



Hendelsen



- Innlagt til tvungent psykisk helsevern fordi hun manglet samtykkekompetanse
- På skjermingsavdelingen ble tilstanden hennes økende forverret
- Døde uventet etter 12 dager. Ikke et selvmord.



Undersøkelsen

Avgrenset til tre områder:

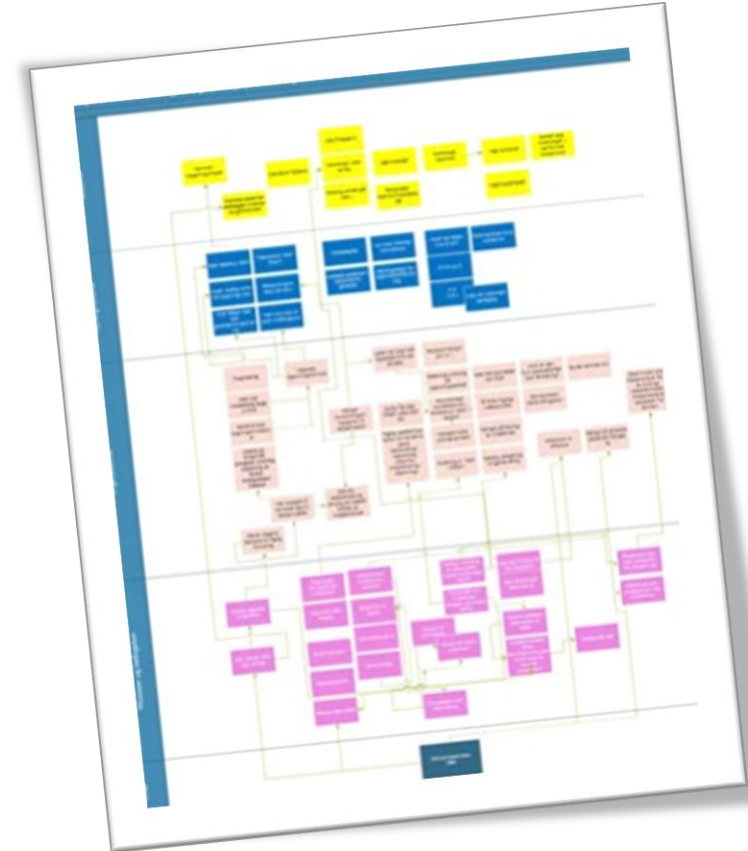
- Er det forhold ved skjermingsenheten som kan forklare hvorfor tilstand ble forverret der?
- Hvorfor fikk hun så mange legemidler?
- Hvorfor døde hun av legemidlene?

Årsaksforhold og sammenhenger er probalistiche



Metode

- Medarbeidere som var direkte eller indirekte involvert i behandlingen på skjermingsenheten
- Psykologspesialist som foretok nevropsykologisk utredning
- Pårørende
- intervjuer og epostutvekslinger med eksperter
- Sakkyndige uttalelser om uventet legemiddelfunn
- Kontrollkommisjonen på sykehuset med ansvar for den skjermingsenheten
- Komplette psykiatriske journaler, legemiddellister, obduksjonsrapport og politiavhør, vaktbøker
- Befaring på akuttpost, sengepost og skjermingsavdeling

