

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i helsehjelpen til pasient som tok sitt eget liv innlagt på [REDACTED]

[REDACTED] HF
Saksnummer: [REDACTED]

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helse tjenester





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 endelig rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel av [REDACTED] fra [REDACTED] HF. Saken gjelder en alvorlig hendelse der en pasient under tvunget psykisk helsevern tok sitt eget liv under innleggelsen. Tilsynssaken gjelder helsehjelpen til pasienten, i psykiatrisk akuttmottak og [REDACTED] HF i perioden [REDACTED] til [REDACTED].

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til pasientens pårørende. Vi beklager at utarbeidelsen av den endelige rapporten har tatt noe mer tid enn først forutsatt.

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

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

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

Vi viser til rapporten, og blant annet punkt her om våre forventninger til virksomheten. Det er blant annet ønskelig med en tilbakemelding om ytterligere tiltak som er iverksatt/planlegges iverksatt, samt på hvilken måte [REDACTED] HF vil sikre at tiltak som iverksettes får den ønskede effekten for pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenesten til den aktuelle pasientgruppen.

Vi ber også om at ledelsen informerer pasientens pårørende om eventuelt øvrige tiltak som settes i verk for at lignende svikt i helsehjelpen ikke skal skje igjen.

Vi ber om en tilbakemelding på rapporten innen **seks – 6 – uker** fra mottakelsen av rapporten.

Med hilsen

[REDACTED]
direktør

[REDACTED]
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:
Fylkesmannen i [REDACTED]
pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:

[REDACTED]

Juridiske saksbehandlere:

seniorrådgiver [REDACTED]
fungerende avdelingsdirektør [REDACTED]

Innhold

1	Tilsynets tema og omfang	7
2	Aktuelt lovgrunnlag.....	7
2.1	Forsvarlige helsetjenester	7
2.2	Krav til virksomheter i helsetjenesten	8
2.3	Krav til helsepersonell	8
2.4	Innleggelse i psykisk helsevern	8
2.5	Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.....	8
2.6	Bruk av tvangstiltak ved innleggelse i psykisk helsevern	9
2.6.1	<i>Nærmere om undersøkelse og behandling uten samtykke.....</i>	<i>9</i>
2.7	Pårørendes rett til medvirkning og informasjon.....	9
3	Faglig normering - forventninger til virksomheter som yter helsehjelp til pasienter med ustabil og sammensatt lidelse (rusmiddelmisbruk og alvorlig psykisk sykdom (ROP)), og som innlegges med forhøyet selvmordsfare	9
3.1	Utredning, diagnostisering og behandling.....	10
3.2	Depressive lidelser sammen med psykoselidelse.....	10
3.3	Rusmiddelmisbruk og psykoselidelse	11
3.4	Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko	12
3.5	Forebygging av selvmord	12
3.5.1	<i>Bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak</i>	<i>12</i>
3.5.2	<i>Vurdering av behandlings- og omsorgsnivå</i>	<i>13</i>
3.5.3	<i>Tilsyn med pasienter.....</i>	<i>13</i>
3.6	Behandling med legemidler uten samtykke	13
4	Forhold ved [REDACTED]	13
4.1	Virksomhetens systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid	14
4.2	Prosedyrer og retningslinjer.....	14
4.3	Intern opplæring, videreutdanning og andre kompetansehevende tiltak	15
4.4	Andre tiltak for å forebygge selvmord og alvorlige selvmordsforsøk	15
5	Beskrivelse av pasientforløpet og den aktuelle hendelsen	15
5.1.1	<i>Bakgrunn</i>	<i>16</i>
5.1.2	<i>Innleggelse psykiatrisk akuttmottak (PAM)</i>	<i>16</i>
5.1.3	<i>Innleggelse [REDACTED]</i>	<i>17</i>
5.1.4	<i>Hendelsen.....</i>	<i>17</i>
6	Virksomhetens håndtering i etterkant av den alvorlige hendelsen.....	18
6.1	Intern håndtering i etterkant av hendelsen.....	18
6.2	Virksomhetens tilbakemelding på foreløpig rapport	18
7	De pårørendes tilbakemelding til opplysninger i foreløpig rapport og virksomhetens svar.....	20

8	Statens helsetilsyns vurderinger	20
8.1	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?	21
8.1.1	<i>Utredning og diagnostikk</i>	21
8.1.2	<i>Behandling</i>	22
8.1.3	<i>Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko</i>	23
8.1.4	<i>Forebygging av selvmord</i>	23
8.2	Har [redacted] lagt til rette for og sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med forhøyet selvmordsfare?	24
8.3	Har [redacted] iverksatt nødvendige tiltak for å forhindre at lignende alvorlige hendelser kan skje igjen?	25
9	Statens helsetilsyns konklusjoner.....	26
10	Videre tilsynsmessig oppfølging.....	26
	Vedlegg.....	28

Sammendrag

Saken gjelder tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, der en pasient under tvunget psykisk helsevern tok sitt eget liv under innleggelsen. Tilsynssaken gjelder helsehjelp gitt pasienten i akuttpsykiatrisk mottak og [redacted] ved [redacted] HF i perioden [redacted] til [redacted].

Pasienten hadde en ustabil og sammensatt lidelse, og ble innlagt [redacted] HF som følge av forhøyet selvmordsfare. Pasienten kom fra [redacted], etter å ha [redacted] [redacted] hadde også, [redacted] forut for innleggelsen, hatt et alvorlig selvmordsforsøk i [redacted]. Pasienten ble henvist for observasjon og vurdering av behov for behandling. Det ble først fattet vedtak om tvungen observasjon, og senere om tvunget psykisk helsevern.

Pasienten ble innlagt i akuttpsykiatrisk mottak i påvente av ledig plass ved [redacted]. Under innleggelsen i akuttavdelingen ble selvmordsfaren vurdert som forhøyet, mens voldsrisiko og selvmordsfare ble vurdert som lav ved overflytting til [redacted]. Pasienten ble vurdert å være i fare for seg selv og andre da [redacted] var psykotisk. Det ble gjort forsøk på kartlegging av depressive symptomer, men pasienten bidro ikke til utredningen. [redacted] var redd for at resultatet kunne bli brukt mot [redacted], og føre til [redacted]. Pasienten avsto også tilbudet om medikamentell behandling for depresjon. Det ble vurdert at pasienten hadde en underliggende symptomfattig psykose.

Sykehuset mente at selvmordsrisikoen hos pasienten ble ivaretatt gjennom etablerte rammer med tilsyn og øvrige sikkerhetstiltak i avdelingene. Det ble besluttet at pasienten skulle følge et standard tilsynsregime som innebar tilsyn minimum hver time i avdelingen. [redacted] hadde ikke utgang. Pasienten ble ved tilsyn [redacted] funnet [redacted] livløs [redacted]. Siste observasjon av pasienten var halvannen time tidligere.

Gjennomgangen av saken har avdekket en lengre periode der behandlingsansvarlig ikke var i kontakt med pasienten, at gjeldende rutiner for tilsyn ikke ble fulgt, og at [redacted] og [redacted]. Det kan synes som om virksomheten i for stor grad støttet seg til etablerte rutiner og tilretteleggingen av avdelingene, uten at det ble fulgt opp at oppfølging og behandling av pasienten var i samsvar med dette særlig i forbindelse med forverring av pasientens psykiske helse under innleggelsen. Det er flere forhold ved diagnostisering, oppfølging og behandling av pasienten som utgjør brudd på faglig god praksis, og samlet sett har Statens helsetilsyn kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

Pårørendes rett til å bli hørt i forkant av vedtak om tvunget psykisk helsevern ble ikke ivaretatt, og virksomheten sikret ved dette ikke godt nok beslutningsgrunnlag for sine vurderinger og konklusjoner.

Den avdekkede svikten kan utgjøre fare for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten for andre pasienter i tilsvarende situasjon. Virksomheten har ikke lagt til rette for at helsepersonell i de involverte avdelingene kan utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

1 Tilsynets tema og omfang

HF varslet Statens helsetilsyn om en uventet alvorlig hendelse hvor en pasient underlagt tvungent psykisk helsevern hadde tatt sitt eget liv inne på en lukket psykiatrisk avdeling. Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i å gjennomføre stedlig tilsyn for å kartlegge den aktuelle hendelsen og hvordan det kunne skje.

De sentrale vurderingstemaene i denne saken er om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om HF organisering og styring er i samsvar med plikten til å legge til rette for og å sikre forsvarlig innhold, omfang og utøvelse av forsvarlig helsehjelp. Vi har også vurdert om HF har ivaretatt sin plikt til kontinuerlig arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, herunder om det er iverksatt adekvate og tilstrekkelige tiltak for å forebygge at lignende hendelser skjer i fremtiden. Endelig har vi vurdert om HF har ivaretatt pårørendes rettigheter etter den alvorlige hendelsen.

