ja til [REDACTED] og var også på møte på psykiatrisk inntakspost samme [REDACTED]. Videre var pårørende på et møte med personell fra psykiatrisk klinikk [REDACTED]. Pårørende fikk beskjed om at de kunne ta kontakt ved behov.

Det ble videre avholdt møte med pårørende [REDACTED] i regi av klinikk for psykisk helsevern, der medisinsk klinikk også var representert.

7 Opplysninger fra pårørende til Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn hadde møte med pasientens [REDACTED]. [REDACTED] hadde hatt [REDACTED] kontakt med [REDACTED] på telefon mens [REDACTED] var innlagt på [REDACTED]. [REDACTED] ga i møtet uttrykk for at [REDACTED] ønsket å finne ut hva som hadde skjedd i forbindelse med behandlingen/oppfølgingen av pasienten ved [REDACTED], og uttrykte i den sammenheng ønske om samtale med personell fra medisinsk klinikk. Dette ønsket ble videreformidlet til vår kontaktperson ved [REDACTED].

[REDACTED] mener [REDACTED] manglet både styring og rutiner. [REDACTED] håper at noe godt kan komme ut av denne hendelsen, ved at dette ordnes opp i og at lignende hendelser ikke skjer igjen. [REDACTED] etterlyser at [REDACTED] tar ansvar for hendelsen, og erkjenner de feil som har skjedd i forbindelse med behandlingen/oppfølgingen.

Pasienten hadde bodd hos [REDACTED], og hadde ifølge [REDACTED] ikke [REDACTED].

[REDACTED] opplyste at [REDACTED] hovedsakelig hadde hatt problemer knyttet til [REDACTED]. [REDACTED] var kjent med at pasienten ved noen anledninger [REDACTED], men [REDACTED] hadde ikke et [REDACTED]. [REDACTED] fastholdt dette i sin tilbakemelding til foreløpig rapport. [REDACTED] opplyste at pasientens [REDACTED] hadde vært [REDACTED] og da som en måte å hankses med [REDACTED]. Det er således feil når [REDACTED] skriver at pasienten hadde [REDACTED]. Det er også feil når det skrives at pasienten hadde [REDACTED]. [REDACTED] Pasienten tok i tillegg [REDACTED]. Dette ikke i [REDACTED] men som noe [REDACTED] var tilvent etter mange års bruk. [REDACTED] ble rekvirert pasienten av fastlegen.

███ hadde tett kontakt med ███ i det daglige og opplevde ███ som åpen om ███ mener derfor ███ hadde god oversikt over pasientens ███ ble kontaktet av en overlege ved ███, slik at ███ fikk gitt noe informasjon om pasienten. Imidlertid var forholdene ved innleggelsen kaotisk. ███ tror utfallet av saken kunne vært annerledes dersom ███ hadde blitt spurt om bakgrunnsinformasjon og ███ har oppfattet at pasienten kunne si at ███ abstinensbehandling.

███ har videre påpekt at pasienten selv, etter tidligere innleggelse ved medisinsk avdeling, hadde uttalt at de hadde liten kompetanse på behandling av «slike som ███. ███ mener ███ i sin skriftlige tilbakemelding til foreløpig rapport underkjenner pårørende som en kilde til informasjon, og i beste fall ser på de pårørende som naive og godtroende. Dette synes ███ at er både trist og potensielt farlig for eventuelle fremtidige pasienter. ███ stiller spørsmål ved ███ sin begrunnelse og indikasjonen for behandlingen av ███ med Metadon, og ███ lurte på om ███ tok med informasjon fra journaler fra tidligere innleggelse i sine vurderinger. Her ville det fremgått at ███

Videre påpeker ███ etter planen skulle ███ ███ forstår derfor ikke hva ███ refererer til når de skriver at de hadde en plan med nedtrapping og avslutning av metadon før utskrivning. ███ viser ellers til at ███ skriver generaliserende om at ███ mens ███ poengterer at ███ var en ███ I tillegg var ███ preget av situasjonen med abstinensproblematikk de aktuelle dagene. ███ opplevde det som om pasienten ikke ███ Videre viser ███ til at ███ sin behandling og oppfølging er begrunnet kun ut fra et øyeblikksbilde, mens ███ som pårørende har ███ pasienten i ███ ville derfor både kunnet gi nyttig informasjon om pasientens helse ███

8 Rettsmedisinsk undersøkelse

Dødsfallet ble meldt til politiet som unaturlig dødsfall etter helsepersonelloven § 36. Politiet rekvirerte rettsmedisinsk undersøkelse.

Den rettsstoksikologiske undersøkelsen påviste metadonkonsentrasjon i størrelsesorden som kan være forenlig med bruk av stoffet som substitusjon ved opioidavhengighet, men som hos ikke-tilvente brukere kan medføre forgiftningsreaksjon. Konsentrasjonen av diazepam i pasientens blod var i øvre område av det man vanligvis ser ved medisinsk bruk.

Konsentrasjonen av alimemazin (virkestoffet i Vallergan), citalopram (virkestoffet i Cipralax, Cipramil m.fl.) og olanzapin (virkestoffet i Zyprexa) ble funnet i konsentrasjoner svarende til medisinsk bruk. I urin ble det påvist ███

███ I tillegg ble det funnet konsentrasjon av ███ i et område som kan sees ███

Ifølge den endelige rettsmedisinske rapporten er det bemerket at en ikke kan peke på en entydig årsak til pasientens død, men det konkluderes likevel med at dødsfallet trolig skyldes den samlede effekten av de påviste stoffene.

9 Sakkyndige vurderinger

Som ledd i vurderingen av tilsynssaken har Statens helsetilsyn innhentet sakkyndiguttalelser fra spesialist i anesthesiologi, overlege, professor dr. med Johan Ræder ved avdeling for anesthesiologi, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål og spesialist samfunnsmedisin og i rus- og avhengighetsmedisin, dr. med., Ola Jøsendal, kommuneoverlege i Bergen kommune. De sakkyndiges vurderinger følger vedlagt rapporten, og det vises til disse i sin helhet.

De sakkyndige støtter begge Statens helsetilsyn vurdering av at det foreligger svikt i organiseringen av helsetjenesten ut fra de opplysninger som foreligger om behandlingen av pasienten, og peker blant annet på at det manglet omforent praksis og skriftlige føringer for håndteringen av pasienten. Begge de sakkyndige gir uttrykk for at overvåkingen av pasienten fremstår som et alvorlig avvik fra god medisinsk praksis. Dette med bakgrunn i den kombinasjon av legemidler som pasienten ble gitt, og i de doser som ble gitt. Det var i pasientens tilfelle ikke tilstrekkelig å bare telle pustefrekvens. Pasienten burde vært overvåket med større intensitet i noe lenger tid enn det som fant sted.