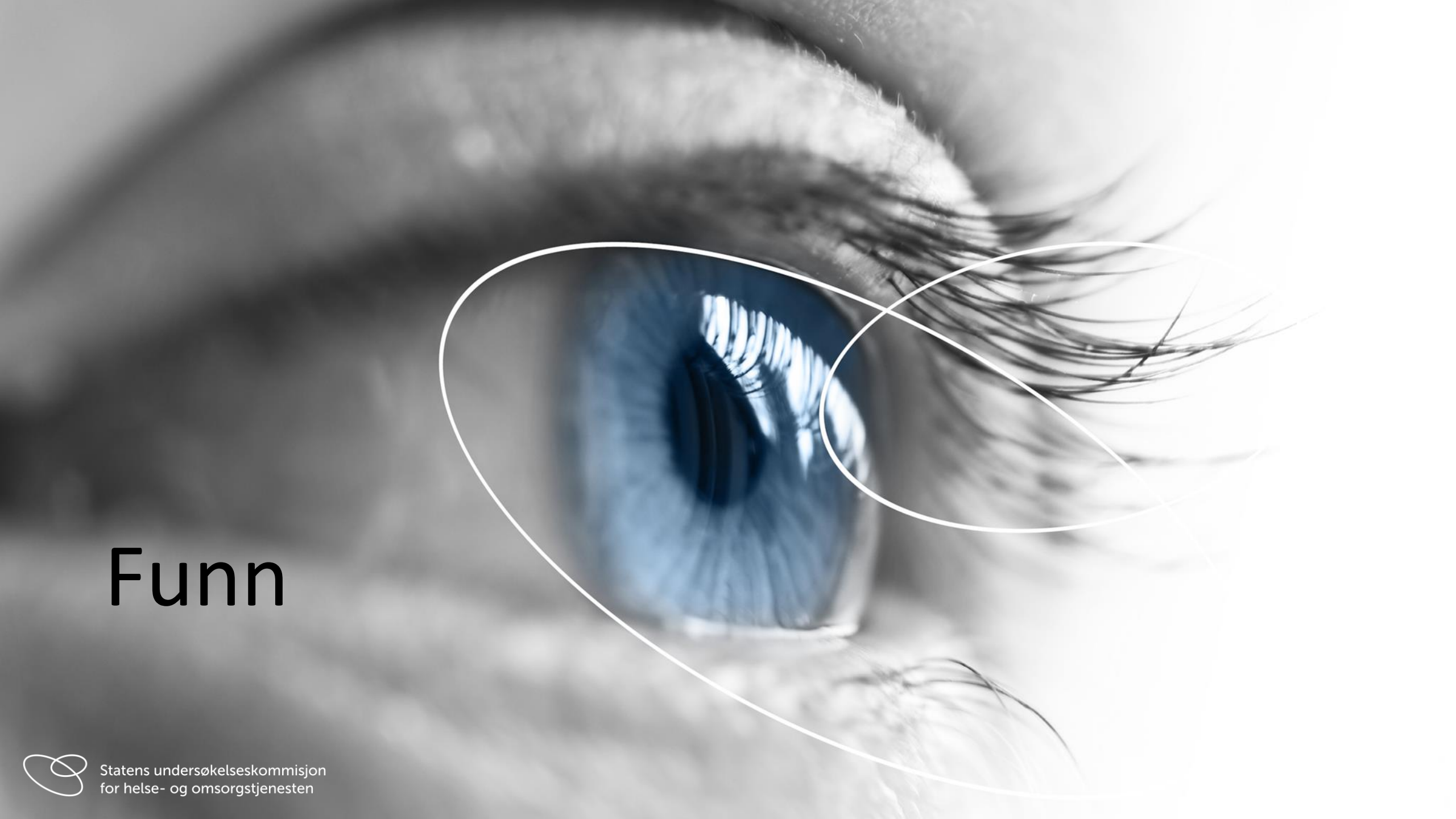


Intervjuprosess

- Åpne intervju («Fortell») Hypotesegenererende
- Avgrenset intervju om «fokusområder» som ble avledet av de åpne intervjuene:
 - Alle ledernivå fra klinikkdirektør
 - Alle ledernivå leger
 - Kontrollkommisjon

Hensikt: Analyse (årsakssammenhenger) og «kalibrering» (treffer vi)





Funn



1. Skjermingsenheten var uegnet for urolige pasienter

Enheten var trang, dårlig vedlikeholdt, dårlig lydisolert og hadde dårlig støysorbsjon.

En korridor fungerte som oppholdsrom på skjermingsavsnittet.

Pasientrommet til Hanna var sterilt og uten inventar, og hun hadde bare en madrass på gulvet

Uro og høye lyder måtte raskt dempes av hensyn til andre pasienter, særlig om natten.



