

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Selv mord ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt ved XXXXXX HF

Saksnummer: XXXXXX

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

XXXXXXHF

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

XXXXXX

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, knyttet til den helsehjelpen XXXXXX, født XXXXXX, fikk ved XXXXXX HF.

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

Statens helsetilsyn har konkludert med at XXXXXX HF ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp, og har kommet til at grunnen til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp skyldes at XXXXXX HF ikke hadde lagt til rette for at helsepersonell kunne oppfylle plikten til å gi forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

XXXXXX HF har iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er fremlagt en nærmere beskrivelse av hvordan tiltakene skal innarbeides i klinisk praksis. Virksomheten har gjort rede for hvordan hendelsen følges opp videre, og relevante dokumenter som understøtter en slik oppfølging er sendt til Statens helsetilsyn. XXXXXX HF har i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a iverksatt og implementert relevante tiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende kan skje igjen.

XXXXXX HF har etter den alvorlige hendelsen gitt informasjon og tilbud om oppfølging til pårørende i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved XXXXXX HF har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed, og at rapporten blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen
direktør

Øyvind Grønlie Olsen
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi til:
Fylkesmannen i XXXXXXX
Fylkesmannen i XXXXXXX
Advokat XXXXXXX
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:
XXXXXX

Juridisk saksbehandler: XXXXXXX

Innhold

Om varselordningen i Statens helsetilsyn	5
Sammendrag	6
Innledning	7
Saksbehandlingen	7
Hendelsen/pasientbehandlingen.....	7
Om pasienten/bakgrunn.....	7
Pasientbehandlingen/hendelsen	8
Helseforetakets oppfølging av involvert helsepersonell	9
Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende.....	9
Opplysninger fra pårørende til Statens helsetilsyn.....	9
XXXXXX HF	10
Divisjon Psykisk helsevern.....	11
BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX	12
BUP døgnavdeling.....	13
Foretakets interne gjennomgang av hendelsen	14
Tidslinje, aktiviteter og risikoområder	16
Aktuelt regelverk	17
Forsvarlig helsehjelp.....	17
Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	18
Krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	18
Informasjon til pasienten og de pårørende.....	19
Statens helsetilsyns vurderinger	19
Ga helseforetaket pasienten forsvarlig helsehjelp?.....	19
Har XXXXXX HF lagt til rette for forsvarlig helsehjelp for ungdom innlagt ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt?.....	23
Har XXXXXX HF innrettet tiltak for å forhindre at liknende hendelser skjer igjen? ...	24
Har XXXXXX HF informert/ivaretatt pårørende etter hendelsen?.....	24
Statens helsetilsyns konklusjon og oppfølging	25
Statens helsetilsyns konklusjon.....	25
Generelle læringspunkter	26
Vedlegg.....	26

Om varselordningen i Statens helsetilsyn

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a). Dette innebærer at helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Varselordningen ble lovfestet fra 1. januar 2012. Statens helsetilsyn behandler varslene og følger opp hendelsene. Det fremgår av helsetilsynsloven § 2 at Statens helsetilsyn snarest mulig skal foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Formålet med varselordningen er å bidra til at tilsynet raskt identifiserer uforsvarlige forhold og bidra til en bedre og raskere vurdering av de alvorlige hendelsene ved at tilsynsmyndighetene raskt kommer i dialog med involvert helsepersonell og deres ledere. Tilsynet skal også bidra til å styrke pasienter og pårørendes rolle ved tidlig dialog og mulighet for å uttale seg til saken.

Læringsaspektet ved alvorlige hendelser skal også gis oppmerksomhet. Dette innebærer at varselordningen skal bidra til analyse og refleksjon i helseforetakene med utgangspunkt i varslene.

Sammendrag

Bakgrunnen for det gjennomføringen av det stedlige tilsynet ved XXXXXX HF, Divisjon Psykisk helsevern, BUP døgnavdeling, enhet for akutt og BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX var en uventet alvorlig hendelse XXXXXX, da en 14 år gammel jente tok sitt eget liv under innleggelse ved BUP døgnavdeling, BUP XXXXXX, enhet for akutt.

Pasienten var i behandling i nærmere seks måneder uten at utredningen var ferdig. Statens helsetilsyn mener at tiden det tok å utrede pasienten avviker fra god praksis. Avviket fra god praksis er imidlertid etter vårt syn ikke så stort at det var uforsvarlig. Årsaken til at det tok lang tid å utrede pasienten skyldtes både at det akutte hjelpebehovet ble prioritert, og at pasienten hadde en vanskelig diagnostiserbar tilstand.

Forebygging av selvmord i døgnavdelinger handler om tiltak rettet mot alle innlagte pasienter, slik som beskrives i Pasientsikkerhetsprogrammet. Divisjon Psykisk helsevern hadde utarbeidet prosedyrer og retningslinjer i tråd med Pasientsikkerhetsprogrammets anbefalinger. Risikoreduserende tiltak ble ikke etterlevd. Ved befaring ble det observert og avdekket forhold som ikke fulgte sykehusets prosedyrer. Blant annet ble det observert gjenstander som kunne brukes til å skade seg selv eller andre.

Det stedlige tilsynet avdekket at virksomheten ikke hadde tilrettelagt driften ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt slik at personalet var i stand til å utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med regelverk, prosedyrer og gjeldende retningslinjer. I henhold til gjeldende forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten hadde ikke ledelsen sikret at personalet hadde fulgt bestemmelser i forhold til ivaretagelse av pasientsikkerhet og observasjon/tilsyn med pasienter.

Den interne gjennomgangen av hendelsen ved XXXXXX HF beskrev funn som samsvarer med det som ble avdekket ved Statens helsetilsyns befaring. XXXXXX HF har beskrevet forhold som kan ha bidratt til hendelsen, og virksomheten beskriver de utfordringer og områder som må forbedres for økt pasientsikkerhet ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Statens helsetilsyn har i tillegg mottatt nye og oppdaterte prosedyrer. Prosedyrene er blitt revidert på divisjonsnivå. I tillegg beskrev virksomheten hvordan risikoreduserende tiltak og reviderte prosedyrene skulle implementeres, og på hvilken måte XXXXXX HF skulle sikre at de ble fulgt.

Statens helsetilsyn mener at gjennomgangen av denne hendelsen har avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. Dette innebærer at andre virksomheter også kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv.

I denne saken har vi valgt å fremheve risikoreduserende tiltak knyttet til skade/selvskading. Andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten bør gå gjennom egne rutiner og vurdere om det er behov for forbedringer.

- Virksomheter innen psykisk helsevern må ha et bevisst forhold til potensielt farlige gjenstander som kan benyttes til skade eller selvskading.
- Det skal være tilgjengelig skriftlige prosedyrer for gjennomgang av eiendeler og undersøkelse av pasient og pasientrom ved mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømmingshjelpemidler eller farlige gjenstander er innført eller forsøkes innført.

Innledning

XXXXXX HF varslet XXXXXX om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen XXXXXX (heretter pasienten) fikk ved XXXXXX HF, Divisjon Psykisk helsevern, BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i XXXXXX og Fylkesmannen i XXXXXX å gjennomføre stedlig tilsyn ved Divisjon Psykisk helsevern, BUP døgnavdeling, enhet for akutt og BUP poliklinikk XXXXXX på grunn av pasientens alder, et uklart hendelsesforløp og sakens alvorlige karakter.

I denne rapporten redegjør vi først for saksbehandlingen og hendelsen. Deretter vil vi gi en analyse av hva som kan være mulige årsaker til hendelsen. Til slutt følger våre vurderinger og konklusjoner.

Saksbehandlingen

Nedenfor presenteres en oversikt over saksgang, informasjonsinnhenting og gjennomføring av tilsynet.

- Statens helsetilsyn mottok XXXXXX et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra XXXXXX HF.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved XXXXXX, Divisjon Psykisk helsevern, BUP døgnavdeling, enhet for akutt XXXXXX.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved XXXXXX HF, Divisjon Psykisk helsevern, BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX XXXXXX.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende XXXXXX.
- XXXXXX oversendte sin hendelsesanalyse og oversikt over planlagte og iverksatte tiltak for å forhindre at liknende hendelse skjer igjen XXXXXX.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig rapport av XXXXXX. Den foreløpige rapporten ble sendt til helseforetaket med kopi til pasientens pårørende.
- Vi mottok kommentarer til den foreløpige rapporten fra helseforetaket XXXXXX og en muntlig tilbakemelding fra pårørende på telefon. Dette er innarbeidet i den endelige rapporten.