Ræder viser til de høye dosene med metadon og diazepam som pasienten fikk de siste tjuefire timene før dødsfallet, som var en kontinuering av tilsvarende doser døgnet før, og mener at en må anta at pasienten hadde nådd en stabil høy konsentrasjon i blodet som ikke kunne forventes å falle vesentlig utover natten. Ræder påpeker at observasjon av snorkelyder, sier lite om mengden luft ved hvert åndedrag. Snorking er i prinsippet et symptom på at luftstrømmen møter motstand som gir turbulens, og kan være et symptom på at luftveien er delvis ufri.

Til spørsmålet om psykiatrisk avdeling kan anses som en egnet avdeling med tanke på monitorering av en pasient som dette, uttaler Ræder at det avgjørende ikke er tilhørighet av rommet pasienten ligger på, men rutiner på avdelingen og kompetanse til personellet knyttet til dette rommet. I de fleste tilfellene vil imidlertid ikke en psykiatrisk avdeling ha personell med kompetanse og erfaring i håndtering av pusteproblemer, slik at en dedikert overvåkningsavdeling vil være mer egnet for observasjon av pasient som får denne type behandling med respirasjonshemmende legemidler. Ræder påpeker også at ordinære somatiske sengeposter vanligvis ikke vil være tilstrekkelig gode alternativ, fordi disse oftest er for lavt bemannet på nattetid.

Jøsendal vurderer det slik at legemidlene som ble gitt pasienten utgjorde adekvat bruk, men legger til grunn at innhenting av komparentopplysninger fra [REDACTED], kunne medført at beslutningen om å starte behandling med metadon hadde blitt utsatt eller endret. Etter Jøsendals vurdering burde undersøkelser som CIWA-skåring, observasjon og telling av pustefrekvens samt monitorering av perifer oksygenmetning ha blitt benyttet minst et døgn lenger for pasienten, altså etter tilbakeføring til psykiatrisk klinikk.

10 Hendelses- og årsaksanalyse

Statens helsetilsyn mener at [REDACTED] manglet overordnede føringer for hvordan rusmiddelpåvirkede pasienter som står i fare for å utvikle abstinens skal diagnostiseres ved innkomst, og behandles og observeres i det videre forløpet. Dette medførte at pasienten fikk store doser respirasjonshemmende legemidler, uten at dette ble fulgt opp med nødvendig overvåking. Årsaken til at pasienten ikke ble tilstrekkelig fulgt opp i samsvar med den behandlingen som ble gitt, er etter vår oppfatning at psykiatrisk inntakspost ikke hadde rutiner for observasjon av denne type pasienter.

Hemming av pusten er en kjent risiko ved bruk av opioider og beroligende legemidler. ■■■ hadde imidlertid ikke sikret forsvarlig praksis for hvordan pasienten skulle observeres sett hen til type legemidler og den dosering ■■■ ble gitt. Det manglet både omforent praksis og skriftlige føringer. Det var heller ingen overordnede føringer for hvordan medisinsk og psykiatrisk klinikk skulle samhandle om denne pasientgruppen, eller føringer for i hvilke situasjoner pasienter med abstinensbehandling skulle behandles og overvåkes ved medisinsk klinikk.

Verken medisinsk avdeling eller psykiatrisk inntakspost hadde rutiner for observasjon og behandling av abstinens, som var basert på nasjonalt/internasjonalt anerkjente skåringsverktøy slik som f.eks. Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol - revised (CIWA-Ar). Slike skåringsverktøy er hensiktsmessige for å vurdere graden av abstinens, og hvilke tiltak som er nødvendige.

Uavhengig av dødsårsak, er vår vurdering at observasjonen av pasientens respirasjon var mangelfull etter tilbakeføring til psykiatrisk inntakspost. Med de samlede høye dosene denne pasienten hadde fått, var pasienten i behov av særskilt observasjon knyttet til mulig respirasjonshemming som bivirkning av behandlingen. Det forelå imidlertid ikke praksis ved psykiatrisk inntakspost for å overvåke pasienters respirasjon når de fikk abstinensbehandling dersom de sov. Dette utover å følge med på at pasienten pustet, ved å se på dem gjennom glassdøren og lytte til om de pustet. Her viser vi til våre vurderinger og begrunnelser nedenfor i punkt 11.

Det forelå videre ikke omforent praksis eller overordnede føringer om hva 15:15-tilsyn i psykiatrisk inntakspost skulle inneholde av observasjoner for forsvarlig overvåking av pasientens respirasjon i et tilfelle som dette. Betegnelsen 15:15-tilsyn var av generell art og tilsa tilsyn hvert kvarter. Tilsyn i avdelingen var først og fremst knyttet til selvmordsfare eller voldsrisiko. Dette gjenspeiles også i de skriftlige prosedyrene.

Praksis på posten var, at dersom pasienten sov, observerte pleierne pasientens respirasjon primært ved å se gjennom vinduet til rommet om pasienten pustet og høre etter om pasienten pustet. Oppfatningen var at observasjoner av jevn snoring innebar tilfredsstillende respirasjon. Pasienten sov tungt gjennom deler av natten, og pleierne hørte jevnlig at pasienten snorket. Observasjon av at pasienten snorket viste at pasienten pustet, og det ble da ikke vurdert som nødvendig å se direkte på pasienten eller gjøre andre observasjoner knyttet til om respirasjonen var tilstrekkelig. Det var ikke utstyr for skopovervåkning (for å monitorere puls, blodtrykk og oksygenmetning) av pasienten på psykiatrisk inntakspost, noe som var mulig på medisinsk avdeling. Helsepersonell ved psykiatrisk inntakspost kunne imidlertid telle pasientens respirasjonsfrekvens og puls, og måle oksygenmetning perifert, men dette var ikke vanlig å gjøre dersom pasienten sov. Dette fordi en ikke ville vekke pasienten. For pasienten ble det feilaktig lagt til grunn at ro var av størst betydning, slik at tiltak for å monitorere pusten ikke ble utført.

Det var også en medvirkende årsak til utilstrekkelig oppfølging at påtroppende pleiere hadde fått vite at observasjoner av oksygenmeting og respirasjon skulle gis særlig oppmerksomhet i etterkant av at pasienten eventuelt hadde fått tilført ny dose benzodiazepiner. Siden denne pasienten sov hele natten, var ikke dette aktuelt, og beskjeden kan ha bidratt til at oppmerksomheten mot pasientens respirasjon ikke ble tilstrekkelig.

Vi mener også at psykiatrisk inntakspost sin praksis for intern informasjonsutveksling kan ha vært medvirkende til at oppfølgingen av behandlingen var mangelfull. Påtroppende pleiere hadde i denne hendelsen ikke selv lest journalen ved oppstart av vekten, og hadde derved ikke full oversikt over at det var noe uvanlig med denne pasienten og at ■■■ hadde fått uvanlig store mengder benzodiazepiner. I tillegg var de ikke kjent med det som stod journalført om observasjon av pasientens pust. Praksisen ved posten la derved til rette for at påtroppende pleiere ikke var fullt orientert om pasienten ved oppstart av vekten. Praksis var at pleierne, ofte leste seg opp om pasienten i journalen på et senere tidspunkt.