Foto: Ukom

1.1 «Husblindhet»



- De ansatte hadde innfunnet seg med at forholdene er som de er, men opplevde dem som krevende og problematiske for både pasienter og ansatte.
- Det var uklart for Kontrollkommisjonen hva som er godt nok med tanke på de fysiske forholdene i en velferdskontroll.

«Jeg blir helt dårlig av hvordan det ser ut, og hvor fort man blir blind»

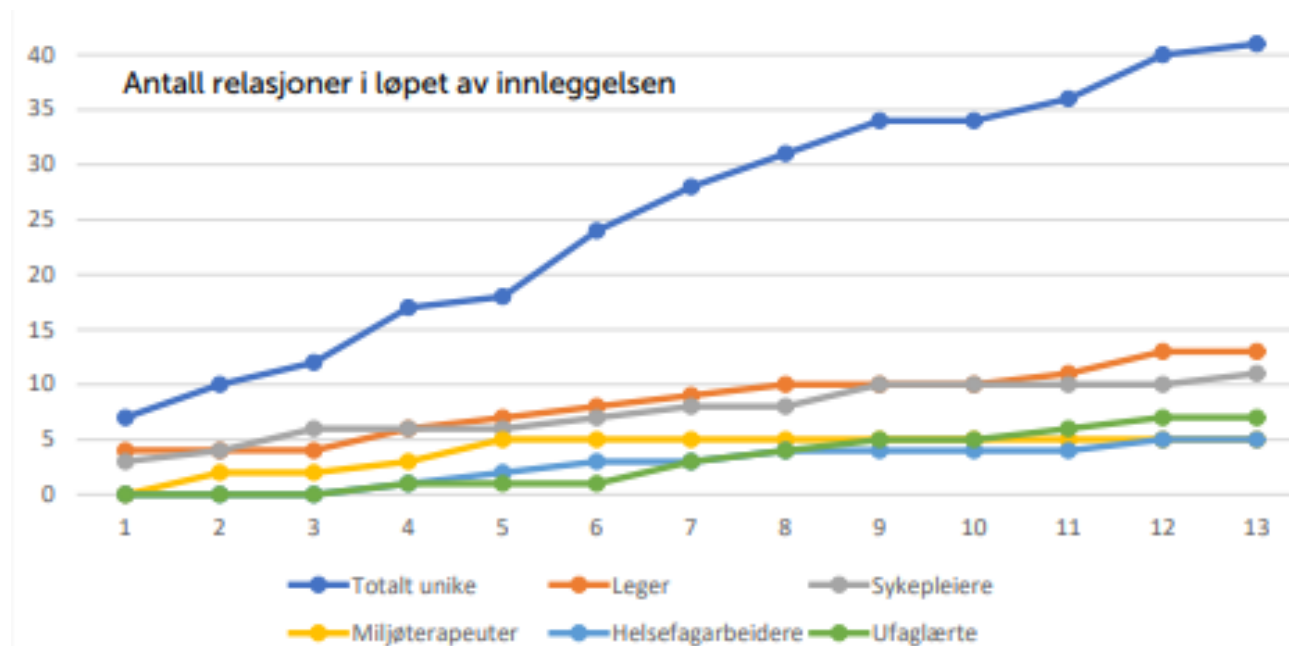
Foto: Ukom



2. Bemanningen bestod av mange og ukjente

Personell på alle nivåer i sykehuset var opptatt av betydningen av stabilitet og kontinuitet i miljøpersonalet, men det var ingen plan eller struktur som ivaretok dette.

Hanna hadde kontakt med minst 37 ulike ansatte de 12 dagene hun var innlagt. Det var stadig nytt miljøpersonale som hadde pasientkontaktansvar for henne. Det var en problemstilling at flere ble slitne. Det ble derfor rullert ofte i løpet av vaktene, noen ganger hvert 5 minutt.