Hendelsen/pasientbehandlingen

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, intervjuer og kommentarer. Her gjør vi rede for vår oppfatning av forholdene som har hatt betydning for vurderingen. Først tar vi for oss hendelsen og den behandlingen pasienten fikk. I neste kapittel går vi gjennom rutiner, praksis og andre forhold ved virksomheten som er relevant for å kunne forstå hvorfor den alvorlige hendelsen skjedde.

Om pasienten/bakgrunn

Pasienten var en jente på 14 år, oppvokst med gifte foreldre og to søsken. XXXXXX (tatt ut resten av avsnitt).

Hun var mye plaget med søvnforstyrrelser og nedsatt matlyst. Hun hadde problemer med sosial fungering og trakk seg gradvis vekk fra vennekretsen. Selvmordstankene kom først flyktig, deretter hyppigere, ofte utløst av frustrasjoner. Endringer i hverdagen som gjorde den mindre forutsigbar, som for eksempel at en lærer ikke kom på skolen, kunne utløse tilbaketrekning og selvmordstanker. Hun hørte også i perioder en kvinnestemme. Det er beskrevet episoder hvor pasienten rispet seg med skarp gjenstand, og ved et tilfelle inntok hun

tabletter med paracetamol. Ingen av episodene med selvskading var av en slik karakter at de krevde somatisk behandling.

Den første kontakten med barne- og ungdomspsykiatrien var i XXXXXX. Hun var innlagt i ett døgn ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt, på grunn av selvmordstanker. Hun hadde i etterkant av innleggelsen oppfølging av BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX. Hun hadde også oppfølging fra BUP døgnavdeling, Ambulant team (AMT).

Høsten XXXXXX hadde hun ytterligere to innleggelser ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt. I september var pasienten innlagt i tre døgn. Ved den neste innleggelsen, i XXXXXX, var hun innlagt i to døgn. Begge innleggelsene var på grunn av selvmordstanker og konkrete selvmordsplaner.

En psykolog var hennes behandler ved BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX. Utredning og diagnostisering av pasienten tok lenger tid enn forventet. Pasientens hyppige behov for hjelp og støtte ble prioritert av behandler. Pasienten hadde tilbud om og benyttet seg av muligheten til å kontakte behandler per telefon og e-post.

En utredningsrapport fra behandler ble sendt til vurdering av spesialist i XXXXXX.

Ved innleggelse BUP døgnavdeling, enhet for akutt den XXXXXX forelå det ikke en endelig godkjent utredningsrapport.

Pasientbehandlingen/hendelsen

Den XXXXXX hadde BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX kontakt med pasienten over telefon. Pasienten beskrev i telefonsamtalen at hun hørte devaluerende stemmer. Hun fikk tilbud om en øyeblikkelig hjelp-vurdering ved BUP XXXXXX poliklinikk XXXXXX den XXXXXX, noe som ikke lot seg gjøre. I samråd med behandler ved BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX kontaktet foreldrene XXXXXX legesenter. Hun ble henvist til tvungen observasjon etter psykisk helsevernloven § 3-2. Senere samme dag ble hun motvillig innlagt BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Foreldrene samtykket til innleggelse etter psykisk helsevernloven § 2-1, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

Ved innleggelsen hadde pasienten tilsyn hvert 30. minutt på dag/kveld (våken tilstand) og hvert 60. minutt på natt (ved søvn). Dagen etter, den XXXXXX, ble tilsynsfrekvensen endret til hver time på dag/kveld (våken tilstand) og hver tredje time på natt (ved søvn).

Det fremkommer ikke av pasientjournalen om det ble foretatt ytterligere vurdering av spesialist, eller om hun fikk noen form for medikamentell behandling under innleggelsen.

Den aktuelle hendelsen - tidsrommet XXXXXX

Tre pasienter var innlagt i avdelingen. Det var to helsepersonell, hvorav en sykepleier og en sykepleierstudent, på nattevakt. Etter vaktskiftet uttrykte pasienten et ønske om at personalet skulle være sammen med henne. Ett personale var etter dette sammen med pasienten.

Kl. 22.45 den XXXXXX hadde hun lagt seg i sengen. Hun ba personalet om å fjerne en hyssing hun hadde liggende på badet. Personalet satt inne hos pasienten for å trygge henne. Etter en stund satte personalet seg utenfor rommet på en stol med innsyn inn til pasienten.

Kl. 00.10 den XXXXXX hadde pasienten tilsynelatende roet seg i sengen, og personalet gikk til vaktrommet. Ved tilsyn kl. 01.05 var ikke pasienten i sengen. Hun ble funnet strangulert på baderommet. Personalet sjekket puls og pust og startet umiddelbart med hjerte-lunge-redning. Ambulansse ble tilkalt, og pasienten ble etter hvert fraktet til XXXXXX universitetssykehus. Den XXXXXX ble pasienten erklært død.

Helseforetakets oppfølging av involvert helsepersonell

Ledelsen har fulgt opp involvert helsepersonell har med individuelle samtaler og fellesmøter i henhold til etablerte prosedyrer ved XXXXXXHF.

Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

Pasientens pårørende ble kort tid etter hendelsen kontaktet. De fikk vite om hendelsen, at pasientens tilstand var kritisk, og at hun var blitt transportert til XXXXXX universitetssykehus. XXXXXX tilbød pårørende oppfølging i etterkant av hendelsen.

Foreldrene gjorde ledelsen oppmerksomme på at ansatte i virksomheten hadde ulike beskrivelser av hendelsesforløpet. Ledelsen ved virksomheten har gjennomgått journalen, og hatt samtaler med aktuelle ansatte. Det ble oppdaget at foreldrene kan ha fått upresis informasjon. Ledelsen har i etterkant beklaget og redegjort for dette i brev til foreldre, datert XXXXXX.

Opplysninger fra pårørende til Statens helsetilsyn

I samtalen med Statens helsetilsyn fremkom det klart at pårørende var særlig opptatt av dokumentasjon i pasientjournalen, rutiner og prosedyrer ved enhet for akutt, kompetanse og vurderinger som foretatt tett opp til hendelsen og hvordan Statens helsetilsyn vil vurdere saken.

Foreldrene var tydelige på at det var av stor betydning for dem at hendelsen ble brukt som bidrag til endringer, slik at denne type hendelser ikke skjer igjen.

Foreldrene ble informert om at det var en annen person enn det de fikk opplyst som hadde fulgt opp datteren den natten hendelsen fant sted. For dem ser det ut som om rollene til de to som var på nattevakt er byttet om i pasientjournalen. Foreldrene ble oppmerksomme på dette i samtale med ledelsen, og senere fikk de dette bekreftet ved gjennomgang av pasientjournalen. Foreldrene ga uttrykk for at de da ble usikre på om de kunne feste lit til det som var nedtegnet i journalen. Foreldrene var opptatt av at det riktige saksforholdet legges til grunn for Helsetilsynets vurderinger.

Foreldrene reagerte på hvordan datteren hadde blitt tatt imot ved tidligere innleggelse. I en inntakssamtale ble hun konfrontert med at «hun ikke måtte tro hun bare kunne komme hit til XXXXXX så fort hun fikk det litt vanskelig». Ved et annet tilfelle ble hun konfrontert med at forsøk på å ta sitt eget liv med bruk av paracetamol er noe av de farligste hun kunne gjøre, og at det var veldig vanskelig å behandle. Foreldrene opplevde dette nærmest som å gi den beste oppskriften til en metode å ta sitt eget liv på.

Foreldrene stilte seg også undrende til den ulike praksisen de opplevde ved innleggelsene. Noen ganger ble det gjennomført full kroppsvisitasjon, og fjerning av lisser, belter og snorer i tøy. Andre ganger var det ikke gjennomført noen gjennomgang av datterens bagasje. Foreldrene etterlyste tydelige rutiner og prosedyrer for sjekk av pasienter.