Under den tilsynsmessige oppfølgingen av hendelsen ble Statens helsetilsyn kjent med at Fylkesmannen i hadde besluttet å føre tilsyn med helsehjelpen pasienten fikk fra og frem til siste innleggelse i tvungent psykisk helsevern i . Helsetilsynets undersøkelser og vurderinger er på grunnlag av dette avørentset til å omfatte tidsrommet fra pasienten ble innlagt til tvungen observasjon frem til den alvorlige hendelsen .

Statens helsetilsyn har valgt å benytte begrepet «behandler» gjennomgående i rapporten. «Behandler» dekker i denne rapporten «behandler, behandlingsansvarlig og faglig ansvarlig».

Statens helsetilsyn har vurdert saken med utgangspunkt i de opplysningene vi har fått ved gjennomgang av oversendte dokumenter og informasjon fremkommet ved samtaler med ansatte ved HF og pasientens pårørende.

2 Aktuelt lovgrunnlag

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, jf. helsetilsynsloven § 2. Gjennom tilsyn fører Statens helsetilsyn kontroll med om helsetjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser.

Vedlagt rapporten følger relevante lovbestemmelser i fulltekst. Vi vil nedenfor redegjøre for innholdet i de mest relevante bestemmelsene for vurderingen i tilsynssaken.

2.1 Forsvarlige helsetjenester

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

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at regelens innhold kan variere over tid. Innholdet i begrepet bestemmes av normer utenfor loven.

Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, som blant annet kan komme til uttrykk i faglitteraturen, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere samt allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

2.2 Krav til virksomheter i helsetjenesten

Gjennom forsvarlig virksomhetsstyring og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (internkontroll) skal virksomhetene sikre at helsetjenestene som tilbys og gis er forsvarlige, og at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det forventes at virksomheten sikrer at tjenesten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, slik at krav i lov og forskrift imøtekommes.

Virksomhetene har også ansvar for å legge tilrettelegge driften slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte, og slik at, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16. Til dette ligger det blant annet et krav til at virksomheten sikrer nødvendige systemer for dokumentasjon av helsehjelpen som gis, og at ledelsen følger opp at regelverk og praksis knyttet til dokumentasjon følges opp av de ansatte, jf. pasientjournalloven § 8.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er nær sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetens plikt til å arbeide med systematisk kvalitets- og pasientsikkerhet (internkontroll). Dette ansvaret er tydeliggjort i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9. Den som har det overordnede ansvaret skal sikre at det arbeides systematisk med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. Ledere på alle nivå har ansvar for å følge dette arbeidet opp.

2.3 Krav til helsepersonell

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

Den som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt, jf. helsepersonelloven § 39. Dokumentasjonsplikten omfatter relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, og innebærer at relevante funn/observasjoner, undersøkelser og helsepersonellets vurdering og behandlingsvalg skal journalføres, jf. helsepersonelloven § 40 med tilhørende forskrift.

2.4 Innleggelse i psykisk helsevern

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

I psykisk helsevernloven er det gjort et skille mellom bruk av tvang i forbindelse med innleggelse i tvungent psykisk helsevern, og bruk av tvang ved selve gjennomføringen av det psykiske helsevernet.

2.5 Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

Forut for innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal pasienten ha blitt undersøkt av lege, jf. psykisk helsevernloven § 3-1. Psykisk helsevernloven §§ 3-2 og

3-3 regulerer innleggelse til henholdsvis tvungen observasjon eller tvungent opphold i psykisk helsevern. Hvem som har kompetanse til å treffe vedtak etter bestemmelsene, hvilke krav som stilles til vedtakets innhold og klageadgangen på vedtak fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3 a.

2.6 Bruk av tvangstiltak ved innleggelse i psykisk helsevern

I psykisk helsevernloven åpnes det for å bruke restriksjoner og tvang under selve gjennomføringen av psykisk helsevern. Følgende tiltak er å betrakte som tvangs- eller restriksjonstiltak, skjerming som pasienten motsetter seg, jf. psykisk helsevernloven § 4-3, undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4, undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvitasjon, jf. psykisk helsevernloven § 4-6, rusmiddeltesting uten pasientens samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-7 a og bruk av tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven § 4-8.

2.6.1 Nærmere om undersøkelse og behandling uten samtykke

Det kan være tilfeller der pasienten motsetter seg undersøkelse og/eller behandling hvor det ut ifra forholdene likevel vil være aktuelt og riktig å gjennomføre undersøkelse/behandling ved bruk av tvang. Et slikt tiltak er å anse som et alvorlig og inngripende tiltak ovenfor den enkelte pasient, og adgangen er regulert i psykisk helsevernloven § 4-4 er oppfylt.

For at en pasient skal kunne behandles med legemidler mot sin vilje, må pasienten være underlagt tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3. Videre kreves det blant annet at pasienten enten mangler samtykkekompetanse eller anses å være til fare for seg selv eller andre. Andre frivillige behandlingstiltak må være vurdert.

2.7 Pårørendes rett til medvirkning og informasjon

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

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

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

3 Faglig normering - forventninger til virksomheter som yter helsehjelp til pasienter med ustabil og sammensatt lidelse (rusmiddelmisbruk og alvorlig psykisk sykdom (ROP)), og som innlegges med forhøyet selvmordsfare

Under dette punktet vil vi redegjøre for de forventninger vi legger til grunn (god faglig praksis) ved vår vurdering av helsehjelpen til den aktuelle pasientgruppen ved: utredning, diagnostisering og behandling inkludert kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko samt forebygging av selvmord.

Vi legger til grunn følgende gjeldende nasjonale faglige retningslinjer som relevante for normeringen:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS 1948)
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)
- Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne (IS-2641)
- Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (IS-1898)
- Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner (IS-2213)
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017 (IS-2182)

3.1 Utredning, diagnostisering og behandling

Det er viktig at helsetjenesten er oppmerksom på utviklingen av tilleggslidelser for pasienter med kjent psykisk lidelse. Samtidig tilstedeværelse av en eller flere komorbide psykiske lidelser er hyppig forekommende hos pasienter med psykoselidelser. De mest aktuelle komorbide lidelsene hos pasienter med en psykoselidelse er angstlidelser, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser og ruslidelser.

Det anbefales at komorbide psykiske lidelser identifiseres og behandles så tidlig som mulig, ettersom samtidige lidelser har en negativ innvirkning både på sykdomsutvikling og resultat av behandlingen av psykoselidelsen (1). Ved opphold i institusjon bør oppfølgingen derfor alltid bestå av en kombinasjon av utredning, behandling og planlegging av videre tiltak (1). Siden forekomsten av komorbide lidelser ved psykoser er høy, anbefales det bruk av strukturerte kartleggingsinstrumenter i utredningen (3). Pårørende kan være en viktig ressurs i utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser, og bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når pasienten ønsker det (2).

Om det ikke lar seg gjøre å etablere en individuell plan, bør virksomheten utarbeide en behandlingsplan som inneholder behandlingsmål, rammer for behandlingen (hyppighet, varighet), behandlingstilnærminger og tiltak, ansvarlige for de ulike tiltakene, kriterier for avslutning og en plan for evaluering av iverksatte tiltak (6).

3.2 Depressive lidelser sammen med psykoselidelse

Depresjon kan forekomme samtidig med psykoselidelser. Ved utredning som skjer i regi av spesialisthelsetjenesten bør en vurdere å supplere utredningen av depresjon med strukturerte intervju- og kartleggingsinstrumenter. Både SCID¹ og M.I.N.I.² er anbefalt å bruke i denne sammenheng (3).

Utredning og diagnostisering av depressive lidelser gjøres i kliniske intervjuer/samtaler med pasienten. For å vurdere graden av depresjon og følge opp effekt av behandlingstiltak, bør det benyttes standardiserte verktøy som MADRS³ og BDI-II⁴ (3). Differensieringen mellom nivåene av depressive episoder foretas ut fra en klinisk vurdering av antall, type og alvorlighetsgrad av symptomene som er til stede (10). Symptomene bør vise seg i to uker eller mer, og symptomene bør være til stede mesteparten av tiden (3).

¹ Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders with Psychotic Symptoms included

² Mini International Neuropsychiatric Interview

³ Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

⁴ Becks depresjonsinventorium-II

Depressive episoder deles inn i mild, moderat og alvorlig og kjennetegnes ved symptomene vedvarende nedstemthet, redusert evne til å kjenne glede og redusert energi. Som tilleggssymptomer kan det være redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder), søvnforstyrrelser og nedsatt matlyst, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om, eller utføring av selvskaade eller selvmord (10).

Graden av depresjon vil være et sentralt moment i vurderingen av hvor pasienten bør motta helsehjelp. Nedenfor følger en revidert, skjematisk oversikt over symptomer på depresjon og anbefalinger knyttet til nivå av helsehjelp.