11 Statens helsetilsyns vurderinger

Pasienten var forut for dødsfallet i en ustabil fase med kombinasjon av ■■■ abstinens, og opptrappende medikamentell behandling, i til dels store doser, og med et svingende klinisk forløp.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, dette hovedsakelig som følge av svikt i oppfølgingen av den behandling ■■■ ble gitt.

Etter vår vurdering er ■■■ sitt ansvar for å sikre forsvarlige helsetjenester det sentrale i saken. Vi legger til grunn at enkeltpersonellets feilhandlinger er et utslag av virksomhetens manglende ivaretagelse av ansvaret for pasientbehandlingen, og ansvaret for å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonellet i de involverte avdelingene blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Vi vektlegger at flere helsepersonell ved psykiatrisk inntakspost og medisinsk avdeling var involvert i diagnostikk, behandlingsvalg og oppfølgingen av behandlingen. Det er således ikke enkeltstående feil, men en mer gjennomgående svikt i behandlingen og oppfølgingen ved ■■■. Vi mener den avdekkede svikten i helsehjelpen til pasienten skyldes svikt i de overordnede styringsmessige forholdene ved sykehuset. Dette blant annet knyttet til kriterier for abstinensbehandling ved ■■■ og praksis for diagnostikk, behandlingsvalg og oppfølging av behandlingen. Vi har derfor ikke funnet grunn til å vurdere administrativ reaksjon mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellets handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den helsehjelpen pasienten fikk.

Vi legger til grunn at det påligger ■■■ ansvar for å sikre forsvarlig styring og organisering av helsetjenestene som gis. Kravet til styring og tilrettelegging vil i særlig grad gjelde for områder av virksomheten med fare for svikt, og der svikt i helsetjenesten kan medføre risiko for pasientene. Behandlingen som ble gitt var forbundet med stor risiko for svikt. Det ble benyttet legemidler i store doser og i kombinasjoner som forsterker den skadelige bieffekten av behandlingen, fare for hemming av pusten. Det var i tillegg lite kjennskap til pasientens ■■■ forut for innleggelsen, og pasienten samarbeidet ikke om undersøkelser ved innleggelsen. I tillegg skjedde oppfølgingen av behandlingen på en avdeling med liten erfaring med å følge opp pusten ved slik legemiddelbehandling, og uten den kompetanse og det utstyr som var tilgjengelig ved medisinsk avdeling, der behandlingen ble igangsatt. Disse forholdene skjerper samlet sett kravet til aktsomhet og kravet til virksomhetens styring og kontroll med forsvarligheten i behandlingen som gis.

Statens helsetilsyn har avgrenset saken mot vurderingstema som gjelder bruk av tvang etter psykisk helsevernloven eller pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Videre har vi ikke funnet grunn til å vurdere nærmere den helsehjelpen som ble gitt i forbindelse med forsøket på gjenoppliving, da vi ikke har mistanke til svikt der.

Statens helsetilsyn har i det følgende vurdert disse hovedtema:

- **Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?**
Som en del av denne vurderingen har vi sett nærmere på disse vurderingstemaene: diagnostikk og behandlingsvalg, behandling med metadon, overføringen av pasienten fra medisinsk klinikk til psykiatrisk inntakspost og observasjonen av pasienten på psykiatrisk inntakspost.
- **Har sykehuset oppfylt sin plikt til å planlegge og gjennomføre virksomheten, og ved dette sikret forsvarlige helsetjenester for andre pasienter som gis abstinensbehandling?**
- **Har virksomheten iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/ forhindre at tilsvarende hendelser skjer igjen?**

11.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Vi legger til grunn at flere enkeltstående tilfeller av svikt samlet sett utgjør et klart brudd sykehusets plikt til å ivareta ansvaret for oppgaver knyttet til pasientbehandlingen og brudd på plikten til å yte forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-8 nr. 1 og 3-4 a.

Etter vår vurdering manglet det tilstrekkelig grunnlag for diagnostikk og behandlingsvalg. Vi har kommet til det ikke forelå indikasjon for behandling med metadon. Vi har videre kommet til at oppfølgingen av behandlingen var uforsvarlig. Vi mener pasienten skulle vært beholdt lengre på medisinsk avdeling for observasjon av behandlingen, og vi mener det foreligger alvorlig svikt i monitoreringen av pasienten. Denne svikten anses som særlig alvorlig i saken.

Vi gjør i det følgende nærmere rede for våre vurderinger og konklusjoner knyttet til; diagnostikk og behandlingsvalg, behandling med metadon, overføringen av pasienten fra medisinsk klinikk til psykiatrisk inntakspost og observasjonen av pasienten på psykiatrisk inntakspost. Vi vil også knytte noen bemerkninger avslutningsvis til at det også var planlagt eventuell behandling med bruk av Dexdor.

11.1.1 Grunnlaget for diagnostikk og behandlingsvalg

Vi har under dette punktet vurdert om det ble gjort forsvarlige diagnostiske vurderinger på psykiatrisk inntakspost og medisinsk avdeling. Det forelå lite og usikker informasjon å basere de diagnostiske vurderingene på. Vi har kommet til at det skulle vært gjort flere undersøkelser og tiltak for å sikre nødvendig informasjon. Vi har også kommet til at bakgrunnen for de diagnostiske vurderingene er mangelfullt dokumenterte.

Opplysningene om pasientens [REDAKERT] forut for innleggelsen ble noe ulikt oppfattet/angitt blant de legene som tilså pasienten innledningsvis, og sykehistorien om [REDAKERT] var derfor usikker. Det fremgår av saksforholdet at pasienten ikke husket noe fra de siste dagene, annet enn at [REDAKERT] angivelig hadde [REDAKERT]. I henvisningen til medisinsk avdeling står at pasienten hadde et kjent [REDAKERT]. [REDAKERT] Vi kan ikke se at denne karakteristikken samsvarer med det som står i sykehistorien. Det vises til at det i psykiatrisk inntakstjournal ved LIS 1 bl.a. står følgende: [REDAKERT] I overlege 2 sin inntakstjournal på medisin står det kun [REDAKERT] under [REDAKERT], og ikke noe

mer under aktuelt om hva [redacted] oppga å ha [redacted]. I henvisningen fra psykiatrisk til innleggelsen på medisin ved overlege 1, står det [redacted]

Vi legger til grunn at det er god faglig praksis å avklare hva pasienten har i [redacted] ved innkomst, og om pasienten er [redacted]. Basert på pasientens eget utsagn om [redacted] og opplysningen fra legevakten om at pasienten hadde [redacted] på legevakten, mener vi det var i strid med god praksis å [redacted]. Vi vektlegger at [redacted] og at en [redacted] ved innleggelsen har betydning ved vurderingen av pasientens videre diagnostikk og behandling. Pasienten hadde samarbeidet om [redacted] på legevakten, og dette er en [redacted] som de fleste pasienter aksepterer.