Datteren ga ved flere anledninger foreldrene tilbakemelding om at hun måtte be om å få faste medisiner på kvelden. Til slutt ga hun opp å spørre. På spørsmål fra foreldrene sa hun «Jeg får jo ikke den hjelpen jeg trenger uansett». Foreldrene opplevde at datteren ikke ble hørt eller trodd, da hun henvendte seg til personalet for å formidle at hun ikke hadde det bra.

I etterkant av hendelsen ble foreldrene gjort oppmerksomme på at datterens «medisinark» for de siste fire dagene ikke er å finne. Personalet ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt, mener at medisinarket ble sendt med pasienten til XXXXXX universitetssykehus. Foreldrene stiller spørsmål til om det er et godt nok system at medisinark ikke finnes direkte som en del av elektronisk journal. Etter deres vurdering kunne denne problemstillingen vært unngått hvis medisinarket hadde vært en del av den elektroniske journalen.

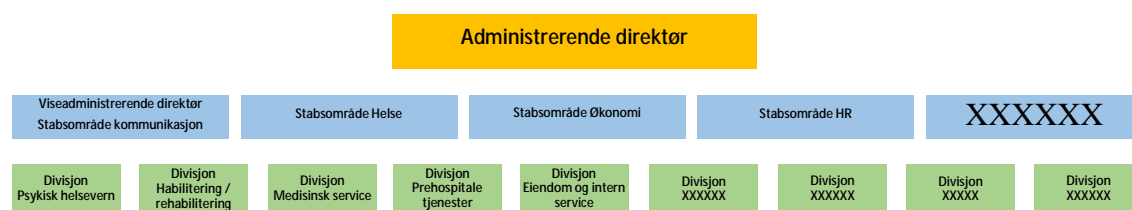
Foreldrene har hatt samtaler med andre ungdommer som var til stede i enheten da hendelsen fant sted. I følge far ble datteren kvelden den XXXXXX konfrontert av personalet om publisering av bilder på sosiale medier. Personalet hadde sagt at hun skulle være varsom med å dele bilder av andre enn seg selv. Hun hadde ifølge foreldrene tatt dette tungt. Far hadde opplysninger om at medpasienter hadde henvendt seg til personalet på vakt og sagt ifra om datterens reaksjon. Personalets respons var at dette var ikke noe de andre pasientene skulle legge seg opp i.

Foreldrene mente at samtaler mellom dem som pårørende og behandlere og helsepersonell ikke er riktig gjengitt i pasientjournalen. De reiste spørsmål om hvorfor ikke virksomheten i større grad tok hensyn til informasjonen de ga.

Foreldrene opplevde ikke å ha blitt ivaretatt av BUP døgnavdeling, enhet for akutt, hvor hendelsen fant sted. De satt igjen med en opplevelse av å ikke ha blitt hørt, og beskrev et anstrengt forhold til BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Foreldrene formidlet at de hadde fått god oppfølging av BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX og AMT.

XXXXXX HF

XXXXXX er ett av elleve helseforetak under XXXXXX RHF. Virksomheten omfatter spesialisthelsetjenester innenfor somatikk og psykisk helsevern. XXXXXX er organisert i divisjoner. Hver divisjon ledes av en divisjonsdirektør. I tillegg har XXXXXX stabsområder og et prosjektområde.



Figur 1 Overordnet organisering av XXXXXX

XXXXXXHF benytter et elektronisk kvalitets- og virksomhetsstyringssystem. Det elektroniske meldesystemet «Uønskede hendelser» benyttes for rapportering av avvik. Meldte avvik gjennomgås i møter ved enhetene og håndteres i eget kvalitetsråd. I enkelte tilfeller bringes avvik inn for HMS-rådet.

I samtaler gjennomført ved det stedlige tilsynet framkom det at det både ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt og ved BUP poliklinikk XXXXXX var et lavt antall meldte

avvik. Ledelsen på begge steder var av den oppfatning at kulturen for å melde avvik bør forbedres, og har oppfordret ansatte til å benytte avvikssystemet oftere.

Divisjon Psykisk helsevern

Divisjonen består av sykehusene XXXXXX og XXXXXX, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling.

XXXXXX (tatt ut tabell)

XXXXXX HF har organisert seg slik at det, utenom toppledelsen, er fire underliggende ledernivåer. Det er utarbeidet egne funksjonsbeskrivelser for hvert enkelt ledernivå.

XXXXXX (tatt ut tabell)

Opplæring - ansatte ved Divisjon Psykisk helsevern

Divisjon Psykisk helsevern har etablert en prosedyre (XXXXXX) som beskriver obligatoriske punkter for opplæring av ansatte i divisjonen. Blant annet skal det gis opplæring i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.

Divisjonen har egen opplæring for kartlegging av selvmordsrisiko for helse- og miljøpersonell. Det er nærmeste leder som sørger for nødvendig opplæring. Frist for opplæring defineres av nærmeste leder.

Figur 3 Organisering XXXXXX Divisjon psykisk helsevern

Det fremgår av egen prosedyre at vurdering av selvmordsrisiko er rettet mot alle leger, overleger, psykologer, psykologspesialister og annet helsepersonell som leder ved BUP døgnavdeling vurderer som kvalifisert. Nærmeste leder har ansvar for å sørge for påmelding til kurs eller etablere kontakt med veileder. Frist for gjennomført opplæring er satt til før oppstart med selvstendige vakter eller vurderinger. Dokumentasjon for gjennomgått kurs registreres elektronisk etter godkjenning fra veileder og følger den ansatte innen XXXXXX XXXXXX.

Figur 2 XXXXXX - Divisjon psykisk helsevern

Opplæring i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko skal registreres elektronisk og følger den ansatte innen XXXXXX XXXXXX.

Overordnet prosedyre for pasientsikkerhet og forebygging av selvmord

XXXXXX har utarbeidet prosedyrer for pasientsikkerhet og forebygging av selvmord. Prosedyrene baserer seg på Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (XXXXXX). I den overordnede prosedyren utarbeidet av Divisjon Psykisk helsevern, fremkommer det at lukkede døgnenheter bør være tilpasset slik at overvåking av pasienter med forhøyet selvmordsrisiko kan foretas på en forsvarlig og mest mulig skånsom måte.

For å forebygge alvorlige hendelser som hengning eller andre former for selvmordsforsøk, er det understreket at en skal vurdere å sikre gjenstander som kan brukes til dette formålet. Farlige gjenstander holdes atskilt fra en pasient så lenge vedkommende vurderes å være i

selvmordsfare; tau, belter, skolisser, skjerf og slips, skarpe/skjærende gjenstander samt fyrstøy eller giftige substanser nevnes som eksempler på hva som betraktes som farlige gjenstander.

I prosedyren gis det føringer på at alle døgnenheter ved Divisjon Psykisk helsevern gjennomgås årlig for å identifisere og eventuelt fjerne mulige festepunkter for hengning, eller andre bygnings- og interiørdetaljer som kan utgjøre en fare for pasienters sikkerhet. Dette kan blant annet gjelde: gardinoppheng, dusj- og lysarmaturer, dør-, vindus- og skaphåndtak, listverk, rør eller pipeløp og møbler. Andre mulige farer i enhetens miljø eller i den umiddelbare nærhet til enheten bør identifiseres, og sikring eller fjerning vurderes. Dette kan blant annet gjelde, sikring av vinduer og trappehus mot utsprang, sikring av dører mot rømming og sikring av dører i pasientrom mot blokkering (dører skal svinge utover, ikke innover).

BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX

BUP XXXXXX HF innenfor XXXXXX fylke, består av til sammen fem poliklinikker fordelt på XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX og XXXXXX. Poliklinikken ledes av en sentralt plassert avdelingssjef. Det er to enhetsledere underlagt avdelingssjefen. Enhetslederne har ansvar for henholdsvis XXXXXX og XXXXXX, og XXXXXX, XXXXXX og XXXXXX.

Det henvises ca. 600 nye pasienter til BUP poliklinikk XXXXXX årlig. Til enhver tid har poliklinikken omtrent 1200 pasienter i behandling. Hvert år innlegges 11-15 pasienter ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Utredning av pasienter med behov for døgnopphold foregår vanligvis ved BUP døgnavdeling, XXXXXX på XXXXXX.