<p>Nøkelsymptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> • vedvarende tristhet eller nedstemthet, og/eller: <ul style="list-style-type: none"> • tap av evnen til å føle interesse for noe • eller glede seg • tretthet og redusert energi <p><i>Dersom minst ett av disse symptomene er til stede de fleste dager, mesteparten av tiden, i minst to uker, spør om relaterte symptomer.</i></p>	<p>Relaterte symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> • søvnforstyrrelser • dårlig konsentrasjon • initiativløshet og ubesluttsomhet • lav selvtillit, skyldfølelse, selvbebreidelser • og pessimisme • dårlig eller økt appetitt • selvmordstanker eller selvmordshandlinger • uro eller psykomotorisk retardasjon <p><i>Spør deretter om pasientens og familiens anamnese, funksjonstap og tilgjengelig sosial støtte.</i></p>
<p>1.</p> <p>Faktorer som tilsier rådgivning og oppfølging av symptomutviklingen i primærhelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • få av symptomene nevnt ovenfor • ingen depresjon i pasientens eller familiens anamnese • tilgjengelig sosial støtte • periodisk tilbakevendende symptomer eller symptomer som har vært mindre enn to uker • ingen selvmordsrisiko • lite funksjonstap 	<p>2.</p> <p>Faktorer som tilsier aktiv behandling i primærhelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • fem symptomer eller flere • depresjon i pasientens eller familiens anamnese • lite sosial støtte • selvmordstanker • funksjonstap
<p>3.</p> <p>Faktorer som tilsier henvisning til spesialisthelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • dårlig eller ufullstendig utbytte av behandling • tilbakefallsepisode innen ett år • selvmordsrisiko • pasientens uttrykkelige ønske om henvisning • nedsatt evne til egenomsorg 	<p>4.</p> <p>Faktorer som tilsier hastehenvvisning til akutt psykisk helsevern</p> <ul style="list-style-type: none"> • selvmordsplaner • psykotiske symptomer • sterk uro samtidig med en rekke alvorlige symptomer • alvorlig nedsatt evne til egenomsorg

Figur: Revidert tabell hentet fra IS-1561 Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (3).

3.3 Rusmiddelmissbruk og psykoselidelse

Pasienter med kjent psykisk lidelse sammen med rusmiddelmissbruk er omtalt som en høyrisikogruppe for selvmord (5). Ved kjent bruk av rusmidler eller mistanke om samtidig rus- og psykisk lidelse forventes det at det gjøres en systematisk kartlegging og vurdering av både psykisk tilstand og rusmiddelbruk. Det anbefales bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT.

For å redusere negativ innvirkning på behandlingsresultatet og pasientenes prognose bør samtidige rus- og psykiske lidelser identifiseres og behandles parallelt (1). Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering (6). Behandlingsplanen bør fortrinnsvis være forankret i individuell plan (2).

Pasienter innlagt i døgnopphold bør fortløpende monitoreres for inntak av rusmidler. Avdekket bruk av rusmidler under utredningsperioden skal dokumenteres (1).

3.4 Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Det anbefales at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern kartlegges for selvmordsrisiko. Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer bl. a. å spørre pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker eller -planer, og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Dersom kartleggingen gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko bør pasienten følges opp med en nærmere vurdering (4).

Det forventes at virksomheten har tydelige og innarbeidede prosedyrer for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og at det gjøres oppdaterte vurderinger av risiko for selvmord ved vesentlige endringer i pasientens tilstand (4). Både kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko skal foretas av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse.

Selvmordsrisikovurderinger bør basere seg på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord og et klinisk intervju. Oppsummert omfatter statistiske risikofaktorer for selvmord: psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet, tidligere selvmordsforsøk, brudd i forhold, selvmord i familien, tap av selvaktelse eller ærekrenkelse og manglende nettverk. Risikofaktorene er rimelig stabile, men pasientens tilstand kan variere fra dag til dag. Vurderingen av selvmordsfare bør derfor gjøres ofte dersom helsepersonell vurderer at selvmordsfaren er forhøyet. Ytre hendelser vil kunne påvirke selvmordsfaren fra dag til dag (4).

3.5 Forebygging av selvmord

Sammen med tilgjengelighet på kompetent helsepersonell er innretning av tiltak for å beskytte pasienter fra å ta sitt eget liv sentralt i det selvmordsforebyggende arbeidet (4). Det forventes at virksomheter som yter helsehjelp til pasienter med ustabil og sammensatt lidelse med forhøyet selvmordsfare, aktivt og kontinuerlig vurderer om tjenesten har tilstrekkelige beskyttelsestiltak i det enkelte pasienttilfelle.

I det følgende vil vi redegjøre for de beskyttelsestiltak som er mest relevante ved vurderingen i tilsynssaken.

3.5.1 Bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak

Det fremgår av psykisk helsevernforskriften § 3 at institusjoner som mottar pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp ivaretas. Det bør være tilstrekkelig sikring av dører, vinduer, uknuselig glass og innredning som for øvrig tar hensyn til sikkerheten (11).

Virksomheter og ansatte innen psykisk helsevern må ha et bevisst forhold til potensielt farlige gjenstander. Definerte farlige gjenstander omfatter alt som kan brukes til å skade seg selv eller andre. Det bør foreligge skriftlige rutiner 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 enhetens miljø, eller i den umiddelbare nærhet til enheten, bør identifiseres og sikring eller fjerning bør vurderes (4).

Døgneheter bør 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. Andre mulige fysiske farer i enhetens miljø, eller i den umiddelbare nærhet til enheten, bør identifiseres, og sikring eller fjerning vurderes. Begrepet «fysiske farer» omfatter både gjenstander som er farlige i seg selv og gjenstander som kan brukes på en farlig måte (4).

3.5.2 Vurdering av behandlings- og omsorgsnivå

Det er faglig ansvarlig som ut fra en helhetsvurdering beslutter hvilket behandlings- og omsorgsnivå som er best egnet til å gi den enkelte pasient forsvarlige helsetjenester. Pasienter som vurderes å ha høy selvmordsfare, bør innlegges i enheter med bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak som gir mulighet til høy grad av kontroll og med kvalifisert og tilgjengelig personell som møter pasienten med omsorg og respekt (4).

3.5.3 Tilsyn med pasienter

Bruk av tilsyn er sentralt tiltak for å forebygge at pasienter med forhøyet selvmordsfare skader seg selv eller tar sitt eget liv. Døgneheter bør være tilpasset slik at kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon av pasienter, kan foretas på en forsvarlig og mest mulig skånsom måte (4).

Kontinuerlig observasjon bør anvendes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid. Intervallobservasjon bør anvendes ved forhøyet selvmordsrisiko, men ikke så alvorlig at risiko er overhengende og pasienten trenger kontinuerlig observasjon. Ved intervallobservasjon bør det føres tilsyn med pasienten etter definerte maksimumsintervaller, for eksempel 5, 10, 15 eller 30 minutter. For ikke å etablere en forutsigbar tidsrytme som pasienten kan benytte til å skade seg selv anbefales det i tillegg at pasienter tilses i ujevne tidsrytmer, men ikke sjeldnere enn det som er angitt som tilsynsfrekvens. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid.

3.6 Behandling med legemidler uten samtykke

I de tilfeller hvor faglig ansvarlig mener pasienten er i behov av medikamentell behandling, men pasienten ikke selv ønsker slik behandling, må faglig ansvarlig både vurdere om pasienten er samtykkekompetent, og/eller om det er forhold som innebærer at det foreligger en nærliggende fare for pasientens liv eller andres liv eller helse (fare-/voldskriteriet). Videre må behandlingsansvarlig ta stilling til om frivillighet er forsøkt/åpenbart formålsløst å forsøke. Det må også tas stilling til om det foreligger en alvorlig sinnslidelse, og behandlingen må gi en vesentlig bedring av tilstanden eller bidra til at en unngår en vesentlig forverring. Pasienten må videre være underlagt tvunget psykisk helsevern.

4 Forhold ved [REDAKERT] HF

[REDAKERT] HF er et [REDAKERT] og gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern [REDAKERT]

Virksomheten har [REDAKERT] ansatte. [REDAKERT]

Behandlingstilbudet er organisert slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.

Figur 1 Overordnet organisering ved [REDAKERT]

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling tilbyr utredning, behandling og rehabilitering til barn, unge og voksne, og har både fylkesdekkende og spesialiserte enheter samt lokalbaserte tjenester.

[REDACTED]

Psykiatrisk akuttmottak [REDACTED] har øyeblikkelig hjelp plikt overfor pasienter [REDACTED]. Pasientene henvises fra DPS akutteam, fastlege eller legevakt. Innleggelsesgrunnen kan være nyoppstått psykisk lidelse eller forverring av langvarig eller kronisk psykisk lidelse. Opphold i avdelingen skjer fortrinnsvis frivillig, men avdelingen er godkjent for tvangsinnleggelse.

[REDACTED] behandler pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk med mål om å redusere faren for nye alvorlige hendelser. Innlagte pasienter får tilbud om utredning og behandling som inneholder en kombinasjon av miljøterapi, medikamenter, samtalerterapi og samarbeid med familie. Behandlingstiltak og vurderinger nedtegnes i skjema «Aktuell statusbeskrivelse, pasientforløp sikkerhetspsykiatri».

4.1 Virksomhetens systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Etablerte prosedyrer, retningslinjer og rutiner for blant annet opplæring, registrering av kompetanse og gjennomført opplæring, håndtering av avvik, internrevisjon samt ledelsens gjennomgang av avvik er sentrale elementer i [REDACTED] sitt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

I virksomhetens elektroniske kvalitets- og pasientsikkerhetssystem inngår blant annet det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS, kvalitetssystemet Synergi, personalsystemet GAT og Læringsportalen.