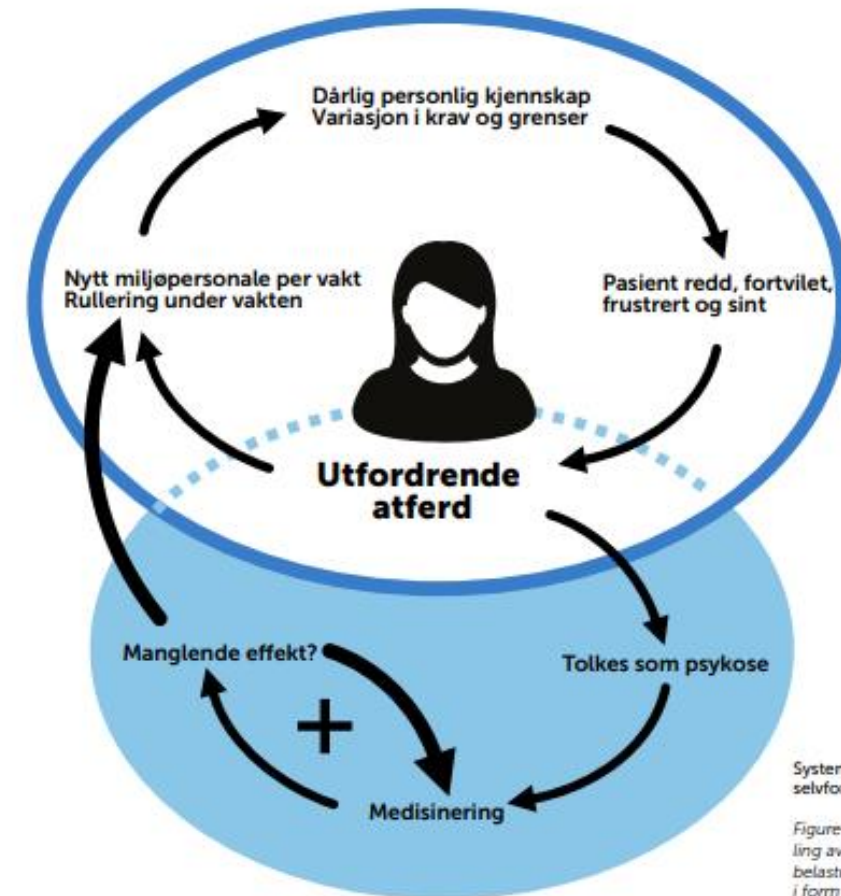
3. Stor variasjon i krav og grensesetting



- Hanna sitt opphold på skjermingsavsnittet var preget av grensesetting og korreksjon. Krav og grenser varierte fra vakt til vakt. Det oppstod konflikter på grunn av dette.
- Hennes uro og lidelsesuttrykk var krevende. Hun ble forsøkt holdt på rommet sitt alene, og i enkelte tilfeller ble døren fysisk holdt igjen slik at hun ikke kunne ta seg ut.

3.1 Effekten av stadig nytt personale og variasjon i grensesetting

- Variasjonen i krav og grenser var først og fremst ble forårsaket av at det stadig var nytt miljøpersonale som var Hannas pasientkontakt. Over tid skjedde det derfor lite erfaringsbasert tilpasning. Nytt personell gjentok krav og grenser som stresset henne.
- Det var ikke felles, tverrfaglige møtepunkt rundt planlegging og drøfting av miljøtiltak, heller ikke diskusjoner om type krav og grenser.
- Deler av bemanningen deltok ikke avdelingens faste møter. Ekstravakter og nattevakter hadde ikke dette i sin turnus.