Før innføring av elektronisk pasientjournalssystem (DIPS) var det jevnlig kommunikasjon mellom enhetene i BUP om inneliggende pasienter. Det ble opplevd at det å innhente direkte informasjon om pasientene var viktig. Etter at det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS ble tatt i bruk, ble ikke dette ansett som nødvendig. BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX forholder seg i større grad til den skriftlig dokumenterte informasjonen ved gå gjennom journalnotater og annet om pasienten fra andre enheter.

På ledernivå har det vært et ønske om å fastholde rutinen om direkte informasjonsutveksling om innlagte pasienter. Kommunikasjon om inneliggende pasienter skjer nå som oftest elektronisk, fortrinnsvis gjennom funksjonen «gule lapper» i DIPS. Det er ikke utarbeidet prosedyrer eller retningslinjer som sikrer kontakt mellom BUP døgnavdeling, enhet for akutt og BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX ved innleggelser.

BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX samhandler med BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Samarbeidet oppleves som godt. Det er møter mellom enhetene hvert halvår hvor alle innleggelser blir gjennomgått. Poliklinikk XXXXXX opplever BUP døgnavdeling, enhet for akutt som imøtekommende, og at de strekker seg langt for å bistå.

Utredning, behandling og oppfølging

Utredning og diagnostisering av ungdom er hovedsakelig lagt til den polikliniske virksomheten. Ulike kartleggings- og diagnoseverktøy (som DAWBA¹ og Kiddie-SADS²), observasjoner og samtaler med pasienten og pårørende benyttes for å stille en foreløpig

¹ Development and Well-Being Assessment; et diagnostisk verktøy for å fange opp vanlige barne- og ungdomsdiagnoser (DSM-IV)

² Et bredt semistrukturert DSM - IV intervju som dekker de fleste psykiske lidelser hos barn og unge.

diagnose. Den diagnostiske utredningen diskuteres internt før det konkluderes med en endelig diagnose.

Spesialistinvolvering

BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX har implementert divisjonens overordnede prosedyre for spesialistinvolvering.

Opplæring

Det gjennomføres årlige vurderinger av ansattes faglige kompetanse og om det er behov for faglige oppdateringer eller kurs i forbindelse med innføring av nye metoder eller behandlingsprinsipper. BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX har i tillegg egne fagdager. Tre ganger i året møtes alle ansatte i halvdagsseminar som tar opp aktuelle faglige spørsmål. Seksjonens ledere og ansvarlige for behandling av pasientene har i tillegg to egne fagdager. Legene ved BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX deltar fire ganger i året på samlinger i regi av XXXXXX(XXXXXXlegesamlingene).

Prosedyrer og retningslinjer

Det er et samarbeid mellom BUP XXXXXX og BUP XXXXXX for utarbeidelse av prosedyrer. Det avholdes jevnlig ledermøter som følger opp arbeidet med felles prosedyrer.

BUP døgnavdeling

BUP døgnavdeling på XXXXXX HF ligger på XXXXXX, og er en ungdomspsykiatrisk seksjon med døgntilbud for unge mellom 12 og 18 år med psykisk sykdom, også øyeblikkelig hjelp. Seksjonen skal dekke tjenestebehovet for ungdom i XXXXXX og XXXXXX.

BUP døgnavdeling består av tre enheter; stabsenhet, enhet for akutt og enhet for utredning og behandling. Ledelsen for BUP døgnavdeling er plassert i stabsenhet (ledernivå 4). Enhet for akutt og enhet for utredning og behandling er organisert med hver sin stedlige leder (ledernivå 5). Stedlige ledere har ikke personalansvar for ansatte knyttet til stabsenhet.

Den enkelte behandler følger i hovedsak opp pasienter ved en av enhetene, men systemet er lagt opp slik at behandlere dekker opp for hverandre ved fravær. XXXXXX sykehus har i tillegg en døgkontinuerlig legevaktordning med forvakt (LIS) og bakvakt (overlege).

AMT jobber med oppfølging av pasienter etter innleggelse (ettervern) er tilknyttet stabsenheten. Teamet består av tre sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsevern. Deres primæroppgave er å følge opp pasienter utskrevet fra enhet for akutt. Vanligvis følges pasientene opp til et eventuelt poliklinisk behandlingstilbud er etablert.

BUP døgnavdeling, enhet for akutt

Behandlerne ved enhet for akutt består av overleger, psykologspesialist, leger i spesialisering (LIS) og psykologer i spesialisering. De er organisatorisk plassert og tilknyttet stabsenheten. Deres nærmeste leder er seksjonsleder. En av to overlegestillinger er fast besatt.

De fast ansatte ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt er sykepleiere og vernepleiere med og uten videreutdanning i psykisk helsevern, og barnevernspedagog. Det er tredelt turnus. På dag- og kveldsvakt er det seks personale på jobb. Fra mandag til fredag er det to personale på nattevakt. I helgene er bemanningen på natt økt til tre personale. Innleie av ekstravakter er lagt til miljøkoordinator (MK). Vaktkoordinator (VK) har ansvaret for den enkelte vakt og fordeler personell ut fra pasientbelegg og behov. Stedlig leder er de ansattes nærmeste overordnede.

Behandling og oppfølging

BUP døgnavdeling, enhet for akutt har som mål å etterleve Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» som anbefaler spesialistvurdering innen 24 timer for pasienter innlagt ved akuttpsykiatriske avdelinger. Alle med behandlingsansvar deltar i den daglige behandling og oppfølging av innlagte pasienter ved avdelingen.

En spesialist i barne- og ungdomspsykiatri er delaktig i den daglige oppfølgingen av innlagte pasienter og deltar fast i morgenrapportmøter, leser pasientjournaler og deltar i planleggings-/koordineringsmøte for behandlere og ledelse. I disse møtene foregår også tverrfaglige drøftinger av innlagte pasienter.

Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Vurdering av selvmordsrisiko gjøres av den behandlingsansvarlige legen eller psykologen.

Opplæring

Nyansatte får tre opplæringsvakter. Dokumentasjon på gjennomførte opplæringsvakter finnes i helseforetakets kvalitetssystem. Noen ansatte har vært på kurs og fått opplæring i blant annet emnet selvmordsrisiko.

Relevante prosedyrer og retningslinjer

Det er utarbeidet en egen prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter innlagt ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt (XXXXXX). Prosedyren beskriver typer av observasjon i to nivåer: kontinuerlig observasjon når selvmordsfaren er stor, og intervallobservasjon når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon.

Enhet for akutt har en prosedyre for gjennomgang av private klær og eiendeler (XXXXXX). Formålet er å sikre at pasienter ikke har med seg gjenstander som behandlere og miljøpersonale ikke ønsker skal oppbevares fritt i avdelingen. Gjennomgang av bagasje er begrunnet i risiko for selvskading, misbruk, selvmord og vold. Bagasje, ytterklær og sko til alle pasienter som legges inn ved akuttposten skal rutinemessig gjennomgås. Det fremgår av prosedyren at det også skal vurderes å gå gjennom bagasje og tøy når pasienten kommer tilbake fra permisjoner.

Statens helsetilsyns befaring ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt

Ved befaring ved enhet for akutt ble det observert gjenstander som potensielt kunne være farlige, og som kunne brukes til å kunne skade seg selv eller andre. Helsetilsynet så at det på aktivitetsrommet blant annet var malerpensler, med lange spisse skaft. Nakkeputer i fellesarealene sittegrupper var festet med lange lærreimer. Ved inngangen til en av korridorene med pasientrom var det en løs bjelke med 5 cm spisse treskruer i skilledøren. Musikkinstrumenter med strenger lå åpent fremme i fellesarealer. En rekke tekniske gjenstander med løse kabler, og pepperkaker som var festet i gardinstang med kraftig hyssing. På pasientrom var det gardiner enkelt festet i ordinære gardinfester.

Forholdene ble påpekt i oppsummerende møte, og divisjonsledelsen iverksatte umiddelbare tiltak for å rette opp i forholdene. En beskrivelse av forholdene som ble rettet på er oversendt Helsetilsynet i etterkant av gjennomføringen av det stedlige tilsynet.