Det går jevnlig vernerunder, og det er utarbeidet rutiner for regelmessige risiko- og sårbarhetsvurderinger. I hver seksjon avholdes det hver måned kvalitetsråd, hvor verneombud, tillitsvalgt, fagutviklingsrådgiver og seksjonsleder møtes for å drøfte situasjonen på den enkelte seksjon samt konkrete problemstillinger.

Pasienthendelser som kunne ha/har ført til alvorlig skade eller død meldes som avvik i Synergi. Sykehuset har en innarbeidet praksis ved at meldte hendelser behandles i jevnlig møter i virksomhetens pasientskadeutvalg.

Ved [REDACTED] pasienten var innlagt [REDACTED], gjennomføres det regelmessige sikkerhets- og sårbarhetsanalyser ved bruk av PRISM⁵. Dette er et analyseverktøy som er utviklet for vurdering av situasjonsbetingede risikofaktorer for vold i institusjoner, og er beregnet for bruk for eksempel i sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

4.2 Prosedyrer og retningslinjer

Ansvaret for å utarbeide prosedyrer og interne retningslinjer er lagt på klinikknivå. Den praktiske gjennomføringen av introduksjon og innføring i klinikkens prosedyrer og

⁵ Promoting Risk Intervention by Situational Management

retningslinjer er lagt på avdelings- og seksjonsnivå, hvor det er fagutvikler som har ansvaret for å følge opp at ansatte får kjennskap til, og nødvendig innføring i, innholdet i klinikkens prosedyrer og retningslinjer. Prosedyrer og retningslinjer er lagret i den elektroniske plattformen Læringsportalen, og er påført dato for revisjon. Ledelsen benytter Læringsportalen for å informere personalet om endringer i prosedyrer og retningslinjer.

Statens helsetilsyn fikk oversendt følgende relevante prosedyrer og retningslinjer:

- Observasjon/kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko [REDACTED]
- Selvmordsrisikovurdering - Retningslinjer for opplæring [REDACTED]
- Observasjon/kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko – Sjekkliste [REDACTED]
- Oppfølging av pasient i psykiatrisk døgnsesjon [REDACTED]
- Oppfølging av selvmordstruet pasient. Kontinuerlig- og intervall observasjon i døgnhet [REDACTED]
- Tilsynsregistrering ved [REDACTED]
- Tiltak etter selvmord – Døgnopphold [REDACTED]

4.3 Intern opplæring, videreutdanning og andre kompetansehevede tiltak

[REDACTED] HF har egen opplæring av nyansatte medarbeidere. Samtlige medarbeidere får også opplæring i fysiske intervensjoner. Faste ansatte får videreutdanning i vurdering og håndtering av voldsrisiko. I tillegg gjennomføres det fortløpende undervisning i selvmordsforebygging. Det arrangeres årlige fagdager med undervisning i spesifikke tema. Seksjonens fagutvikler har ansvaret for gjennomføringen av fagdager.

For leger og psykologer er det laget egne kurs i selvmordsrisikovurdering, og det gis opplæring før de inngår i vaktturnus. Det er videre opprettet egne diagnosemøter for leger/psykologer. For nyansatte LIS-leger er det etablert en fadderordning hvor de i oppstarten følger en overlege.

4.4 Andre tiltak for å forebygge selvmord og alvorlige selvmordsforsøk

[REDACTED] HF har høyt fokus på pasientsikkerhet. [REDACTED] i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (4).

[REDACTED] HF har [REDACTED]

Det gjennomføres internrevisjoner hvor det er særlig fokus på dokumentasjon av selvmordsrisikovurderinger i pasientjournal, jf. prosedyre med [REDACTED]

5 Beskrivelse av pasientforløpet og den aktuelle hendelsen

I dette kapitlet beskriver vi oppfølgingen pasienten fikk fra innleggelsen [REDACTED] og frem til den aktuelle hendelsen der pasienten tok sitt eget liv inne i avdelingen [REDACTED]. Fremstillingen bygger på opplysninger i oversendte dokumenter fra virksomheten, spesielt pasientjournalen og informasjon fra samtaler med helsepersonell og ledelsen ved det stedlige tilsynet og virksomhetens svar på vår foreløpige rapport. Videre har vi vektlagt pårørendes informasjon om sin oppfatning av helsehjelpen og innspill til vår foreløpige rapport/virksomhetens tilbakemelding til denne.

5.1.1 Bakgrunn

Pasienten var en [redacted] med kjent rusmiddelmissbruk fra [redacted]. Første kontakt med psykisk helsevern var ved [redacted]. I årene mellom [redacted] og [redacted] var [redacted] i [redacted]

Fra [redacted] er det beskrevet en gradvis endring i pasientens personlighet og atferd, hvor [redacted]

[redacted] eskalerte pasientens rusmiddelmissbruk, og [redacted]

I perioden fra [redacted] frem til innleggelsen [redacted] hadde pasienten flere innleggelses i psykisk helsevern. Pasienten var [redacted] var [redacted]

Under innleggelse fra [redacted] ble det stilt en tentativ psykosediagnose. I den påfølgende frivillige polikliniske oppfølgingen av pasienten ble det satt diagnose uspesifisert ikke-organisk psykose (ICD 10: F29).

Pasienten gjennomførte [redacted] et alvorlig [redacted] og ut fra dette og pasientens helsetilstand ble den frivillige polikliniske oppfølgingen av pasienten avsluttet i samråd med behandler i spesialisthelsetjenesten. Etter en samlet vurdering ble det konkludert med stor sannsynlighet for at pasientens utsikter til bedring i stor grad ville bli redusert uten bruk av tvungent psykisk helsevern.

5.1.2 Innleggelse psykiatrisk akuttmottak [redacted]

Den [redacted] ble det truffet vedtak om tvungen observasjon etter psykisk helsevernloven § 3-2. Pasienten ble samme dag overført fra [redacted] i påvente av ledig plass ved [redacted]. Ved det stedlige tilsynet ble det opplyst at det ikke var nødvendig å gjennomføre rusmiddeltesting [redacted] og det [redacted]

Pasienten ble ut fra de seneste selvmordsforsøkene og [redacted] vurdert å være i fare for seg selv og andre, da [redacted] var psykotisk. Det ble etter innleggelsen observert svingninger i pasientens stemningsleie, blant annet isolerte pasienten seg i perioder, og avsto tilbud om aktiviteter. [redacted] ga uttrykk for at [redacted] hadde hatt det vanskelig over en lengre periode, og at [redacted] slet med konsentrasjon og hukommelse. [redacted] sa at livet var ødelagt, og at [redacted] var blitt skadet av all rusmiddelbruk. På den annen side ga pasienten samtidig også uttrykk for at [redacted], som eksempelvis [redacted]

For å kartlegge symptomer på depresjon ble det gjort forsøk på kartlegging av depressive symptomer ved bruk av verktøyet MADRS. Pasienten ønsket imidlertid ikke å bistå med dette, [redacted] var redd for at resultatet kunne bli brukt mot [redacted], og føre [redacted]. Pasienten avsto også tilbud om medikamentell behandling for depresjon.

Ved utgangen av perioden med tvungen observasjon ble pasienten vurdert av behandlingsansvarlig. Det ble vurdert at pasienten hadde en underliggende symptomfattig psykose. Pasienten hadde ikke innsikt i egen tilstand. [redacted] ble opplevd å være både ambivalent og tildekkende. Behandlingsansvarlig konkluderte med at de forelå en reell fare for villet egenskade med livstruende utfall, dersom pasienten ikke forble innlagt for videre utredning og behandling i tvungent psykisk helsevern, og det ble [redacted] ble det truffet vedtak om tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3. Det var

ønskelig å overflytte pasienten til [REDACTED]. På grunn av mangel på ledig plass ved [REDACTED], ble det besluttet at pasienten inntil videre skulle forbli innlagt ved [REDACTED].

Det er i journalnotat [REDACTED] beskrevet en forverring i pasientens tilstand, med tankekaos, at pasienten fremsto tildekkende, unnvikende og ikke ønsket å snakke med personalet. [REDACTED] ga uttrykk for at [REDACTED] ikke så noen verdi i livet, men benektet konkrete tanker eller planer om selvmord i samtale med behandler. Behandlingsansvarlig kunne likevel ikke utelukke at pasienten hadde intermitterende selvmordstanker og mistenkte depresjonsutvikling. Det ble vurdert at det var behov for videre kartlegging av symptomtrykk og observasjon av symptomer på depresjon, og det ble besluttet å gjennomføre MADRS to ganger i uken. De ville foreløpig avvente endringer i pasientens tilbud om medikamentell behandling. Selvmordsrisikoen hos pasienten ble vurdert å være forhøyet, men de mente at risikoen ble ivaretatt gjennom rammer med tilsyn, og den begrensningen i tilgang på skadelige gjenstander som var etablert i det lukkede avdelingsmiljøet. Det ble utarbeidet plan for oppfølgingen av pasienten under oppholdet på [REDACTED], og denne planen ble revidert underveis i behandlingsforløpet.