Systemet har selvfosterkende årsaksløyfer

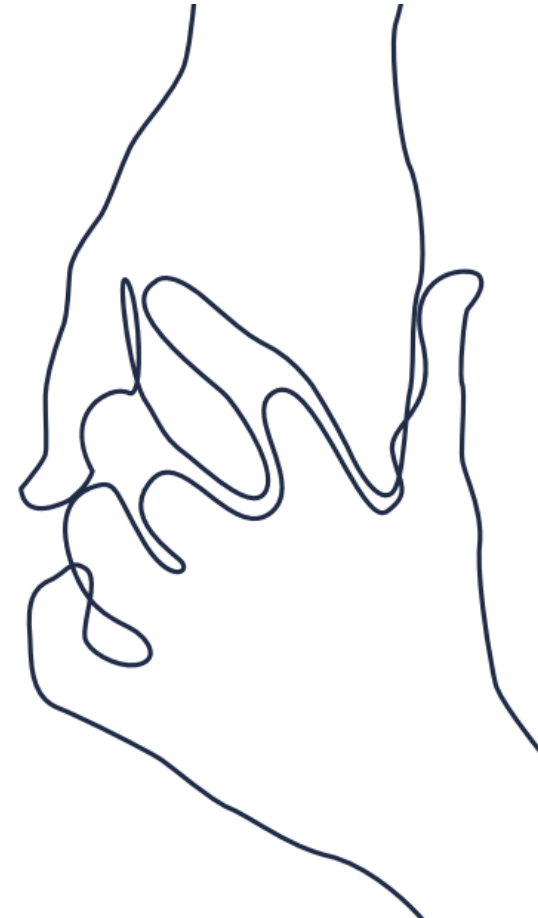
Figuren er en visuell framstilling av effekten av å redusere belastningen på personalet i form av hyppige skifter og rullering av personalet. (Modell: Ukom)

4. Betydningen av utviklingshemming

Hanna hadde særskilte behov for tilrettelegging, toleranse, forståelse og støtte. Det var liten kunnskap om betydningen dette hadde for behandlingen og tilretteleggingen.

Hanna hadde Trippel x syndrom og var diagnostisert til å ha en lett psykisk utviklingshemming. Syndromet disponerer for psykose og sterke emosjonelle reaksjoner ved belastninger. Diagnosene var ikke hensyntatt i behandlingen.

Legemiddelbehandlingen ble ikke vurdert i lys av Hannas utviklingshemming. Ifølge Felleskatalogen er pasienter med mental retardasjon overrepresentert blant fatale tilfeller knyttet til det antipsykotiske legemiddelet zuklopentiksol (Cisordinol).



5. Medikamenter ble vurdert som det viktigste tiltak

Det var bred enighet om å gjøre medikamentelle tiltak for å dempe uro. Dette var alminneliggjort og framstod som den eneste virksomme løsningen.

Manglende effekt av basismedikasjon medførte mer medisinerings. Det ble ordinert injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepiner for å dempe uro og som et søvntiltak.



Foto: Ukom

5.1 Medisineringen den 12. dagen

(peroralt dersom ikke annet er oppgitt)

- Kl. 09.00 litium 83 mg + perfenazin 4 mg + diazepam 10 mg
- Kl. 13.00 zuclopentixolacetat 100 mg og diazepam 10 mg (begge som intramuskulære injeksjoner)
- Kl. 18.55 diazepam 10 mg
- Kl. 20.30 litium 125 mg + perfenazin 4 mg
- Kl. 22.40 diazepam 10 mg og zolpidem 10 mg.



5.2 Samtykkekompetanse

Hanna samarbeidet om å få zuclopentixolacetat, men hun var ikke samtykkekompetent. Samarbeid ble oppfattet som en form for samtykke.

Det ble oppfattet som uhensiktsmessig å lese opp alle bivirkningene eller farene ved medikamentet til pasienten. Dette er legemidler som gis hver dag.

«Hadde jeg hatt litt bedre tid, så burde jeg nok fattet et 4-4 vedtak som et tiltak for å fremme søvn.»

Diazepam (Stesolid) kan ikke kan gis med hjemmel i et vedtak om tvangsbehandling.

«Noen ganger fatter vi 4-4 vedtak og gir et depot, som har en effekt etter 3-4 uker, men innimellom den tid kan det være behov for å også bruke kortidsvirkende medikamenter. Og da er spørsmålet... Stesolid er egentlig ikke lov å bruke som behandling, men for å forebygge skade, så stesolidinjeksjon skal i et 4-8 C-vedtak og ikke 4-4-vedtak.»