Vi mener videre det burde vært forsøkt å få gjort [redacted] [redacted] har vist til at en [redacted]. Videre at en slik [redacted]. Til tross for disse forbeholdene, mener Statens helsetilsyn at det er flere gode grunner til at en skulle ha [redacted]. Vi vektlegger at en manglet andre sikre kilder for god informasjon om eventuell [redacted].

Dersom undersøkelser ikke kan gjennomføres på grunn av manglende samarbeid fra pasienten, skal det dokumenteres i journal at pasienten nekter og hvorfor. Det skal også dokumenteres hvilke tiltak en har forsøkt for å få til et samarbeid med pasienten. Etter Statens helsetilsyns vurdering ville det vært i samsvar med god praksis å journalføre om pasienten bl.a. var blitt spurt om [redacted] og om tidligere abstinensreaksjoner. Slike forhold er imidlertid ikke dokumentert i pasientjournalen. Da pasienten begynte [redacted] og dette ble tolket som abstinens, er det verken i journalen eller i henvisningen til medisinsk avdeling dokumentert noen vurderinger av [redacted] abstinensen var relatert til. Vi legger grunn til at manglende dokumentasjon i pasientjournalen samlet sett er strid med kravet til god faglig praksis og kravene til journalføring i helsepersonelloven.

Vi legger videre til grunn at det i pasientens tilfelle var viktig å innhente informasjon gjennom systematisk observasjon og registrering av symptomer som ikke krevde samarbeid fra pasienten, samt innhente eventuelle komparentopplysninger. Dette ikke ble gjort. Blant annet mener vi det var strid med god faglig praksis ikke å benytte observasjons-skjemaene CIWA og OOWS for systematiske observasjoner og registreringer av pasientens symptomer. Vi påpeker at de fleste slike observasjoner, for eksempel tremor, angst, agitasjon, tåreflod, hete- eller frysetokter, kan gjøres uten at pasienten samarbeider. Bruk av slike observasjonsskjema kunne deretter bidratt til nyttig informasjon for bedre å kunne vurdere utviklingen av symptomene, graden av abstinens og om mulig [redacted] abstinensen var relatert til. Svikten skyldes manglende praksis for bruk av slike skjema ved [redacted], og er således systemsvikt mer enn svikt som kan lastes det enkelte personell. [redacted] påpeker at [redacted] ikke hadde [redacted] og under dette at [redacted]. Det fremgår heller ikke, verken av journal eller av sakkyndig likundersøkelse at pasienten hadde tegn til [redacted]. Selv om det er journalført at sykehuset var i

kontakt med [REDACTED], inneholder journalen ingen opplysninger om at [REDACTED] ble spurt om relevante komparentopplysninger, noe vi mener skulle vært gjort.

11.1.2 Behandling med metadon

Vi har under dette punktet vurdert om det var forsvarlig å gi pasienten metadon.

Som ellers ved legemiddelbruk er utgangspunktet at det må foreligge medisinsk indikasjon for bruken. Videre at en har et forsvarlig beslutningsgrunnlag for behandlingsvalget. Kravet til aktsomhet vil være skjerpet der en benytter legemidler og doser utenfor normalindikasjonen for bruk.

Indikasjon for behandling med metadon er i Felleskatalogen angitt til: «Vedlikeholdsterapi ved opiatavhengighet, samtidig med medisinsk og psykologisk behandling og sosial rehabilitering». Tilsvarende fremgår det av Norsk legemiddelhåndbok at indikasjonen for metadon er: «Opioidavhengighet hos voksne pasienter godkjent for legemiddelasistert rehabilitering». Det er ikke opplysninger om at pasienten var inkludert i LAR. I «Metodebok for leger» ved OUS fremgår følgende om metadon ved opioidabstinens: «Dersom pasienten oppgir å bruke metadon eller annen substitusjon fast, skal dette som hovedregel verifiseres ved telefon til Spesialiserte Ruspoliklinikker...». Det er ikke dokumentert at dette ble sjekket ut i pasientens tilfelle. Videre fremgår det heller ingen opplysninger om at pasienten hadde en alvorlig somatisk tilstand som krevde sykehusbehandling, som eksempelvis endokarditt (hjerteklaffbetennelse), kun at pasienten hadde [REDACTED] abstinens. Det gir ikke indikasjon for metadonbehandling.

Vi legger til grunn at det kan være forsvarlig å bruke metadon i forbindelse med abstinensbehandling, men at buprenorfin bør være førstevalget ved abstinensbehandling. Dette blant annet fordi det gir et enklere doseringsregime og større sikkerhet.

Ifølge innkostnotatet fra medisinsk avdeling ble pasienten innlagt med diagnosen «Abstinensbehandling», og [REDACTED] ble satt på 20 mg x 3 metadon i kombinasjon med beroligende legemidler. Det er opplyst at metadon ble valgt fordi pasienten selv hadde oppgitt [REDACTED] forut for innleggelsen, og at det derfor ble lagt til grunn at [REDACTED] og at doseringen fulgte anbefaling i «Lommerus»-veilederen. Etter vår vurdering forelå det ikke tilstrekkelige opplysninger som tilsa at pasienten var [REDACTED]. I journalopplysningene om tidligere sykehistorie var det tvert imot opplysninger om pasientens [REDACTED] som dominerte. Det forelå ingen objektive data fra [REDACTED] og det var heller ikke gjort systematiske observasjoner ved bruk av skåringsverktøyene CIWA eller OOWS. Dette er i strid med kravene til god faglig praksis i et tilfelle som dette.

[REDACTED] har i sin skriftlige tilbakemelding vist til at det ble påvist [REDACTED] i de rettskoksikologiske undersøkelsene av pasienten. Dette er en [REDACTED] som påvises etter [REDACTED], og fra [REDACTED] sin side anføres det at resultatet styrker oppfatningen av at det var indikasjon for behandling med metadon. Vi er ikke enig i denne slutningen, og vektlegger fra vår side spesielt følgende forhold:

1. [REDACTED]
For de fleste [REDACTED] er påvisningstiden [REDACTED] etter i [REDACTED]. Eventuell påvisning av [REDACTED] vil derfor være avhengig av hva som er [REDACTED]. Det vet man ikke for pasienten, i og med at det ikke ble gjort [REDACTED] ved innleggelsen.