Foretakets interne gjennomgang av hendelsen

XXXXXX HF ble som ledd i oppfølging av hendelsen bedt om å gjennomføre en intern analyse av hendelsen innen utgangen XXXXXX. XXXXXX HF ba om utsatt frist, og meldte

at de kunne levere analysen i løpet av XXXXXX Statens helsetilsyn mottok virksomhetens hendelsesanalyse og forslag til forbedringstiltak fra XXXXXX HF XXXXXX.

Hendelsesanalysen er basert på dokumentasjon i DIPS, sak og vedlegg i XXXXXX XXXXXXs system for uønskede hendelser og relevante dokumenter i kvalitetssystemet (Selvmord: Fysisk sikring av døgnenheter, Innlagte pasienter, Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko og Observasjon av risiko hos innlagte pasienter). I tillegg er Nasjonale retningslinjer benyttet. I forbindelse med gjennomføringen av hendelsesanalysen er det gjennomført seks intervjuer.

Nedenfor gjengis funn, forslag til tiltak og allerede iverksatte tiltak i forbindelse med XXXXXX HFs interne gjennomgang av hendelsen:

«Før innleggelse (Poliklinisk oppfølging):

- Manglende hypotese – ikke avklart diagnostikk
- Manglende evaluering av behandling
- Den aktuelle behandling basert på familieveiledning og mestring uten forventet effekt
- Manglende dokumentert involvering av spesialist

Under innleggelse (ved BUP akuttenhet):

- Manglende dokumentert kvalitetssikring/ spesialistvurdering av innkomstjournal og selvmordsrisikovurdering
- Manglende dokumentert spesialistinvolvering i hele forløpet
- Manglende involvering av lege i forbindelse med medisiner og oppfølging av somatisk tilstand
- Ikke dokumentert forhold knyttet til bruk av tvang/ikke tvang ved innkomst
- Manglende prioritering og tydeliggjøring av fokus vedrørende diagnostikk og behandling
- Manglende dokumentert begrunnelse ved endring av tilsynsstatus
- Ulike diagnostiske hypoteser er drøftet i behandlerjournal. Ut fra fremkommet informasjon synes de diagnostiske hypotesene ikke nedfelt i tverrfaglig behandlingsplan eller dokumentert i tverrfaglige notater. Det er ikke dokumentert behandlingspl tiltak/forordninger for observasjon og dokumentasjon av spesifikke kliniske symptomer som kan gi grunnlag for nye vurderinger.
- Dokumentasjon fra tverrfaglig behandlingssmøte XXXXXX adresserer ikke sentrale problemstillinger og redegjør ikke for videre plan og hva som er begrunnelsen for at pasienten ikke skrives ut.

Andre funn/risikoer

- Ut fra fremkommet informasjon kan det synes som om en har få eller/og for korte tverrfaglige møte punkter for drøfting av diagnostiske hypoteser, hvilke tiltak som bør følge vurdering av tilstand og endring av behandlingsplan
- Ikke egen vaktlinje for BUP som sikrer kvalitet i mottak og planer.
- Sjelden erfarne fagpersoner med videreutdanning på post om natta.
- Tendens til at observasjoner kan fremstå fortolkende fremfor deskriptive
- Mange meldinger registrert i XXXXXX. Flere er ikke godkjent av nærmeste leder og mange er ikke ferdigbehandlet behandlet videre.

Forslag til tiltak

- Tydeliggjøring av enhetens primæroppgave(akutt) og prioritering av tiltak.
- Større grad av spesialistinvolvering og drøftingsmuligheter både i poliklinikk og døgnavdeling.
- Førstedagsnotat fra spesialist etter samtale med pasient: Spesialist skal skrive notat som inneholder tentativ diagnose/problemstilling, kort tidligere sykehistorie, mål for behandling/prognosevurdering, behandling og spesielle observasjoner av aktuell pasient.
- Flere tverrfaglige behandlingsmøter med drøftinger, avklaringer, prioritering og tiltak som dokumenteres og nedfelles i behandlingsplan. (Kan eventuelt løses med tverrfaglige behandlingsteam rundt hver enkelt pasient.)
- Struktur i tverrfaglige møter skal sikre begrunnelser og konklusjoner for valgte tiltak.
- Sikre og dokumentere evaluering, vurdering og endring av tilsynsstatus.
- Bedre rutiner for dokumentasjon og gjennomføring av sikringstiltak (fjerning av gjenstander).
- Samhandling med poliklinikk om diagnostikk om aktuelt.
- Gjennomgang av enheten for å sikre fysisk miljø, spesielt t punkter som kan brukes som forankring ved henging; dørhåndtak, blandebatterier, dusj og så videre.
- Gjennomgang av prosedyrer og veiledere (på divisjonsnivå?). Behov for mindre rom for skjønn i forhold til anvendelse av de ulike prosedyrene.

Iverksatte strakstiltak:

- Innført sikringstiltak etter anbefalinger fra helsetilsynet. Fjernet alt som kan brukes til selvskading/suicid
- Alle inkomster sendes til barnepsykiater for godkjenning
- Spesialist har en samtale med alle pasienter første virkedag, samt at spesialist konfererer med behandler i Bup-Poliklinikk (dersom pasient er i poliklinisk behandling), for å planlegge behandlingsforløp, samt sette overordnede føringer for videre behandling.
- Behandlert møte to ganger i uken hvor alle pasientene gjennomgås.
- Mal for gjennomføring av tverrfaglig behandlingsmøte.
- Prosedyre for å sikre spesialisttilsyn innen 24 timer under utarbeiding.»

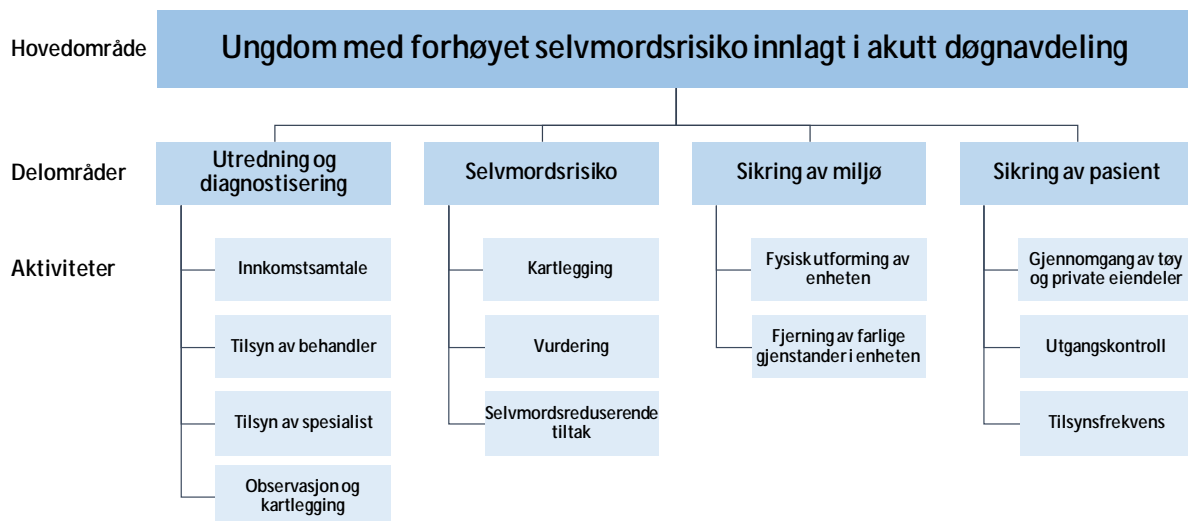
Tidslinje, aktiviteter og risikoområder

XXXXXX (tatt ut tabell)

Figur 4 Tidslinje og aktivitet

De gule feltene i skjemaet beskriver tidslinjen fra første kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien og frem til den alvorlige hendelsen som fant sted XXXXXX. De hvite feltene viser hvilke aktivitet, og områder hvor det potensielt er fare for svikt, i behandling av pasienten.

Nedenfor følger en skjematisk presentasjon av de områder Statens helsetilsyn anser som særlig risikoutsatte områder i forbindelse med innleggelsen ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt XXXXXX.