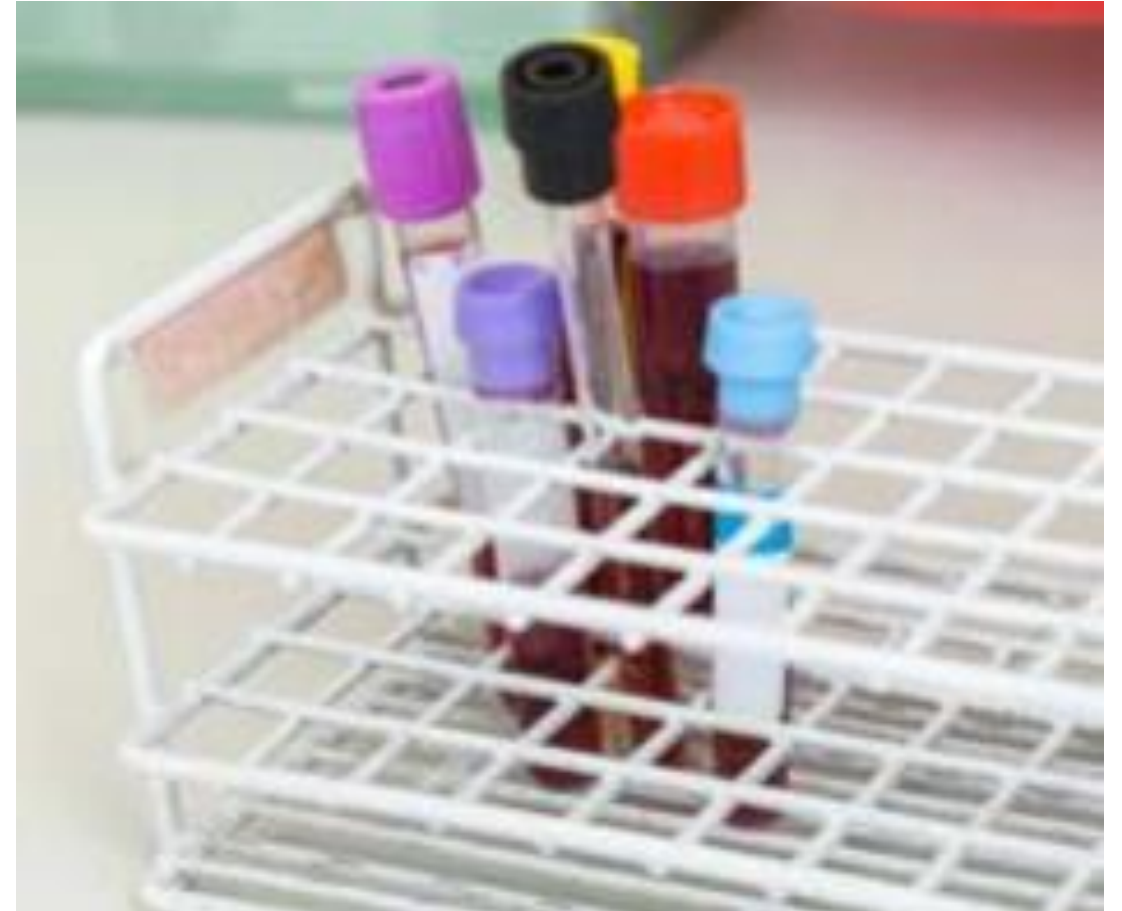


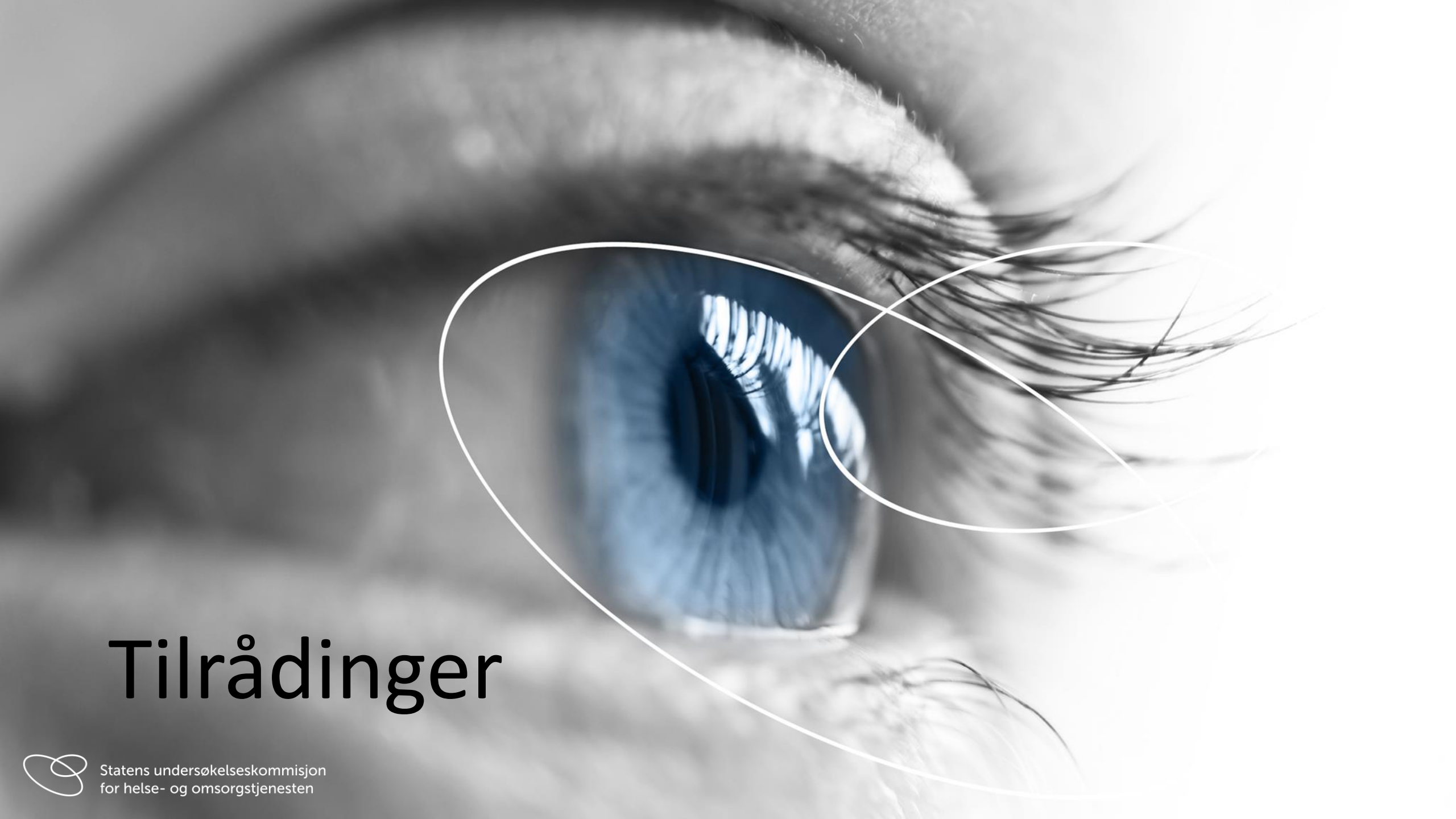
5.3 Obduksjonsfunn

Forskrevne legemidler ble påvist i mengder som kunne samsvare med den behandlingen Hanna fikk siste døgn før døden, med unntak av nivået av olanzapin, som ble påvist i langt større mengde enn ventet.

Dette kan være et uttrykk for en betydelig redistribusjon etter døden.

Dette viser at pasienter kan ha betydelige mengder legemidler i kroppen som ikke er kjent for behandlende lege. Dette vil ytterligere øke risikoen knyttet til en allerede risikofylt behandling.