2. Påvisning av M3G vil ikke styrke indikasjonen for å gi metadon. Dette fordi M3G også kan påvises ved inntak av morfin, kodein-holdige legemidler (f.eks. Paralgin forte), folkodein (Tuxi) eller [REDACTED]. Det som er spesifikt for [REDACTED], er [REDACTED]. Dette ble imidlertid ikke påvist hos pasienten. Men [REDACTED] kan kun påvises i opptil [REDACTED], og [REDACTED] kan også [REDACTED] slik at man kan ikke helt utelukke at pasienten hadde [REDACTED] på forhånd.

Det at [REDACTED] ikke ble gjort ved innkomst gjør det også vanskelig å vurdere om pasientens påviste [REDACTED] jf. rettstoksikologisk rapport side syv. Det at pasienten hadde amfetamin i blodet etter døden, gir imidlertid grunn til å anta at effekten av metadondosene som ble gitt kan ha vært mindre enn den ville vært [REDACTED]. Vi har kommet til at en ikke kan konkludere med at pasienten tidligere hadde [REDACTED].

Det var ikke avklart hvor mye, og hvor hyppig, pasienten hadde [REDACTED]. Dette gjorde at det var uklart hvor tilvent [REDACTED] og dermed hvor mye [REDACTED] tolererte av metadon. Pasienten fikk imidlertid rekvirert mer metadon enn det som ifølge Felleskatalogen er anbefalt innledende dose [REDACTED]. Når tidligere [REDACTED] var såpass uavklart, var det etter vår vurdering ikke i samsvar med god faglig praksis å gi pasienten så høye doser metadon. Metadon ble i tillegg dosert tre ganger daglig, i motsetning til én gang daglig som er vanlig. Dette medførte at konsentrasjonen av legemiddelet ble vanskelig å vurdere, noe som øker faren for overdosering og svikt ved behandlingen. Det var i tillegg særlig vanskelig å vurdere den samlede effekten av metadon og diazepam gitt pasienten. Lang halveringstid for legemidlene medfører at effekten av legemidlene vedvarer og adderes. Både metadon og diazepam kan gi sedasjon/hemming av sentralnervesystemet, og det var derfor forbundet med økt risiko for respirasjonsstans når en valgte å kombinere disse legemidlene i behandlingen av pasienten.

Da pasienten ble flyttet tilbake til psykiatrisk inntakspost om [REDACTED], ble behandlingen med 20 mg x 3 metadon kontinuert. Etter Statens helsetilsyns vurdering var det i strid med god praksis å fortsette behandlingen med metadon, siden det ikke forelå indikasjon for slik behandling. Det kunne dessuten, med den behandlingen som ble gitt (aktuelle legemidler og i de doser som ble anvendt), ikke utelukkes at pasienten kunne få pustestans som følge av overdosering. Denne risikoen ved behandlingen og oppfølgingen av denne, skulle vært tydeligere ivaretatt.

Etter en samlet vurdering har vi kommet til at det ikke var indikasjon for å behandle pasienten med metadon. Sett hen til den uklarhet som forelå om pasientens tidligere [REDACTED] burde andre legemidler vært førstevalg ved abstinensbehandlingen. Sammenholdt med de høye dosene som ble gitt, har vi kommet til at rekvireringen av metadon var uforsvarlig. Det uforsvarlige ved behandlingen forsterkes ytterligere ved at pasienten samtidig fikk høye doser med andre legemidler som bidro til å forsterke den respirasjonshemmende effekten av metadonen som ble gitt.

11.1.3 Overføringen av pasienten fra medisinsk klinikk tilbake til psykiatrisk inntakspost

Vi har under dette punktet vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp i forbindelse med at han ble overført fra medisinsk klinikk og tilbake til psykiatrisk inntakspost for kontinuering og oppfølging av behandlingen igangsatt ved medisinsk klinikk. Det sentrale i vurderingen er om [REDACTED] har sikret tilstrekkelig forsvarlige rammer rundt behandlingen, og sikret at

helsepersonellet involvert har nødvendig kompetanse og utstyr tilgjengelig for forsvarlig overvåking av behandlingen.

Det ble avholdt et møte mellom legene ved psykiatrisk inntakspost og medisinsk klinikk i forkant av overføringen. Det er imidlertid ikke dokumentert noe i epikrisen som fulgte med pasienten ved overflyttingen fra medisinsk avdeling, om hvordan pasienten burde observeres videre. Det at medisinsk avdeling overførte pasienten tilbake til psykiatrisk avdeling uten å gi nærmere råd og veiledning i epikrisen om hvordan pasienten skulle observeres videre, vurderes å være i strid med god praksis i dette tilfellet. Vi vektlegger at behandlingen som ble igangsatt krever tett oppfølging av kompetent helsepersonell og med nødvendig utstyr tilgjengelig. Risikoen for respirasjonsstans var betydelig som følge av de doser og den kombinasjon med legemidler som pasienten fikk, og dette skjerper kravet til at det er etablert sikre rammer ved en eventuell overflytting av pasienten.

Sett hen til de doser og de legemidler pasienten fikk, forelå det på overføringstidspunktet fortsatt en ikke ubetydelig risiko for overdose og respirasjonsstans. Vi har kommet til at det ville vært god faglig praksis å beholde pasienten til observasjon på medisinsk avdeling. Vår vurdering er på dette punkt i samsvar med konklusjonene til begge de sakkyndige. Medisinsk avdeling har overvåkningsutstyr som ikke psykiatrisk inntakspost har, og også bedre muligheter for å sikre luftveier og oksygenering av pasienten dersom tilstand skulle bli forverret.

■■■■ mener pasienten kunne bli forsvarlig observert/monitorert på psykiatrisk inntakspost. Statens helsetilsyn legger til grunn at psykiatrisk inntakspost hadde apparat som kunne måle SaO₂, men vektlegger at en ved avdelingen ikke hadde noen skriftlige føringer eller etablert praksis for å måle SaO₂ eller overvåke respirasjonen utover å se om pasienten pustet.

Etter vår vurdering var det ikke sikret forsvarlige rammer rundt behandlingen ved overføring av pasienten fra medisinsk avdeling til psykiatrisk avdeling. Pasienten ble derved utsatt for en uakseptabel stor risiko ved overføringen, og avvikene fra god praksis er samlet sett alvorlige. Pasienten ble ikke gitt forsvarlig helsehjelp.

11.1.4 Observasjonen av pasienten

Vi har under dette punktet vurdert om observasjonen av pasienten var forsvarlig.