5.1.3 Innleggelse [REDACTED]

Med bakgrunn i opprinnelig henvisning, at pasienten hadde behov for mer stimuli enn det som kunne tilbys ved [REDACTED], samt at det var behov for en lengre observasjonsperiode og behandlingsforløp, ble pasienten [REDACTED]. Ved ankomst avdelingen uttrykte pasienten at [REDACTED] følte seg nedstemt, men [REDACTED] benektet å ha tanker om å skade seg selv eller å ta sitt eget liv. Voldsrisiko og selvmordsfare ble deretter vurdert å være lav.

Det ble besluttet at pasienten skulle følge standard tilsynsregime, hvilket innebar tilsyn minimum hver time i avdelingen. [REDACTED] hadde ikke utgang. Behandlingsplanen fra [REDACTED] ble kontinuert ved overføringen til [REDACTED]. I samråd med [REDACTED] ble pasienten gitt tilgang til å [REDACTED] avdelingen med følge av helsepersonell.

Under oppholdet ved [REDACTED] ble pasienten beskrevet som stille. [REDACTED] viste ikke tegn til psykisk uro eller forandring i væremåte. [REDACTED] tok selv i liten grad kontakt med personalet, men svarte kortfattet og hyggelig da [REDACTED] ble snakket til. [REDACTED] ble observert som avslappet sammen med andre medpasienter. Pasienten var imidlertid lite meddelsom i behandleramtaler, og [REDACTED] var derfor vanskelig å undersøke med tanke på depresjon/psykose. Det ble ikke forsøkt å starte opp med medikamentell behandling av underliggende psykose med antipsykotika.

I forbindelse med at behandlingsansvarlig skulle avvikle ferie, ble pasienten den [REDACTED] spurt om [REDACTED] hadde planer eller tanker om å ta sitt eget liv. [REDACTED] benektet da både selvmordstanker og -planer. Pasienten var underlagt samme tilsynsnivå som tidligere, og behandlingsansvarlige sin tidligere vurdering om at pasientens selvmordsfare var lav ble opprettholdt.

5.1.4 Hendelsen

På [REDACTED] ble pasienten vurdert av miljøpersonalet, som observerte [REDACTED] upåfallende i fellesmiljøet. Personalet snakket med pasienten om den [REDACTED] som kunne bli avgjørende for det videre behandlingsforløpet. Siste observasjon av pasienten var kl. [REDACTED] formidlet da at [REDACTED] sovnet dårlig natten i forveien [REDACTED].

Etter rapport og vaktskiftet mellom [REDACTED] gikk personell ordinær runde for å se til pasientene som ikke oppholdt seg i fellesmiljøet.

Pasienten ble kl. [REDACTED]
[REDACTED] Flere av personalet på [REDACTED] ble varslet og kom til. Det ble umiddelbart igangsatt hjerte-lunge-redning (HLR), og stansteamet ved sykehuset ble varslet. HLR pågikk til stansteamet ankom noen minutter senere. Stansteamet tok da over og fortsatte med gjenopplivningen. HLR ble avsluttet etter 45 minutter, og pasienten ble erklært død kl. [REDACTED]

6 Virksomhetens håndtering i etterkant av den alvorlige hendelsen

6.1 Intern håndtering i etterkant av hendelsen

Politiet og Statens helsetilsyn ble varslet om den alvorlige hendelsen der [REDACTED]

Det ble sendt to avviksmeldinger i det interne avvikssystemet, [REDACTED], og disse er drøftet i virksomhetens kvalitetsråd. Den første avviksmeldingen omhandlet tekniske utfordringer ved varsling av akuttmedisinsk personell og tilgang på utstyr for å gjennomføre avansert livreddende behandling.

Den andre avviksmeldingen omhandlet oppfølging av sikringstiltak som vurdering og fjerning av farlige gjenstander, samt tilsyn og selvmordsrisikovurderinger av pasienter. Det ble iverksatt umiddelbare tiltak ved fjerning av farlige gjenstander i fellesmiljøet i avdelingen.

Avdelingens ledelse har også gjennomgått etablerte tilsynsrutiner og sørget for at ansatte er kjent med, og forstått, hvordan tilsyn skal gjennomføres. Virksomheten gjennomførte dessuten [REDACTED] en hendelsesanalyse. Statens helsetilsyn har ikke fått oversendt denne.

6.2 Virksomhetens tilbakemelding på foreløpig rapport

Med bakgrunn i økt arbeidsbelastning som følge av pandemien, ble deler av tilbakemeldingen utsatt fra virksomhetens side, og tilbakemelding ble derved gitt i flere omganger i saken. Den foreløpige rapporten er gjennomgått av involverte seksjoner, og det ble i tillegg opprettet en referansegruppe hvor tillitsvalgte, sammen med behandler og en psykologspesialist med selvmordsatferd som spesialområde også deltok. Sykehusets kvalitetsavdeling har ledet arbeidet.

I virksomhetens tilbakemeldinger fremgår det gjennomgående at virksomheten støtter fremstillingen i den foreløpige rapporten. Det erkjennes at tilsynssaken har avdekket områder som må forbedres.

Hendelsen ble også gjennomgått i seksjonens kvalitetsutvalg og i ledermøtet i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, og pasientsikkerhetsutvalg for psykisk helsevern [REDACTED] og det er planlagt korrigerende tiltak i vedtak [REDACTED]. Innholdet i disse fremgår av vedlagte rapporter fra avvikssystemet, og det vises til disse. Det er ikke utført årsaks- og hendelsesanalyse utover det som er beskrevet i avvikssystemet, og hendelsesanalysen av [REDACTED] som vist til ovenfor under punkt 6.1.

Virksomheten har opprettet en handlingsplan for oppfølging av forbedringsarbeidet i etterkant av den alvorlige hendelsen. Arbeidet med gjennomføring av denne er påbegynt, men ikke ferdigstilt.

Det er vedlagt [redacted] selvmordsrisikovurdering ved Klinikk for psykisk helsevern» fra [redacted]. Det fremkommer av denne at det ble konkludert med at innhenting av komparentopplysninger fra pårørende og obligatorisk kurs i selvmordsrisiko var to forbedringsområder. Videre er det i intern revisjon gjennomført i [redacted] av journalføring av selvmordsrisikovurderinger i psykoseenheten, påpekt at det bør journalføres dersom pårørende ikke er involvert i behandlingen, og begrunnes hvorfor.

Det er fra virksomheten vist til redegjørelse fra ansvarlig behandler for pasienten ved oppholdet på [redacted] som har redegjort for sin kontakt med pasienten i det aktuelle tidsrommet. Ansvarlig behandler hadde siste samtale med pasienten [redacted] før ferieavvikling. Når det gjelder medikamentell behandling, er det opplyst at pasienten fikk tilbud om frivillig behandling. Det ble vurdert at vilkårene for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke ikke var oppfylt. Behandlers vurdering i ettertid, er at medikamentell behandling ikke ville endret utfallet. Begrunnelsen for dette er at behandleren oppfattet pasientens tilstand som en rusutløst psykose da [redacted] angrep [redacted], og at psykosen ikke lenger var tilstede da pasienten ble innlagt ved sykehuset. Det som ble observert som tilbaketrukkethet/unnvikenhet under det siste oppholdet, kunne ifølge behandler forklares i skyld/skam/anger/personlighetstrekk/fortrengning. Behandler oppfattet ikke pasienten som alvorlig deprimert. Behandlingen av pasienten ble ut fra dette konsentrert omkring samtale- og miljøterapi. Statens helsetilsyn vil bemerke at det fra virksomhetens side ikke er presisert hvilke vurderinger som er gjort i forhold til denne beskrivelsen fra ansvarlig behandler, opp mot grunnlaget for å holde pasienten på tvungent psykisk helsevern.

Det er vist til at også Fylkesmannen har fulgt opp sider ved behandlingen av pasienten, og at virksomheten også har igangsatt tiltak som følge av tilbakemelding fra Fylkesmannen. Dette gjelder blant annet i forhold til kontakt med pårørende. Kontakt og samarbeid er særlig utfordrende i de tilfeller hvor pasienter ikke ønsker at virksomheten kontakter eller utveksler informasjon med pårørende. [redacted] HF vil i samarbeid med [redacted] benytte REACT (Relatives Education And Coping Toolkit). Hovedformålet med metoden er reduksjon av stress for pasienter og pårørende. Det erkjennes videre at den handlingsplanen som settes opp for miljøpersonalet ikke er tilstrekkelig, og dette er både tatt opp med overleger, LIS-leger og ledere [redacted]. Mal for handlingsplan i DIPS har dessuten blitt oppgradert. Nå skal det fremkomme diagnose/tentativ diagnose, hva skal utredes og hvilken behandling pasienten skal få. Innholdet i handlingsplanen kan endres dersom utredning viser at det er nødvendig. Alt materiell som omhandler psykologiske tester eller spørreskjemaer som måler evner, holdninger, ferdigheter, personlighetstrekk, livskvalitet eller symptomer på psykiske lidelser, og som brukes, finnes i retningslinje for behandling av psykose.