Figur 5 Områder med fare for svikt

Aktuelt regelverk

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om helseforetaket har gitt pasienten forsvarlig helsehjelp, og om helseforetaket har organisert seg slik at de sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner. Her presenterer vi det regelverket som er relevant for å vurdere dette. De aktuelle bestemmelsene er sitert i vedlegg til rapporten.

Forsvarlig helsehjelp

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

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

Virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter på en slik måte at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Samtidig har helsepersonell en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven, og stiller krav til at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene til enhver tid er i samsvar med god praksis.

Forsvarlighetsvurderingen av helsepersonells handlinger skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Forsvarlighetsstandarden tar utgangspunkt i hva som forventes ut fra kvalifikasjoner, men må også vurderes i lys av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det som står sentralt er

hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i en konkret situasjon på bakgrunn av egne kvalifikasjoner, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Kravet om forsvarlighet er også et krav om forsvarlig organisering av tjenesten. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og ledelsesmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Det skal gjennomføres organisatoriske og systematiske tiltak som sikrer tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet og nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetenes plikt til å foreta systematisk kvalitets- og pasientsikkerhets arbeid (internkontroll). Dette synliggjøres i helsetilsynsloven § 3 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal bidra til faglige forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Virksomheten skal gjennom systematisk styring av virksomheten tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Virksomheten skal blant annet ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og der det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Dette innebærer at virksomheten skal ha den oversikten som er nødvendig for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av helselovgivningen.

Det følger av Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv 1-2/2013 – «Lederansvaret i sykehus», at systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet skal forankres og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle. Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er på denne måten en sentral del av ledelsens styringssystem for sykehuset. Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke skal være tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet.

Krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Enhver som yter helsetjenester (herunder helseforetakene) skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. I bestemmelsen pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til drive internkontroll for å tilrettelegge for en forsvarlig virksomhet. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Informasjon til pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetakene plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Pasientens nærmeste pårørende har også rett til å få informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd.

Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp under oppholdet på BUP døgnavdeling, enhet for akutt, XXXXXX HF, XXXXXX, og om helseforetaket sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner. Vi har kommet fram til at det sentrale i denne saken er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp.

Etter en helhetsvurdering har vi ikke funnet grunn for å vurdere administrativ reaksjon mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den oppfølging pasienten fikk.

Statens helsetilsyn har vurdert følgende:

- om XXXXXX HF ga pasienten forsvarlig helsehjelp
- om XXXXXX HF har lagt til rette for forsvarlig helsehjelp til ungdom innlagt ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt
- om XXXXXX HF har innrettet tiltak for å forhindre at liknende hendelser skjer igjen
- om pårørende er informert og ivaretatt i etterkant av hendelsen.

Ga helseforetaket pasienten forsvarlig helsehjelp?

Fikk pasienten forsvarlig utredning ved BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX?

Utredning og diagnostisering av psykisk lidelse hos barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten er beskrevet i «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (IS-1570, utgitt av Helsedirektoratet i 2008). I veilederens kapittel 3.2. anbefales det at det lages en utredningsplan som både beskriver planlagte utredninger, fagpersoner som skal delta og tidsperspektiv for utredningen.

Utredningen skal være tverrfaglig og omfatte både anamnesticke opplysninger, kartlegging av relevante vansker og funksjonsnivå, systematiske intervju og eventuelt kognitiv og somatisk utredning. I tillegg bør den inneholde supplerende opplysninger fra skole/barnehage. Det anbefales bruk av systematisk diagnostisk intervju, spørreskjema og standardiserte utredningsinstrumenter som støtte i utredningen.

Den diagnostiske vurderingen skal være en samlet vurdering av pasientens tilstand og livssituasjon, både problemer og ressurser. Dette bør gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon. Diagnosen bør stilles av psykologspesialist og/eller psykiater basert på tverrfaglig drøfting.

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening har laget en egen veileder i barne- og ungdomspsykiatri. På grunn av kompleksiteten i blant annet både utvikling, miljø, biologiske, psykologiske og sosiale faktorer og symptombildet hos unge understrekes viktigheten av å

inkludere familie/pårørende og andre aktører i barnets/ungdommens liv i utredning og behandling. Veilederen beskriver faglige forventninger til god praksis og baserer seg på nasjonale og internasjonale retningslinjer og veiledere samt anerkjent litteratur på området.

Vurdering

I samtaler framkom det at ansvaret for utredning og diagnostikk av pasienten var lagt til BUP poliklinikk XXXXXX. Opplysningene om hennes organiske hjerneskade er lite omtalt. Det er ikke drøftet om hun kunne ha en organisk personlighetsforstyrrelse. Etter gjennomgang av pasientjournalen og opplysninger framkommet i intervjuene, vurderer Statens helsetilsyn at virksomheten hadde for lite fokus på den organiske hjerneskaden og følgetilstandene av denne hos pasienten. Somatiske og psykiske lidelser er ikke atskilte fenomener, og vi mener at det heller ikke kan behandles slik. Dette burde etter vår mening gjenspeilet seg i behandlingen av pasienten.

BUP poliklinikk XXXXXX konkluderte den XXXXXX med at pasienten hadde sosial fobi. Diagnosen ble stilt ved å bruke verktøyene DAWBA og Kiddie-SADS. Alvorlig depresjon, panikk lidelse, generalisert angstlidelse og spiseforstyrrelse ble utelukket. Pasienten var ifølge BUP poliklinikk XXXXXX ikke ferdig utredet da hun døde.

Statens helsetilsyn mener at BUP XXXXXX, poliklinikk XXXXXX, kunne ha gjennomført en raskere og strukturert utredning for å stille riktig diagnose som grunnlag for hvilken behandling pasienten skulle tilbys. Pasienten var i behandling i nærmere seks måneder uten at utredningen var ferdig. Begrunnelsene for at utredning og diagnostisering av pasienten hadde tatt lenger tid enn forventet, var blant annet at det skjedde mye akutt slik at det var vanskelig å få tid til utredningen. Det ble satt en R-kode etter første, andre og tredje opphold. R-koder brukes om symptomer eller problemstillinger inntil utredningen er ferdig.

Tre tidligere innleggelse på akutt døgnavdeling og et forløp som ble mer alvorlig, burde etter vårt syn ha ført til et økt fokus og prioritering av å få diagnostisert pasienten.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn mener at tiden det tok å utrede pasienten avviker fra god praksis. Avviket fra god praksis er imidlertid etter vårt syn ikke så stort at det var uforsvarlig. Årsaken til dette er at selv om det tok lang tid å utrede pasienten, så skyldtes at det akutte hjelpebehovet ble prioritert, og at pasienten hadde en vanskelig diagnostiserbar tilstand.

Fikk pasienten forsvarlig behandling og oppfølging ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt?

Det anbefales at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal kartlegges for selvmordsrisiko. Det forventes at virksomheten har tydelige og innarbeidede prosedyrer for selvmordsrisikokartlegging og -vurdering. Det forventes også at ansatte har kompetanse til både å kartlegge og vurdere, og at det er planer for å sikre kompetanse i virksomheten.

Selvmordsrisiko vurderes både etter statistiske risikofaktorer og etter individuelle risikofaktorer. Statistiske risikofaktorer for selvmord er oppsummert psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet, tidligere selvmordsforsøk, brudd i forhold, selvmord i familien, tap av selvaktelse/ærekrenkelse og manglende nettverk. 70-80 % av de som tar sitt liv, er i kontakt med psykisk helsevern i forkant.

Barn og unge har litt andre risikofaktorer for selvmord enn voksne, og forskjellen er større jo yngre barna er. Den nasjonale faglige retningslinjen tilpasset til barn og ungdom i

spesialisthelsetjenesten er publisert i en artikkel i tidsskriftet *Suicidologi* i 2012 nr. 1. Der understrekes det at ved selvmordsrisikovurderinger av barn og unge må det tas hensyn til familie- og nettverksperspektivet, inkludere pårørende i vurderingen hos spesielt de yngste, og vurderingen må ta utgangspunkt i barnet/ungdommens egen oppfatning av situasjonen. Helsepersonell må videre vurdere den enkelte pasients risiko på bakgrunn av den aktuelle pasientens sykdomsbilde, diagnose, sårbarheter og beskyttende faktorer. Vurdering av selvmordsrisiko brukes til å gjøre informerte valg om behandling og grad av beskyttelse i ulike situasjoner.