■■■■ viser til at pasienten ikke viste kliniske tegn til at ■■■■ ikke tolererte dosen på totalt 60 mg metadon. Dette vurderes som uvanlig for en person som ■■■■ i betydelig omfang tidligere. ■■■■ mener dette forholdet samsvarer med pasientens egne opplysninger om regelmessig ■■■■ i perioden forut for innleggelsen. Statens helsetilsyn viser til at pasienten fikk metadon fordelt på tre doser. Det at arteriell blodgass etter andre dose med metadon ikke viste tegn til respirasjonsdepresjon, og at perifer oksygenmetning var normal, er derfor ikke ensbetydende med at pasienten tålte 60 mg med metadon. Det vektlegges at målingen av blodgass ■■■■ 2018 var en enkeltmåling. Det var verken målt blodgass før eller etter denne målingen. Metadon er et depotpreparat, og effekten inntreffer gradvis over tid. Det vil normalt derfor ta noe tid før man oppnår stabil plasmakonsentrasjon. Tilsvarende tar det også tid før effekten vises av de doser diazepam pasienten fikk. Vi vektlegger at pasienten fikk dosert 20 mg x 3 metadon fremfor 20 mg x 1, og at dette økte risikoen for akkumulering og overdosering. I tillegg fikk pasienten 20 mg x 3 metadon kombinert med en rekke andre beroligende midler, noe som ytterligere forsterket effekten av legemidlene samlet sett. Det er imidlertid ikke dokumentert at en ved

██████ hadde satt i verk tiltak som sikret at en kunne fange opp eventuell negativ effekt av behandlingen som ble gitt, ut over klinisk observasjon. Etter vår vurdering var en slik oppfølging av behandlingen ikke i samsvar med god faglig praksis ved så høye doser legemidler med respirasjonshemmende effekt.

Det er dokumentert i journalen ved psykiatrisk inntakspost at en var oppmerksom på at pasienten hadde fått store doser respirasjonshemmende legemidler. Ifølge legejournalen skulle pasienten ha «Tilsyn og tett oppfølging av respirasjon intervall 15:15 med måling av SaO₂ ved søvn eller endret AT etter administrering av v/behov medisiner». I sykepleiejournalen er det også notert at det skulle gjøres «delirscore» en time etter inntak av legemidler. Beslutningen om tilsyn skal ha blitt videreformidlet muntlig til nattvaktene under rapporten. Det er usikkert på hvilket tidspunkt nattevaktene leste i legejournalen. Utfra opplysninger vi fikk ved det stedlige tilsynet legger vi til grunn at dette ikke skjedde allerede ved vaktens oppstart.

Vi har kommet til at pasienten ikke ble observert i tråd med god faglig praksis. Vi vektlegger blant annet at pasientens respirasjonsfrekvens ikke ble telt og kontrollert gjennom natten ved psykiatrisk inntakspost og at SaO₂ heller ikke ble målt jevnlig. Dette skulle etter vår vurdering vært gjort, noe også de sakkyndige legger til grunn. Det ble videre heller ikke gjort «delirscore» etter at pasienten fikk siste legemiddeldose kl. ██████ Dette fordi pasienten sovnet og nattevaktene ikke ville vekke ██████. I samsvar med praksis i avdelingen vurderte man søvn som viktigst. Med bakgrunn i opplysningene vi fikk i samtaler med involvert personell ved det stedlige tilsynet, førte nattevaktene tilsyn med/observerte pasienten ved å la døren til pasientens rom stå på gløtt og å høre etter om pasienten pustet eller snorket. Det fremkom for øvrig at denne måten å observere pasienter på, var vanlig praksis i avdelingen. Det at pasienten snorket, ble tolket som om pasienten sov godt og som et godt tegn. Observasjon av snorkelyder kan imidlertid være et tegn på ufrie luftveier.

Etter vår vurdering var monitoreringen ved psykiatrisk inntakspost ikke tilpasset abstinensbehandling med høye doser med benzodiazepiner og opioider. Praksis for observasjon av pasienten i avdelingen var forbundet med stor risiko for at respirasjonsstans kunne inntreffe uten at dette ble oppdaget. Forholdene i saken gir inntrykk av at en ved psykiatrisk inntakspost ikke var kjent med og bevisst farene for respirasjonsdepresjon, eller at de ansatte hadde kompetanse om tegn ved pasientens tilstand som kunne tyde på slik fare for helsetilstanden. Ansvar for dette anses å ligge hos ██████, som må sørge for at praksis for observasjon av behandling som igangsettes er omforent og i samsvar med faglig forsvarlighet.

Statens helsetilsyn mener det er klart at pasienten ikke ble observert i tråd med god faglig praksis, og at avviket er av en slik karakter at det foreligger et brudd på plikten til å gi forsvarlige helsetjenester.

11.1.5 Behandling med Dexor

Under dette punktet har vi vurdert den planen som fremkommer av pasientjournalen, for bruk av Dexor (deksmedetomidin) dersom pasienten skulle bli påfallende urolig, spesielt motorisk, få økende puls (takykardi), blodtrykk eller fremstå abstinert.

Selv om denne behandlingen ikke ble gjennomført, finner Statens helsetilsyn grunn til å knytte noen bemerkninger til behandlingsplanen. Dette fordi vi mener at det kan være forbundet med risiko å iverksette en slik behandling på toppen av den abstinensbehandling som allerede var igangsatt, og fordi vi mener behandlingen er uklart begrunnet i

pasientjournalen. Ved behandling med bruk av Dexdor er det viktig å være oppmerksom på forsiktighetsregler (f.eks. skal kun administreres av helsepersonell som er trent i behandling av intensiv-pasienter) og interaksjoner (f.eks. at Dexdor bl.a. interagerer med opioider).

Det er uklart om behandlingen med Dexdor hovedsakelig var ment som tiltak for å roe ned en utagerende pasient, eller om det var abstinensbehandling som var formålet. Ut fra pasientjournalen kan det synes som om det er behovet for å roe ned en urolig pasient som var hovedformålet med den planlagte bruken av Dexdor. Dexdor skal etter gjeldende metodevurdering i Norsk legemiddelhåndbok, brukes for sedasjon av voksne, ikke-intuberte pasienter ved «diagnostiske eller kirurgiske prosedyrer». En bruk av Dexdor for å motvirke at pasienten er urolig/utagerer, er utenfor indikasjonsområdet for legemidlet. Videre vil det være spørsmål om virksamheten kan igangsette slik behandling uten pasientens samtykke.

Dersom legemidler benyttes utenfor indikasjonsområdet, skal begrunnelse for dette fremgå av pasientjournal. Slik begrunnelse fremkommer ikke av pasientens journal, heller ikke om Dexdor hovedsakelig var planlagt brukt som abstinensbehandling. Det er heller ikke vurdert hvilken effekt behandlingen vil kunne ha på toppen av øvrig abstinensbehandling, eller dokumentert hvordan en slik bruk av Dexdor forsvarlig skal administreres. Statens helsetilsyn mener det mangler tilstrekkelig faglig begrunnelse for den planlagte behandlingen, og vi vil påpeke at det heller ikke er fremlagt prosedyrer for selektering/diagnostisering av pasienter der slik behandling skal kunne benyttes.

Vi ønsker at ■■■ i forbindelse med oppfølgingen av den endelige rapporten redegjør for i hvilke tilfeller og på hvilken indikasjon sykehuset benytter Dexdor.