Det vises til at avdelingen har en egen seksjon, seksjon for psykiatrisk utredning, som skal utrede komorbide lidelser og mer kompliserte tilstander. Avdelingen har også et [redacted] som bistår leger og psykologer med utredning ved mistanke om psykoselidelse. Det fulgte vedlagt tilbakemeldingen til vår foreløpige rapport lenker til prosedyrer for utredning og behandling av pasienter med, eller mistanke om psykoselidelser, ruslidelser og depresjon eller depresjonsutvikling.

Interne revisjoner benyttes som verktøy for kontrollere at prosedyrer etterleves i klinisk praksis, jf. revisjonsplan for avdelingen [redacted] som ble oversendt. Det er utarbeidet en ny prosedyre som skal sikre forsvarlig behandling ved fravær av personell. Forvakt og bakvakt er ikke det helsepersonellet virksomheten primært bruker ved fravær.

Det er laget plan for opplæring av nyansatte og LIS-leger, og sjekklister og innhold i opplæringen var vedlagt virksomhetens tilbakemelding. Overleger i vakt bruker den vanlige arbeidstiden (08.00-1600) til behandling av egne pasienter, men er tilgjengelig for LIS-leger i vakt. Etter kl. 16.00 består arbeidet kun i vaktarbeid.

7 De pårørendes tilbakemelding til opplysninger i foreløpig rapport og virksomhetens svar

Pårørende opplyser at sykehuset har ikke vist interesse for å ta med dem aktivt i utredningen av pasienten. Det er således ikke riktig at de pårørende ble tatt med som ressurs i kartleggingen av pasientens bakgrunn. De ble ikke kontaktet av virksomheten, men måtte selv be om møte med sykehuset for å komme med opplysninger, og de ble i ett av møtene møtt med at de burde skaffe seg juridisk bistand.

De pårørende mener formuleringer i foreløpig rapport omkring graden av kontakt med psykisk helsevern fra [redacted] er upresise, og opplyser at pasienten etter det de vet ikke var i kontakt med psykiatrien i årene fra [redacted]. Forverringen av [redacted] psykiske helse skjedde i årene forut for [redacted] i etterkant av [redacted]. Videre mener de at pasienten ikke hadde et så massivt og langvarig rusmiddelmissbruk som det kan synes som om det er lagt til grunn. De pårørende opplyser at pasientens rusmiddelmissbruk opphørte over flere år, [redacted].

De mener det er uforsvarlig at pasienten fikk stilt en tentativ psykose-diagnose allerede [redacted] og at psykosen ikke ble behandlet. Behandlerne i virksomheten har i for stor grad lagt pasientens egne utsagn til grunn for behandlingen, uten at de samtidig har gjort selvstendige vurderinger. De mener videre at det tok for lang tid fra det ble besluttet å overføre pasienten til et høyere omsorgsnivå, til overføringen fant sted. Beslutningen ble tatt [redacted] mens pasienten først ble overført [redacted].

8 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp. Vi har også vurdert om [redacted] HF's organisering og styring sikrer at denne pasientgruppen får forsvarlige og koordinerte helsetjenester. Herunder om helsepersonell i virksomheten kan utføre sitt arbeid med tanke på kravet om forsvarlig helsehjelp. Vi har også vurdert om [redacted] HF har ivaretatt sin plikt til kontinuerlig arbeid for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, og om det er iverksatt adekvate og tilstrekkelige tiltak for å forebygge at lignende alvorlige hendelser skjer i fremtiden. Endelig har vi vurdert om [redacted] HF har ivaretatt sine plikter knyttet til medvirkning og informasjon til pårørende.

Statens helsetilsyn har ikke avdekket forhold som gir grunnlag for å opprette tilsynssak mot enkelthelsepersonell. Vi mener den avdekkede svikten i tjenesten skyldes svikt i virksomhetens organisering og ledelse. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av oppfølgingen pasienten fikk.

8.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynets undersøkelser av hendelsen har avdekket forhold vi mener enkeltvis er uforsvarlig, og/eller ikke i tråd med kravet til god faglig praksis gjennom hele pasientforløpet. Dette gjelder både utredning og diagnostikk, behandling, kartlegging av selvmordsrisiko og ved forebygging av selvmordsrisiko. Etter en samlet vurdering har vi kommet til at pasienten ikke har fått forsvarlig helsehjelp, og det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Pasienten ble henvist til tvunget psykisk helsevern etter et alvorlig selvmordsforsøk under varetekt. Innleggende instans vurderte at selvmordsforsøket var forårsaket av uspesifisert organisk psykose (ICD 10, F29). Statens helsetilsyn har begrenset sin vurdering til helsehjelp gitt pasienten etter innleggelsen ved [REDACTED]

Mer om hva vi har lagt til grunn og vektlagt for vår konklusjon i det følgende:

8.1.1 Utredning og diagnostikk

Statens helsetilsyn har kommet til at det er flere forhold ved utredningen og diagnostikk av pasienten som utgjør brudd på god faglig praksis, og har etter en samlet vurdering kommet til at utredning/diagnostikk av pasienten ved de involverte avdelingene samlet sett ikke var forsvarlig. Vi har for vår vurdering vektlagt følgende svikt:

- manglende systematisk kartlegging av pasientens rusmiddelbruk både ved innleggelse og underveis i forløpet
- mangler ved beslutningsgrunnlaget for valg av behandling og oppfølging
- langt fravær i oppfølging av behandler
- mangel i etablering av en behandlingsplan som ga en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering.

Vi har ved våre vurdering særlig vektlagt:

De nasjonale retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse anbefaler at det gjennomføres rutinemessig kontroll for bruk av rusmidler under innleggelser. Rutinemessige ruskontroller er nødvendig for å dokumentere eller avkrefte inntak av de vanligste rusmidlene, og er viktig for både utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av både pasientens ruslidelse og psykoselidelse. Helsetilsynets kan ikke se at det er dokumentert at [REDACTED] HF har gjennomført rusmiddeltesting av pasienten verken ved innleggelse eller underveis i forløpet. De anbefalte kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT ble ikke benyttet. Etter Helsetilsynets vurdering er mangelen på rusmiddeltesting utenfor god praksis.

Etter Statens helsetilsyns vurdering var det et brudd på god faglig praksis når pasientens økende symptomtrykk, som indikerte en forverring i pasientens depressive tilstand, ikke ble utredet ytterligere. Det fremgår ikke om det ble iverksatt nye eller endrede tiltak relatert til pasientens økende symptomer på depresjon etter at det i klinisk samtale med pasienten [REDACTED] ble funnet en forverring av [REDACTED] depressive symptomer. Det ble knyttet usikkerhet til MADRS gjennomført [REDACTED]. Det var flere spørsmål pasienten ikke hadde svart på, [REDACTED] rett til selv å bestemme hva [REDACTED] ville dele. Resultatet ble derfor ikke registrert. Et resultat på 30 eller mer ved bruk av MADRS indikerer alvorlig depresjon.

Pasientens pårørende ble ikke hørt i forkant av vedtakene om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, med bakgrunn i pasientens ønske om ikke å involvere de pårørende. Ved dette oppfylte virksomheten ikke pårørendes rettigheter etter psykisk

helsevernloven § 3-9, og manglende innhenting av komparentopplysninger bidro også til at virksomheten fikk et mindre fullstendig beslutningsgrunnlag for sine vurderinger.

Det er virksomhetens ansvar å ivareta pasientens behov for kontinuitet i kontakt med behandler med riktig kompetanse, dette også i forbindelse med ferieavvikling. For en pasient med psykose hvor det ikke kan utelukkes intermitterende selvmordstanker og depresjonsutvikling, og som anses å ha forhøyet selvmordsrisiko, er det i særlig grad viktig. Dette er viktig både med tanke på kontinuerlig utredning og diagnostikk, og ved valg av behandling og oppfølging. Statens helsetilsyn kan ikke se at det har vært kontakt mellom behandler(e) og pasienten i tidsrommet fra [redacted] frem til pasienten tok livet sitt den [redacted]. Vi legger til grunn at det forelå et opphold i oppfølgingen fra pasientens behandler i en periode over to uker, og at dette ikke er i tråd med god faglig praksis, men ikke uforsvarlig da pasienten var innlagt på en seksjon med høy grad av sikkerhet.

Vi legger også til grunn at det ikke var utarbeidet en behandlingsplan som var i samsvar med kravene til innhold i en behandlingsplan, og at dette ikke er i tråd med god faglig praksis. Det var ikke gjort forsøk på å etablere en individuell plan for behandlingen og oppfølgingen, og det var heller ikke etablert en behandlingsplan som ga en samlet oversikt over planlagte tiltak, med tidspunkt for evaluering og eventuelt korrigerende.