Det fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 at ansvarlig for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten.

I følge Helsedirektoratets nasjonale retningslinje (IS-1511) er graden av tilsyn en sentral anbefaling for å hindre pasienten i å skade seg eller ta livet sitt. Miljøtiltakene som gjøres for å øke sikkerheten, bør vurderes i forhold til i hvor stor grad tiltakene reduserer pasientens livskvalitet eller mulighet for selv å kunne ta ansvar for bedring. Døgnseksjoner bør bygningsmessig være tilpasset slik at kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon av pasienter i selvmordsrisiko kan foretas på en forsvarlig og mest mulig skånsom måte.

Det bør foreligge sikkerhetsrutiner for fjerning av farlige gjenstander hos pasienter med selvmordsrisiko. Farlige gjenstander bør holdes atskilt fra pasienter som er vurdert med forhøyet selvmordsrisiko. Særlig gjelder dette gjenstander som kan brukes til henging, men også fyrtøy, giftige og skarpe gjenstander. Andre mulige fysiske farer i seksjonens miljø, eller i den umiddelbare nærhet til seksjonen, bør identifiseres, og sikring eller fjerning vurderes.

Døgnseksjoner skal gjennomgås årlig for å identifisere og eventuelt fjerne mulige festepunkter for henging, eller andre bygnings- og interiørdetaljer som kan utgjøre en fare for pasienters sikkerhet. Aktuelle punkter bør fjernes, ombygges eller tildekkes. Vurdering av tiltak må vurderes ut fra bruken av aktuelle bygningsmasse. Det vil være forskjell på et areal som er tiltenkt skjerming og en åpen sykehusseksjon eller DPS. Dette må ligge til grunn for den årlige vurderingen som skal skje i den enkelte seksjon og som må kunne dokumenteres ved behov, for eksempel ved intern revisjon.

Vurdering

Statens helsetilsyn fikk opplyst at en legespesialist ved BUP døgn, Enhet for akutt går gjennom alle journalnotatene hver dag, og får på denne måten informasjon om den enkelte behandler vurderinger av pasientene. Statens helsetilsyn mener at en spesialistvurdering ikke nødvendigvis innebærer at spesialisten møter pasienten personlig. Uten personlig møte med pasienter forutsettes det imidlertid at spesialisten må lese pasientjournalen skrevet av en ikke-spesialist (lege/psykolog) og godkjenner denne med eget journalnotat. Alternativt må lege/psykolog nedfelle hvilken spesialist med navn og dato vedkommende har drøftet pasienten med. Det er spesialisten som er ansvarlig for vurderingen, og som må derfor sørge for å skaffe seg tilstrekkelig med opplysninger til å kunne ta ansvaret for vurderingene. I spesielle tilfeller og i avdelinger med få pasienter, bør spesialist kunne vurdere alle pasienter personlig.

I BUP døgnavdeling, enhet for akutt, var det på tidspunktet for hendelsen innlagt tre pasienter. Statens helsetilsyn mener dette er et overkommelig antall pasienter å vurdere personlig for en spesialist. Dokumentasjonen på at legespesialist har vurdert, og faglig sett har gått god for behandlerens beslutninger om oppfølging av den enkelte pasient, kan ikke gjenfinnes i journal. Dette er etter vår oppfatning dokumentasjon som skal fremkomme av pasientens journal.

Ved gjennomgang av pasientens journal ble det avdekket svikt i dokumentasjon av behandlingsmøter. Statens helsetilsyn mener det er avgjørende at møter som angår oppfølging og behandling av pasienten dokumenteres.

Det er et felles elektronisk pasientjournalssystem i hele Divisjon Psykisk helsevern. Den beskrevne bruken av elektronisk kommunikasjon skjer ved hjelp av et internt beskjedsystem, såkalte «gule lapper» i DIPS. Det fungerer slik at beskjeden sendes til en personlig mottaker. Avsender er helt avhengig av at mottaker faktisk leser beskjeden for å kunne iverksette tiltak eller formidle viktig informasjon til andre. Denne kommunikasjonsformen utgjør etter vårt syn en risiko for at viktig og kritisk informasjon ikke når de som har behov for den.

I veilederen til barne- og ungdomspsykiatri understrekes viktigheten av å inkludere familie/pårørende i utredning og behandling. Involvering av pårørende er begrunnet med de sammensatte faktorene til utvikling av psykiske lidelser hos ungdom og at symptomene på psykiske lidelser kan opptre på ulike måter hos den enkelte ungdom. I samtale med foreldrene fremkom det at de opplevde at det ikke ble tatt hensyn til den informasjonen som ble gitt fra dem. De satt igjen med en opplevelse av å ikke ha blitt hørt.

Virksomheter som er underlagt spesialisthelsetjenesten har en plikt til å samhandle med barn og ungdoms foreldre. De skal gis mulighet til å gi og få informasjon, slik at de kan ivareta barnets beste. Etter vårt syn bør XXXXXX HF gjennomgå praksis for involvering av pårørende og vurdere om gjeldende rutiner for dette er tilfredsstillende.

Selvmondsrisikovurderingen gjort ved siste innleggelse ved enhet for akutt har følgende formulering: «selvmordsrisikoen på avdelingen vurderes som lav, da pasienten er ivaretatt av trygge omgivelser». Selvmondsfare er statistisk forhøyet for pasienter når de er innlagt i en psykiatrisk avdeling. Metoden som hyppigst forekommer er hengning. Det vises i denne sammenheng til Rapport fra Helsetilsynet, 3/2009: Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern, februar 2009.

Alvorlig somatisk sykdom er også en risikofaktor for selvmord. Pasienten hadde en kjent følgetilstand av tidligere ubehandlet hjernebetennelse. Ved innleggelsen XXXXXX, dokumenteres: «ingen nydiagnostisert eller alvorlig somatisk sykdom» under beskyttelsesfaktorer i pasientens journal. Dette viser etter Statens helsetilsyns mening at en i møte med pasienten la for liten vekt på hennes alvorlige hjerneskade.

Den alvorlige hendelsen kom overraskende på behandlerne. Dette var fordi pasienten var svært ung, og hadde ingen alvorlig psykisk lidelse eller vanlige risikofaktorer som rusmisbruk, tidligere selvmordsforsøk eller en akutt hendelse forut for selvmordet.

Forebygging i døgnavdelinger handler om tiltak rettet mot alle innlagte pasienter, slik som beskrives i Pasientsikkerhetsprogrammet. Divisjon psykisk helse hadde utarbeidet prosedyrer og retningslinjer i tråd med Pasientsikkerhetsprogrammets anbefalinger. Risikoreduserende tiltak ble ikke etterlevd ved enhet for akutt. Ved befaring ble det observert og avdekket

forhold som ikke fulgte sykehusets prosedyrer. Blant annet ble det observert gjenstander som potensielt utgjør en risiko, og som kunne brukes til å skade seg selv eller andre. Forholdene ble tatt opp på oppsummerende møte, og ledelsen iverksatte umiddelbare tiltak. En beskrivelse av risikoreduserende tiltak er i ettertids oversendt Statens helsetilsyn.

Delkonklusjon

Helsehjelpen pasienten fikk under innleggelse ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra god praksis er så stort at Statens helsetilsyn vurderer det som uforsvarlig.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har etter en samlet vurdering kommet til at XXXXXX ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Har XXXXXX HF lagt til rette for forsvarlig helsehjelp for ungdom innlagt ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt?

Plikten til å drive systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid konkretiseres i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9, og innebærer en plikt til:

- å sikre at man har lagt til rette for at ansatte blir i stand til å utføre sine oppgaver i henhold til regelverk
- å styre virksomheten slik at regelverk faktisk blir fulgt og virksomhetens mål nås,
- å drive systematisk kontroll, slik at brudd på regelverk og interne rutiner oppdages,
- å treffe tiltak hvis regelverk og interne rutiner brytes.
- å evaluere sin virksomhet, slik at man lærer av gode og dårlige erfaringer.

Vurdering

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal bidra til faglige forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav.