11.2 Har sykehuset oppfylt sin plikt til å planlegge og gjennomføre virksamheten, og ved dette sikret forsvarlige helsetjenester for andre som får abstinensbehandling?

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert om ■■■ har sørget for tilstrekkelig styring og kontroll med helsehjelpen som gis ■■■ pasienter med fare for å utvikle abstinens. Som ledd i sitt systemansvar har ■■■ en plikt til å planlegge og gjennomføre virksamheten, slik at helsetjenestene som tilbys er forsvarlige. Herunder ligger ansvar for å sikre forsvarlig og omforent praksis, noe som blant annet kan sikres gjennom at det etableres kjente prosedyrer som kan gjenfinnes i skriftlige rutiner. Det er også ■■■ sitt ansvar å identifisere områder i sykehuset med særlig risiko for svikt, og å sette inn nødvendige tiltak for å forhindre svikt i pasientbehandlingen på disse områdene.

Vi legger til grunn at abstinensbehandling med store doser og flere legemidler samtidig er et område med stor fare for svikt. Dette spesielt når det er uklart ■■■ pasienten har tatt før innleggelse. Videre legger vi vekt på at svikt ved denne type abstinensbehandling har stort potensiale for alvorlige konsekvenser for pasienten, blant annet ved overdosering og/eller hemming av pusten. Det vektlegges at behandling av abstinente pasienter er en vanlig del av behandlingen som gis ved ■■■, og at sykehusets ledelse har et ansvar for å sikre at denne behandlingen skjer i forsvarlige rammer, med kompetent personell og med tilstrekkelig og nødvendig utstyr tilgjengelig.

Det fremkommer både av de skriftlige rutiner som er oversendt oss og gjennom samtaler med involvert helsepersonell, at det ikke har vært omforent og entydig praksis ved de involverte avdelingene. Dette verken for diagnostikk, behandlingsvalg eller observasjon av pasienten ved slik abstinensbehandling. Det forelå heller ingen skriftlige føringer (rutiner) for denne

type behandling. De sakkyndige har også kommentert at ■■■ manglet styring med behandlingen.

I de styrende dokumentene vi har mottatt fra ■■■, er det detaljerte prosedyrer for tilsyn relatert til selvmords- og voldsrisiko. Etter det vi kan se, er det imidlertid ingen skriftlige rutiner som beskriver hvordan tilsyn/observasjon av pasienter som behandles med respirasjonshemmende legemidler som gir økt risiko for respirasjonsdepresjon skal utføres. Ut fra de opplysningene vi har mottatt, legger vi til grunn at det heller ikke er noen entydig praksis for hvordan slik observasjon skal foregå. Dette tyder på at sykehuset ikke har identifisert dette som et område hvor det er risiko for svikt.

Sykehuset benyttet ikke anerkjente skåringsverktøy som CIWA eller OOWS for å vurdere utvikling av pasienters symptomer og graden av abstinens. På psykiatrisk inntakspost hadde en riktignok skjemaet «Observasjonsskjema/Rating av abstinenssymptomer», av ansatte omtalt som «delirskjema», men det forelå ingen instruks for når skjemaet skulle brukes. For øvrig angis heller ikke noe om hva som anses som så høy skår at lege kontaktes. Skjemaet kan derfor ikke anses som et godt implementert verktøy i avdelingen, og det er uklart hvordan skårene eventuelt skal brukes av involvert helsepersonell i behandlingen og oppfølgingen av pasienter.

Vi har kommet til at ■■■ ikke har oppfylt sin plikt til å planlegge hvordan risikoen for svikt ved abstinensbehandling kan minimaliseres. Videre har vi kommet til at ■■■ heller ikke har overholdt sin plikt til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter, blant annet gjennom å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap og kompetanse til overvåking av abstinensbehandling, og å sørge for nødvendige retningslinjer, veiledere eller styringssystemer. Det foreligger derved brudd på plikten til å planlegge og gjennomføre virksomhetens aktiviteter, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Det at psykiatrisk inntakspost ikke har en omforent praksis hos de ansatte eller har etablert skriftlige rutiner for hvordan pasienter som har fått høye doser med respirasjonshemmende legemidler skal observeres i forhold til risiko for overdosering og respirasjonsstans, øker risikoen for at pasienter får uoppdaget respirasjonsstans med påfølgende risiko for død. Det er virksomheten som har det overordnede ansvaret for å sikre at denne risikoen reduseres, og ■■■ har ikke lagt til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp.

Vi vektlegger at dette gjelder en pasientgruppe som tilhører kjerneområdet for de helsetjenester ■■■ tilbyr, og at det er et område med fare for svikt og der svikt er forbundet med fare for pasientens helse og liv. Etter vår vurdering har ■■■ drevet sin virksomhet med en for høy risiko for svikt for denne pasientgruppen.

Vi har kommet fram til at virksomheten ikke har lagt til rette for forsvarlig helsehjelp for pasienter i tilsvarende situasjon. Videre har vi også kommet til at ■■■ ikke har tilrettelagt tjenestene ved psykiatrisk og medisinsk avdeling, slik at helsepersonellet der blir i stand til å overholde sin lovpålagte plikt om å utføre arbeidet faglig forsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

11.3 Har virksomheten gjennomført tiltak som sikrer at tilsvarende svikt i helsetjenesten ikke skjer igjen?

Vi har under dette punktet vurdert om [REDACTED] i etterkant av hendelsen har iverksatt relevante og tilstrekkelige tiltak for å forhindre at lignende hendelser skjer i fremtiden.

[REDACTED] har det overordnede ansvaret for å tilrettelegge for forsvarlige helsetjenester til sine pasienter, og skal blant annet sikre dette gjennom systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og sikkerhet. [REDACTED] har som ledd i dette en plikt til å evaluere og korrigere virksomheten i etterkant av svikt i tjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 8 og 9.

[REDACTED] har i sitt tilsvarende til vår foreløpige rapport blant annet beskrevet hvordan hendelsen er gjennomgått internt, og hvilke tiltak som er iverksatt/planlegges iverksatt. Det er opplyst at hendelsen er gjennomgått internt, med de ansatte og avdelingsledelsen i de involverte avdelingene. Av relevante tiltak som er iverksatt er det opplyst at det vil bli utarbeidet en felles prosedyre for sykehuset, som gjelder konferering om pasienter ved overføring mellom avdelingene. Videre skal det etableres et felles forum for psykiatrisk og medisinsk klinikk, for tverrfaglig diskusjon om oppfølging av pasienter med abstinensstilstander. Det etableres i tillegg felles internundervisning for legene i de to klinikkene en til to ganger i året. Vi vil påpeke at svikten ikke skyldtes at det ikke ble konferert mellom de to klinikkene før overføringen. Tvert imot, ble det avholdt møte mellom legene før overføringen. Dette forhindret likevel ikke at hendelsen kunne skje.