8.1.2 Behandling

Etter Statens helsetilsyns vurdering burde pasientens uavklarte og ubehandlede tilstand, den nærliggende faren for nye alvorlige selvmordsforsøk og [redacted], vært sentrale momenter i virksomhetens vurderingen om bruk av behandlingstiltak uten pasientens samtykke. Det er ikke tilstrekkelig å konkludere med at vilkårene for bruk av legemiddelbehandling uten pasientens samtykke ikke var tilstede, ved kun å vurdere pasientens samtykkekompetanse. Statens helsetilsyn har kommet til at vurderingene knyttet til bruk av behandlingstiltak uten pasientens samtykke, ikke var i tråd med god faglig praksis.

Vi har for vurdering særlig vektlagt:

Med bakgrunn i [redacted] og alvorlig villet egenskade, ble pasienten ved innleggelsen til tvungen observasjon [redacted] henvist til [redacted] ved [redacted]. På grunn av kapasitetsproblemer ved [redacted] ble pasienten innlagt ved [redacted]. Som følge av at pasienten var overført sykehuset under [redacted] til stede i avdelingen de første ukene av innleggelsen. Pasienten ble den [redacted] overført til [redacted]. Statens helsetilsyn legger til grunn at beslutningen om overføringen til høyere behandlings- og omsorgsnivå var i tråd med god praksis.

Sykehuset burde på et tidligere tidspunkt kommet i gang med behandling av pasientens psykoselidelse. I denne sammenhengen skulle det vært vurdert om det var aktuelt med tvungent medikamentell behandling som følge av pasientens økte /tiltagende depressive symptomer, og forverring av [redacted] depresjon som var ubehandlet, og førte til en økt selvmordsrisiko.

Selv om det var usikkerhet knyttet til resultatet av MADRS, burde informasjonen om at pasienten hadde et symptombylde som samsvarte med alvorlig depresjon, medført at det ble gjennomført en klinisk vurdering av pasientens depressive tilstand og vurdert innretning av behandlingstiltak. Det finnes flere former for strukturert behandling og intervensjoner, og et stort antall antidepressiva, som har god dokumentert effekt i behandling av depresjon. Statens helsetilsyn kan ikke se at forsøkene på å motivere pasienten til å ta imot tilbudet om

medikamentell behandling ble intensivert, eller at det ble vurdert å innrette andre beskyttelses- eller behandlingstiltak overfor pasienten. Etter vår vurdering er svikten i forhold til mer aktiv behandling av pasienten utenfor på god faglig praksis.

Ved det stedlige tilsynet ble det opplyst at pasienten fremsto som samtykkekompetent i spørsmålet om medikamentell behandling. Det ble på bakgrunn av dette vurdert at vilkår for medikamentell behandling uten pasientens samtykke ikke var oppfylt. God faglig praksis tilsier imidlertid at det i tillegg til vurdering av samtykkekompetanse bør gjennomføres en vurdering av om pasientens psykiske tilstand utgjør en nærliggende og alvorlig fare pasientens eget liv eller andres liv og helse.

Av pasientens journal fremkommer det at [redacted] allerede hadde vurdert at det var en nærliggende fare for nye alvorlige selvmordsforsøk ved tilbakeføringen til [redacted]. I pasientens tilfelle skulle det slik Statens helsetilsyn vurderer det, vært vektlagt at pasienten ble ansett å ha forhøyet selvmordsfare. I tillegg burde pasientens [redacted] også vært tatt med, samt hvilken fare pasientens ubehandlede tilstand ville utgjøre både i virksomheten og [redacted]. Det er en mangel i vurderingen av nødvendige behandlingstiltak når dette ikke ble gjort, som utgjør en klar svikt i forhold til god faglig praksis i dette tilfellet. Farevurderingen i forbindelse med bruk av legemiddelbehandling uten pasientens samtykke skulle i dette tilfellet vært knyttet til hvilken fare pasientens ubehandlede tilstand og tilbakeføring [redacted] ville utgjort (12).

8.1.3 Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

[redacted] har et særlig ansvar for faglig forsvarlig utredning, diagnostisering og behandling av pasienter som er innlagt under tvang. I dette tilfelle var det kjent at pasienten utført to alvorlige selvmordsforsøk før innleggelsen i sykehuset. Statens helsetilsyn kan ikke se at det er gjennomført strukturerte og inngående vurderinger av risiko for selvmord hos pasienten. Dette er ikke i samsvar med god faglig praksis, og vi har kommet til at det for pasienten, som ble innlagt på grunn av forhøyet selvmordsrisiko var uforsvarlig at dette ikke ble gjort.

Vi vektlegger at pasienten både ut fra tidligere alvorlige selvmordsforsøk og alvorlig [redacted], ble vurdert å være i fare for seg selv og andre da [redacted] var psykotisk. [redacted] ble vurdert som psykotisk ved innleggelsen, og personalet vurderte pasientens selvmordsrisiko som forhøyet ved [redacted]. De mente imidlertid at risikoen ble ivaretatt innenfor rammene for tilsyn og tilgangen på skadelige gjenstander i det lukkede avdelingsmiljøet. Gjennomgangen av saken har imidlertid avdekket at sykehuset ikke fulgte egne prosedyrer for tilsyn i [redacted]. Videre er det avdekket at [redacted] ikke var tilstrekkelig sikret med tanke på å fjerne gjenstander med skadepotensiale.

8.1.4 Forebygging av selvmord

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke i tilstrekkelig grad hadde sikret nødvendig forebygging av selvmord i tilknytning til pasientens opphold i de aktuelle enhetene.

Personalet vurderte selvmordsrisikoen til å være forhøyet, men ivaretatt innenfor de rammer med tilsyn og sikring med tanke på å fjerne gjenstander med skadepotensiale i det lukkede avdelingsmiljøet, ved [redacted] og [redacted].

██████████ Gjennomgangen av enhetens fellesarealer i etterkant av hendelsen viste at fellesarealene ellers var sikret i tråd med god faglig praksis.

Vi legger til grunn at alle pasienter skal ha/har minst to tilsyn mellom kl. 00.00 og 06.00. Dagskontakt ved ██████████ skal ha tilsyn av pasient ved vaktstart, deretter minimum hver time mellom kl. 06.00 og 24.00, samt ved vaktslutt. Helsepersonell registrerer tilsyn igjennom hele døgnet på skjema for tilsynsregistrering. Rutinen for tilsynsfrekvens ved ██████████ ble imidlertid ikke fulgt i forkant av den aktuelle hendelsen. Det er angitt at pasienten gikk på rommet kl. ██████████, og at ██████████ først ble tilsett rett etter vaktskiftet ██████████. Det er et tidsvindu på ca. en og en halv time som er udekket i forhold til tilsyn av pasienten.

8.2 Har ██████████ HF lagt til rette for og sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med forhøyet selvmordsfare?

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke har sikret at pasientgruppen tilbys forsvarlige helsetjenester. Videre at virksomheten heller ikke har lagt til rette for at helsepersonell i de involverte enhetene kan utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Det foreligger etter dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 7 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Vi påpeker innledningsvis at virksomhetens innretning av bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak etter Statens helsetilsyns vurdering er i tråd med nasjonale anbefalinger og gjeldende krav. ██████████

██████████ konstruksjonsmessig og arealmessige tilpasninger for å gi best mulig oversikt i de deler av lokaler hvor det ble planlagt psykisk helsevern. Det ble benyttet dørhåndtak, gardinoppheng og annet som skulle gjøre det vanskelig å benytte som festepunkter. Glass i vinduer og dører var av typen som ikke kunne knuses. Møbler og andre gjenstander var av materiale som det skulle mye til for å bli benyttet som redskaper til selvskading. Videre legger vi til grunn at det ved ██████████ HF gjennomføres regelmessige sikkerhets- og sårbarhetsanalyse ved bruk av PRISM. Det gjennomføres jevnlige vernerunder som blant annet har til hensikt å fange opp forhold som kan utgjøre en trussel for sikkerheten til innlagte pasienter og ansatte ved ██████████ HF. Bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak er ved dette tilrettelagt slik at helsepersonell i virksomheten skal kunne utøve sitt yrke i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

Statens helsetilsyn har imidlertid kommet til at ██████████ HF ikke har sikret forsvarlige rammer for utredning og vurdering, herunder kontinuerlig og løpende utredning/diagnostikk/tiltak ved forverring av symptomer under innleggelsen.

For vår vurdering har vi særlig vektlagt:

Gjennomgangen av saken har avdekket at virksomhetens rutiner for tilsyn ikke ble fulgt ved ██████████. Tilsyn må anses som et særlig relevant virkemiddel for tilstrekkelig løpende observasjon og forebygging av selvmord. Gode rutiner og nødvendig styring av gjennomføring av tilsyn er vesentlig for at de ansatte i virksomheten skal kunne utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Svikten var ikke bare for en enkelt ansatt, men må anses som en mer gjennomgående svikt i styringen og tilretteleggingen av helsehjelpen i virksomheten. Det er ledelsens oppgave å sikre at helsepersonell er kjent med og gjennomfører tjenesten i samsvar med de rutinene som foreligger. Sviktende tilsyn utgjør stor risiko for pasientsikkerheten for denne pasientgruppen.