Tilrådingar



Statens undersøkelseskomisjon
for helse- og omsorgstjenesten

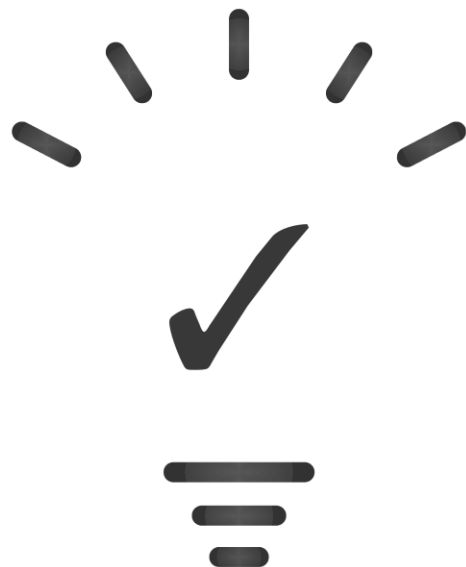
Tilrådingar

Målet med denne rapporten er å bidra til å forebygge lignende hendelser. Det viktigste arbeidet må skje lokalt rundt den enkelte pasient. Det finnes ikke en standardløsning som vil forhindre legemiddelrelaterte dødsfall hos innlagte pasienter.

Rapporten har relevans for alle behandlingssteder i psykisk helsevern. Læring vil kreve refleksjon og systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten.



Tre tilrådingar



- Fysiske forhold på skjermingsenheter
- Gjennomføring av miljøterapeutiske skjermingstiltak (heretter kalt skjermingspraksis)
- Somatisk observasjonskompetanse i psykisk helsevern

1. Skjermingsenheter i norske sykehus må ha systematiske befaringsrunder knyttet til fysiske omgivelser

- **Hvordan kan man få til det?**

- I pasientens fotspor
- Pasientsikkerhetsvisitter
- 15 steg inn



Foto: Ukom

2. Skjermingspraksis må diskuteres jevnlig

Hvordan kan man få til tverrfaglige arenaer for diskusjon om skjermingspraksis?

Risikotavle og tavlemøter er gode verktøy for å sikre oversikt over utvalgte risikoområder for pasienter og brukere.

Skjermingspraksis er et risikoområde for pasienter som har skjermingsvedtak. Tavlen er et verktøy for å etablere regelmessige dialogmøter om og oppfølging av utvalgte risikoområder.



Foto: I trygge hender 24/7

3. Det nasjonale rådet for tidlig oppdagelse av somatisk forverret tilstand må implementeres også i psykiatriske døgnenheter.

Zuklopentiksolacetat alene eller en blanding av legemidler med hurtig (diazepam) og langsom effekt (zuklopentiksolacetat) er relativt ofte brukt i psykisk helsevern. Det er en intensiv og til dels risikofylt behandling.

- NHS i England har siden 2014 hatt egen retningslinje for injeksjoner som Hanna fikk. I følge denne skal man benytte strukturerte skåringsverktøy som NEWS.
- Helsedirektoratet kom våren 2020 med nytt Nasjonalt råd for tidlig oppdagelse av somatisk forverret tilstand. **Rådet gjelder også for psykiatriske enheter i spesialisthelsetjenesten.**

Dette faglige rådet bygger på et internasjonalt system, Rapid respons system, hvor de viktigste elementene er:

- utdanning og opplæring som sikrer rett kompetanse hos helsepersonell
- monitorering av pasientenes vitale funksjoner (f.eks. med NEWS)
- gjenkjenning av forverret tilstand og nødvendig respons
- rutiner som sikrer tydelig kommunikasjon og rask hjelp ved mistanke om en forverret tilstand



Spørsmål til refleksjon

- På hvilken måte er funnene i denne undersøkelsen relevant for oss?
- Hva kan vi lære av undersøkelsen?
- Hvilke av tilrådingen er aktuelle for oss, og hvordan kan vi implementere de?



Ressurser

- [I pasientens fotspor](#)
- [15 steg inn](#)
- [Pasientsikkerhetsvisitter](#)
- [Hvordan komme i gang med tavlemøter](#)
- [Implementering av nasjonale råd](#)