Vi fastholder at hendelsen kunne skje på grunn av manglende styring og kontroll knyttet til kriterier for abstinensbehandling ved [REDACTED], praksis for diagnostikk, behandlingsvalg og oppfølging av behandlingen. De tiltak som er beskrevet i [REDACTED] sin uttalelse til vår foreløpige rapport anses ikke tilstrekkelige til å avhjelpe den påviste svikten. Det er etter vår vurdering ikke godtgjort at [REDACTED] har sikret omforent praksis for forsvarlig diagnostikk og behandling ved abstinensbehandling, eller sørget for at helsepersonell involvert i behandling og oppfølging har nødvendig kompetanse for dette og relevant utstyr tilgjengelig.

I telefonsamtale med ledelsen ved [REDACTED] [REDACTED] har Statens helsetilsyn fått tilbakemelding om at [REDACTED] i all hovedsak aksepterer tilsynsmyndighetenes påpekninger av svikt i pasientbehandlingen, styringen og dokumentasjonen, slik dette fremkommer i vår foreløpige rapport. Vi legger dette til grunn for den videre behandlingen av saken. Vi vil likevel peke på at vi blant annet ikke har mottatt resultatet av den interne gjennomgangen etter hendelsen. Dette til tross for at Statens helsetilsyn har anmodet virksomheten om dette i forbindelse med foreløpig rapport. [REDACTED] har heller ikke dokumentert at det er gjennomført en hendelsesanalyse for å finne frem til hvorfor denne hendelsen kunne skje.

Det er ikke fremlagt opplysninger som viser hvilke kriterier som skal anvendes for selektering av pasienter hvor denne typen abstinensbehandling kan være aktuell, hvilke føringer som skal gjelde for behandlingen og oppfølgingen, eller hvordan en fra ledelsens side vil følge opp at behandlingen som gis er forsvarlig. Vi har kommet til at de justeringer som er gjort fra [REDACTED] med hensyn til å få på plass rutiner, ikke er tilstrekkelig klare for aktuelle behandling og pasientgruppe.

Det er i uttalelsen til den foreløpige rapporten pekt på at [REDACTED] nå minner alle sykepleiere ved klinikk for psykisk helsevern om å bruke VAR ved somatiske problemstillinger. Det er også lagt inn en utvidet prosedyre for respirasjonsovervåkning ved klinikk for psykisk helsevern i

«veiledende behandlingsplan», som tar hensyn til de forutsetninger og begrensninger klinikken har (ingen skop-muligheter, ingen mulighet for fastvakt som foretar kontinuerlig observasjon, ingen O₂-uttak). Det er imidlertid vanskelig å se hvordan disse tiltakene vil være tilstrekkelig til å hindre at liknende hendelser skal skje igjen da det f.eks. ikke fremgår når angjeldende veiledende behandlingsplan skal benyttes. Etter vår vurdering har ■■■ fremdeles ikke utarbeidet tilstrekkelige retningslinjer eller rutiner for å forebygge at liknende hendelser kan skje igjen. Tilsvarende vurdering fremgår av de sakkyndiges uttalelser.

Når det gjelder sykehusets bruk av skåringsverktøyene OOWS og CIWA angis det at det er gitt skriftlig og muntlig informasjon til legegruppen ved medisinsk klinikk. Det er ellers planlagt internumundervisning om bruken av skåringsverktøyene samt journalgjennomgang ■■■. Det er positivt at ■■■ har innført mer adekvate skåringsverktøy etter hendelsen. Det må imidlertid dokumenteres at bruk av disse skåringsverktøyene er implementert i sykehuset blant helsepersonell, og at det nå foreligger en omforent praksis rundt bruken av verktøyene.

Statens helsetilsyn har kommet til at det ikke er godtgjort at ■■■ har iverksatt nødvendige og tilstrekkelige kvalitetsforbedrende tiltak i etterkant av den alvorlige hendelsen, for å forhindre at lignende svikt i helsehjelpen skjer igjen. Det er heller ikke godtgjort at ledelsen har sikret systemer som gir mulighet til å følge opp at tiltak implementeres og gir ønsket effekt. Vi ser imidlertid positivt på opplysningene om at virksomheten er i gang med forbedringsaktiviteter. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 8 og 9.

12 Konklusjon og oppfølging

12.1 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Videre har vi kommet til at ■■■ ikke har sikret at andre pasienter som gis slik abstinensbehandling ved psykiatrisk og medisinsk klinikk, vil få forsvarlig helsehjelp. Vi mener svikten i tjenesten skyldes mangler ved sykehusets organisering og styring. ■■■ har også brutt sin plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonellet i de involverte klinikkene kan utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. I tillegg har vi kommet til at det ikke er iverksatt tiltak som godtgjør at tilsvarende svikt ikke vil kunne skje igjen. Det foreligger med dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8 nr.1, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

12.2 Videre tilsynsmessig oppfølging

Statens helsetilsyn ser alvorlig på den svikt som er avdekket gjennom tilsynssaken. Vi legger vekt på at svikten gjelder helsehjelp i forbindelse med en av virksomhetens kjerneaktiviteter, og at svikten har stort farepotensiale. Det gjelder også helsehjelp til en pasientgruppe som i større og mindre grad selv er i stand til å ivareta egne interesser i forbindelse med den aktuelle behandlingen, slik at det i særlig grad er viktig med klare rutiner og entydig praksis som sikrer nødvendig oppfølging og monitorering.

Vi har merket oss ledelsens tilbakemelding om at saken tas på alvor og at forbedringsaktiviteter er satt i gang. En erkjenner imidlertid fra virksomhetens side at noe arbeid gjenstår.

Statens helsetilsyn har kommet til at det er behov for videre tilsynsmessig oppfølging. Dette blant annet for å sikre at igangsatte/planlagte tiltak blir gjennomført, og at tiltakene blir

tilstrekkelig kommunisert ut til ledelse og helsepersonell som har ansvar for den kliniske behandlingen av pasientene.

Vi mener også at vår endelige rapport må gjennomgås med sikte på å identifisere ytterligere tiltak som er nødvendige for å sikre forsvarlige helsetjenester til pasienter som gis denne type abstinensbehandling. Det er [REDACTED] som må gjennomgå hvordan forsvarlige helsetjenester skal kunne sikres. Dette innebærer blant annet en vurdering av i hvilken avdeling, og på hvilken måte, abstinensbehandling med respirasjonshemmende legemidler kan gjennomføres forsvarlig. Det må også sikres at ledelsen har nødvendige systemer for å kunne følge opp at tiltakene implementeres, etterleves og gir den ønskede effekten.

Vi ber om en tilbakemelding fra [REDACTED] i forhold til dette innen fire uker fra mottak av denne endelige rapporten.