Ut fra lovttekst og lovkommentarer til lov om psykisk helsevern § 3-9, fremkommer det at pårørende skal gis anledning til å uttale seg før vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern fattes. Det er poengtert at nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand, herunder om pasientens fungering med og uten behandling, som kan være vesentlig for vurderingene til den faglige ansvarlige. God faglig praksis vil således innebære at den faglig ansvarlige selv innhenter informasjon fra pårørende, enten direkte eller ved å sikre at andre innhenter slik informasjon. Denne informasjonen skal være en del av den informasjon som den vedtaksansvarlige bygger vedtaket om tvungent psykisk helsevern på. Det er ikke tilstrekkelig å informere pårørende om vedtak om tvungent psykisk helsevern i etterkant av at vedtak er fattet.

Det fremkommer av tidligere internrevisjoner, blant annet i [redacted] og [redacted], at tematikk omkring involvering og medvirkning fra pårørende har vært identifisert som et forbedringspunkt. Likevel er det avdekket at de pårørende ikke ble involvert i forkant av vedtak om tvungen observasjon, og at de heller ikke ble informert eller kontaktet i forhold til løpende vurderinger under innleggelsen. Gjeldende praksis i avdelingen er således ikke i samsvar med lovens krav og interne retningslinjer.

Disse forholdene kan ha betydning for helsehjelpen som gis, ved at beslutningsgrunnlaget for vurderingene blir mangelfullt. Videre er et sviktende vurderingsgrunnlag for behandling/oppfølging av psykotisk pasient med forhøyet selvmordsfare klart til fare for pasientsikkerheten. Den avdekkede svikten medfører etter vår vurdering fare for svikt i lignende tilfeller.

Den manglende/mangelfulle oppfølgingen involverer flere helsepersonell og to enheter. Dette er en indikasjon for at der foreligger en gjennomgående svikt i tilretteleggingen og styringen av helsetjenesten til pasienter med uklare og sammensatte lidelser som innlegges med forhøyet selvmordsfare. Det er blant annet virksomhetens ledelse sitt ansvar å sikre at pasienter ved [redacted] HF får fortløpende vurdering av spesialist, og at det ikke som her blir et opphold i kontakten på to uker.

8.3 Har [redacted] HF iverksatt nødvendige tiltak for å forhindre at lignende alvorlige hendelser kan skje igjen?

Statens helsetilsyn har kommet til at [redacted] HF foreløpig ikke i tilstrekkelig grad har iverksatt nødvendig kvalitetsforbedrende tiltak etter hendelsen, og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

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

Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser og vurderer tiltak for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Denne prosessen innebærer å erkjenne at man har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger og implementere de tiltak som viser seg å være effektive for å hindre at problemet oppstår på nytt. Videre må virksomheten inkludere pasient og pårørende, og sikre at også deres informasjon om hendelsen som er til nytte for forbedringsarbeidet tas med.

Vi har gjennomgått virksomhetens tilbakemelding om iverksatte tiltak i etterkant av den alvorlige hendelsen. Vi ser at virksomheten har igangsatt forbedringsprosesser med tanke på å kunne forhindre at lignende svikt kan skje igjen. I etterkant av hendelsen og ved oppfølging av avvikshåndtering har avdelingens ledelse blant annet gjennomgått etablerte tilsynsrutiner og sørget for at ansatte er kjent med, og forstått hvordan tilsyn med pasienter skal gjennomføres. Videre er det etablert tiltak for å kontrollere fellesarealer og pasientrom. Det er gjennomført revisjoner på flere avdelinger, som har resultert i at sykehuset har identifisert forbedringsområder. Nye og reviderte prosedyrer sendes ut til behandlere per e-post, og viktigheten av å bruke nasjonale veiledere blir formidlet ved veiledning, klinisk aktivitet, e-poster og gjennomgang av tilsynsrapporter fra Fylkesmannen på diagnosemøter. [REDACTED] har egne pasientforløp for psykose og sikkerhetspsykiatri, og har implementert pakkeforløpene i klinikken. Det opplyses også at sykehuset jobber med å få implementert Checkware, en database for utredningsverktøy. Videre er nå nærmeste leder for legene avdelingssjef, og dette er for å ha et økt faglig fokus.

Etter vårt syn er de beskrevne tiltakene imidlertid ikke tilstrekkelige sett opp mot svikten som er påpekt. Vi vil blant annet peke på lovbrudd i forhold til involvering av pårørende ved vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern, samt den svikten i utredning og behandling av pasienten/pasientgruppen som er avdekket. Vi kan ikke se at de tiltak som det er redegjort for i tilstrekkelig grad fanger opp områdene som er gjennomgått i rapporten, eller at det er fremlagt dokumentasjon som viser at ledelsen kan sikre at nye prosedyrer/gjeldende praksis er kjent, forstått og etterlevd i virksomheten. Det er således ikke dokumentert at ledelsen kan følge opp at forbedringstiltakene har den ønskede effekten for pasientsikkerheten og kvaliteten ved [REDACTED] HF.

9 Statens helsetilsyns konklusjoner

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke har fått forsvarlig helsehjelp og at foretaket ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Vi har også kommet til at virksomheten ikke har oppfylt sine plikter ovenfor pasientens pårørende, jf. lov om tvungent helsevern § 3-9, og at tjenesten ikke er tilrettelagt slik at helsepersonell i virksomheten kan utføre sitt arbeid ovenfor pasienter med ustabil og sammensatt lidelse som innlegges med forhøyet selvmordsfare, i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Dette utgjør brudd på krav i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf.

§ 3-4 a og helsepersonelloven §§ 4 og 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-7.

Vi har i tillegg kommet til at det også foreligger brudd på kravet til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

10 Videre tilsynsmessig oppfølging

Statens helsetilsyn ser alvorlig på den svikten som er avdekket gjennom tilsynssaken. Vi legger vekt på at svikten gjelder helsehjelp i forbindelse med en av virksomhetens kjerneaktiviteter, og at svikten har stort farepotensiale. Det gjelder helsehjelp til en pasientgruppe som i varierende grad 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 forsvarlig utredning, diagnostisering, behandling og forebygging av selvmord.

Vi har merket oss ledelsens tilbakemelding om at saken tas på alvor og at forbedringsaktiviteter er satt i gang. Statens helsetilsyn har likevel kommet til at det er behov for videre tilsynsmessig oppfølging. Dette er blant annet for å sikre at:

- igangsatte/planlagte tiltak blir gjennomført
- tiltakene blir tilstrekkelig kommunisert ut til ledere og helsepersonell som har ansvar for den kliniske behandlingen
- tiltakene blir evaluert

Vi mener at vår endelige rapport må gjennomgås med sikte på å identifisere ytterligere tiltak som er nødvendige for å sikre forsvarlige helsetjenester til pasienter med psykose, depresjon og forhøyet selvmordsrisiko. Det er [REDACTED] HF som må gjennomgå hvordan forsvarlige helsetjenester skal kunne sikres. Det må også sikres at ledelsen har nødvendige systemer for å kunne følge opp at tiltakene er kjent, forstått og etterlevd samt gir den ønskede effekten.

Vi ber om en tilbakemelding fra [REDACTED] HF i forhold til dette innen seks uker fra mottak av denne endelige rapporten. Vi ber i denne sammenheng også om å få oversendt virksomhetens egen hendelsesgjennomgang etter den alvorlige hendelsen.

Vedlegg

1. referanser
2. saksbehandlingsprosessen

Vedlegg 1 - Referanser

1. Helsedirektoratet (2013); IS-1957 - Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser
2. Helsedirektoratet (2012); IS 1948 - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser
3. Helsedirektoratet (2009); IS-1561 - Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten
4. Helsedirektoratet (2008); IS-1511 - Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern
5. Helsedirektoratet (2014); IS-2182 - Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017
6. Helsedirektoratet (2018); IS-2641 - Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne
7. Helsedirektoratet (2015); IS-2213 - Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner
8. Helsedirektoratet (2011); IS-1898 - Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord
9. Direktoratet for e-helse (2019); IE-1042 - ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2019
10. Gyldendal akademisk (-); Komplette Blåbok ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser - Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer
11. Helsedirektoratet (2017); IS-1/2017 Rundskriv - Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer
12. Helsedirektoratet (2019): Svar på spørsmål fra Fylkesmannen i Oslo og Viken - legemiddelbehandling uten eget samtykke med hjemmel i psykisk helsevernloven § 4-4

Vedlegg 2 - Saksbehandlingsprosessen

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

- Statens helsetilsyn mottok [redacted] varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [redacted] HF
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [redacted] HF [redacted]
- Statens helsetilsyn har innhentet dokumenter og pasientjournal
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende [redacted]
- Foreløpig rapport av [redacted] ble oversendt [redacted] HF og pasientens pårørende for tilbakemelding
- Statens helsetilsyn mottok tilbakemelding fra pårørende [redacted]
- Statens helsetilsyn mottok foreløpig tilbakemelding fra [redacted] [redacted], og denne ble oversendt pårørende
- Etter utsatt frist mottok Statens helsetilsyn ytterligere tilbakemelding fra [redacted] HF [redacted]