Det stedlige tilsynet avdekket at virksomheten ikke hadde tilrettelagt driften ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt slik at personalet var i stand til å utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med regelverk, prosedyrer og gjeldende retningslinjer. I henhold til gjeldende forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten hadde ikke ledelsen sikret at personalet hadde fulgt bestemmelser i forhold til ivaretagelse av pasientsikkerhet og observasjon/ tilsyn med pasienter ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt.

BUP døgnavdeling, enhet for akutt fulgte ikke utarbeidede prosedyrer og retningslinjer for forebygging av selvmord. Ved befaringen som ble gjort ved enhet for akutt i forbindelse med det stedlige tilsynet ble det observert gjenstander som potensielt kunne være farlige, og som kunne brukes til å skade seg selv eller andre. Statens helsetilsyn mottok før det stedlige tilsynet utarbeidede relevante prosedyrer og retningslinjer, herunder gjennomgang av tøy og bagasje, samt hva helsepersonell bør være oppmerksom på i selve enheten av farlige gjenstander pasientene kan benytte for å skade seg selv eller andre.

XXXXXX HF har et ansvar for at prosedyrer har blitt gjennomgått, forstått og etterlevs av personalet. Ved det stedlige tilsynet hadde Statens helsetilsyn samtaler med utvalgte personer

fra personalgruppen, samt en befaring i enheten hvor pasienten var innlagt. Vi fikk opplyst at det ikke var tilstrekkelig gjennomgang av bagasje, noe pårørende også hadde informert om.

XXXXXXHF har ikke sikret at personalet fulgte de prosedyrene som var utarbeidet. Ved befaring bemerket Statens helsetilsyn personalets manglende fokus på risikoreduserende tiltak knyttet til skade/selvskading ved enheten.

Forholdene ble tatt opp på oppsummerende møte, og ledelsen iverksatte umiddelbare tiltak for å rette opp i forholdet. Statens helsetilsyn har mottatt en oversikt over iverksatte tiltak.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at XXXXXX HF ikke har lagt til rette for at helsepersonell kan oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutførelse. Svikten er etter vårt syn så alvorlig at det må anses som brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Har XXXXXX HF innrettet tiltak for å forhindre at liknende hendelser skjer igjen?

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

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Vurdering

I den interne gjennomgangen Statens helsetilsyn mottok fra XXXXXX HF den XXXXXX beskrives funn som samsvarer med det som ble avdekket ved vårt stedlige tilsyn. Foretaksledelsen beskriver forhold som kan ha bidratt til hendelsen, og virksomheten beskriver de utfordringer og områder som må forbedres for økt pasientsikkerhet ved BUP døgnavdeling, enhet for akutt. Statens helsetilsyn har i tillegg til rapporten mottatt nye og oppdaterte prosedyrer. Prosedyrene er revidert på divisjonsnivå.

Statens helsetilsyn etterlyste en plan for hvordan XXXXXX HF skulle sikre at tiltakene ble lest, forstått og etterlevd i praksis. I virksomhetens tilbakemelding på foreløpig rapport beskrives det hvordan risikoreduserende tiltak og reviderte prosedyrene skal implementeres, og på hvilken måte XXXXXX HF sikrer at de blir fulgt.

Konklusjon

XXXXXX HF har iverksatt risikoreduserende tiltak. Etter Statens helsetilsyns vurdering har virksomheten arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Har XXXXXX HF informert/ivaretatt pårørende etter hendelsen?

Informasjon til pårørende bør være så korrekt og fullstendig som mulig, og bør gis så tidlig som mulig. Dette gjelder uavhengig av om det er mistanke om svikt i helsehjelpen. Dersom

pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pårørende informeres om hva som skjedde og hva årsaken kan ha vært. Det skal også gis informasjon om hvilke tiltak virksomheten vil iverksette for å unngå at lignende hendelser skal skje igjen.

I veileder fra Helsedirektoratet IS-2213 om rett til informasjon ved alvorlige hendelser angis at det i noen tilfeller kan være usikkert hva som er årsaken til hendelsen. Virksomheten bør i slike situasjoner gi foreløpig informasjon om hva de vil foreta seg for å undersøke hva som var mulig årsak til hendelsen, og dele den informasjonen de har skaffet seg så langt om hva som faktisk skjedde. Pårørende skal tilbys mer informasjon om mulige tiltak på et senere tidspunkt, når årsaken til hendelsen er nærmere klarlagt.

Vurdering

Statens helsetilsyn registrerer at det er ulike oppfatninger om gjensidig informasjonsutveksling mellom virksomheten og pasientens pårørende. Statens helsetilsyn legger til grunn at pårørende fikk informasjon kort tid etter den alvorlige hendelsen. De fikk opplysninger som kunne belyse årsaken til at den alvorlige hendelsen kunne skje. Pårørende ble videre gitt tilbud om videre oppfølging av BUP døgnavdeling, enhet for akutt. I samtale med foreldrene kom det frem at tilbudet om oppfølging fra enhet for akutt ikke var ønsket. Foreldrene opplever å ikke ha blitt ivaretatt av enhet for akutt. Pasientens foreldre har imidlertid takket ja, og benyttet seg av samtaler med ambulerende team ved BUP døgnavdeling, stabsenheten og videre oppfølging fra BUP XXXXXX.

Konklusjon

XXXXXX HF har etter den alvorlige hendelsen gitt informasjon og tilbud om oppfølging til pårørende ved BUP døgnavdeling, stabsenheten ved AMT og videre oppfølging ved BUP XXXXXX i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.

Statens helsetilsyns konklusjon og oppfølging

Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at XXXXXX HF ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har kommet til at grunnen til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp skyldes at XXXXXX HF ikke har lagt til rette for at helsepersonell oppfyller plikten til å gi forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

XXXXXX HF har iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er fremlagt en nærmere beskrivelse av hvordan tiltakene skal innarbeides i klinisk praksis. Virksomheten redegjør for hvordan hendelsen følges opp videre, og har sendt kopi av relevante dokumenter som understøtter en slik oppfølging. Helseforetaket har iverksatt og implementert relevante tiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende skjer igjen.

XXXXXX HF har etter den alvorlige hendelsen gitt informasjon og tilbud om oppfølging til pårørende ved BUP, døgnavdeling, stabsenheten ved AMT og videre oppfølging ved BUP XXXXXX i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.

Generelle læringspunkter

Statens helsetilsyn mener at gjennomgangen av denne saken har avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. Dette innebærer at andre virksomheter også kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv.

I denne saken har vi valgt å fremheve risikoreduserende tiltak knyttet til skade/selvskading. Andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten bør gå gjennom egne rutiner og vurdere om det er behov for forbedringer.

Farlige gjenstander

Virksomheter innen psykisk helsevern må ha et bevisst forhold til potensielt farlige gjenstander som kan benyttes til skade eller selvskading. Definerte farlige gjenstander omfatter alt som kan brukes til å skade seg selv eller andre, og skal oppbevares i pasientens eget skap på vaktrommet, eller sendes hjem med pårørende. Gjenstander som oppbevares i enheten skal påføres pasientens navn, og registreres på egen liste. Både pasient og personalet signerer ved innlevering og utlevering av gjenstandene.

Gjennomgang av eiendeler, undersøkelse av pasient og pasientrom

Alle virksomheter skal ha skriftlige rutiner for gjennomgang av eiendeler og undersøkelse av pasient og pasientrom ved mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømmingshjelpemidler eller farlige gjenstander er innført eller forsøkes innført i enheten. På samme måte som ved ransaking, skal det ved gjennomgang av rom og eiendeler tilstrebes samarbeid med pasienten.

Pasientene må informeres om innholdet i sikkerhetsinstruksen, slik at de er klar over hva som kan, og ikke kan, tas inn i enheten. De bør også informeres om hvilke rutiner enheten har for oppbevaring av gjenstander som ikke tillates innbrakt i enheten.

Miljøpersonalet skal gå gjennom bagasje og spørre pasientene om de har med seg gjenstander som ikke er tillatt tatt inn i enheten ved innleggelse. Det samme gjelder ved tilbakekomst fra utganger uten tilsyn, permisjoner og eventuelt skolegang.

Vedlegg

Vedlegg 1: Regelverkssitater.

Vedlegg 2: Oversikt over mottatte dokumenter i saken.