Funn i saken



Ukom



DØDSFALL PÅ EN AKUTTPSYKIATRISK SENGEPOST

Funn i saken

Publisert 7. juni 2021
ISBN 978-82-8465-002-9

Hva kan vi lære av undersøkelsen?

I vår undersøkelse av denne hendelsen vil vi særlig peke på temaene listet opp under. Disse kan til sammen ha bidratt til at Hanna fikk mange ulike legemidler og at hun antagelig døde av legemiddelforgiftning:

Skjermingsenheten var uegnet for urolige pasienter

Lokalene var ikke innrettet til å romme stor uro og høye lyder, og økt symptomtrykk måtte raskt dempes av hensyn til andre pasienter, særlig om natten. Pasientrommet til Hanna var sterilt og uten inventar. Det hadde bare en madrass på golvet. Slike forhold kan ha bidratt økt til uro og forverring av psykoselidelsen hennes.

Bemanningen bestod av mange og ukjente

Personell på alle nivåer i sykehuset var opptatt av stabilitet og kontinuitet i miljøpersonalet, men det var ingen plan eller struktur som ivaretok dette. Hanna hadde kontakt med minst 41 ulike ansatte de 12 dagene hun var innlagt. Det var stadig nytt miljøpersonell som hadde pasientkontaktansvar for henne. Det var en utfordring at flere ble slitne. Det ble derfor ofte rullert i løpet av vaktene, men denne manglende kontinuiteten har trolig vært krevende for Hanna.

Stor variasjon i krav og grensesetting

Hannas 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 utfordrende å håndtere. Hun ble forsøkt holdt på rommet sitt alene, og i enkelte tilfeller ble døren stengt.

Betydningen av utviklingshemming for omsorg og behandling

Hanna hadde en kromosomfeil kjent som trippel X syndrom, og var diagnostisert til å ha en lett psykisk utviklingshemming. Syndromet disponerer for psykose og sterke emosjonelle reaksjoner ved belastninger. Det var ikke tatt hensyn til diagnosene i behandlingen, til tross for at hun hadde særskilte behov for tilrettelegging, toleranse, forståelse og støtte.

Medikamenter ble vurdert som det viktigste tiltak

Medikamentelle tiltak var alminneliggjort og framstod som den eneste virksomme løsningen. Manglende effekt av basismedikasjon medførte økt medisinering. Det ble ordinert injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepiner for å dempe uro og som et søvntiltak.

Rapporten belyser betydningen disse punktene til sammen hadde for at Hanna fikk mange legemidler.

I tillegg peker rapporten på flere andre forhold som det vil være viktig å gå grundigere inn i og lære av:

- Det er et gap mellom pårørende og sykehusets opplevelse om samarbeid, informasjon og medvirkning.
- Det er viktig å opprettholde praksisen med å foreta obduksjon av pasienter som uventet dør mens de er innlagt i psykisk helsevern.
- Det er et gap mellom lovgivers krav og den kliniske hverdagen om praktisering av reglene i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
- Det er store forskjeller mellom psykisk helsevern og somatikkens intensivavdelinger både når det gjelder kompetanse, tilrettelagte lokaler, tverrfaglighet, planlegging og verdighet.
- Godkjenningsordning for institusjoner som har ansvar for tvungent psykisk helsevern sikrer ikke kvaliteten på de fysiske omgivelsene.
- Det å ha en psykisk utviklingshemming kan representere en pasientsikkerhetsrisiko under behandling i psykisk helsevern.
- Det å ha etnisk minoritetsbakgrunn kan representere en pasientsikkerhetsrisiko i behandling i psykisk helsevern.
- Finansiering og prioritering av vedlikehold av bygningsmessige forhold innen psykisk helsevern har betydning for pasientsikkerheten.
- Kontrollkommisjonens oppgaver, herunder velferdskontroll, har betydning for pasientsikkerheten.
- Pasientsikkerheten innen psykisk helsevern må bedres ved at virksomhetene selv foretar grundige analyser etter alvorlige uønskede hendelser, involverer pårørende og bruker hendelsene til faglig refleksjon.

Disse forholdene vil det være behov for å gå dypere inn i enn det vi gjør i denne rapporten. Disse områdene vil også Ukom ha oppmerksomhet på i vårt videre arbeid.

Gjennom dialog med fag -og interesseorganisasjoner har vi fått bekreftet at våre funn og forholdene som er listet ovenfor er relevante for flere psykiatriske sykehus. Vi har i denne rapporten valgt å trekke frem tre klinikknære tilrådinger (les de her). Tilrådingene går til alle døgnenheter innen psykisk helsevern i Norge.

Vi vil etter at arbeidet med rapporten er avsluttet, vurdere om vi i tillegg bør gi egne tilrådinger rettet mot overordnede fagmyndigheter, forvaltningsorgan eller kontrollmyndigheter. Disse vil være knyttet til de andre forbedringsområdene som vår undersøkelse avdekker.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924