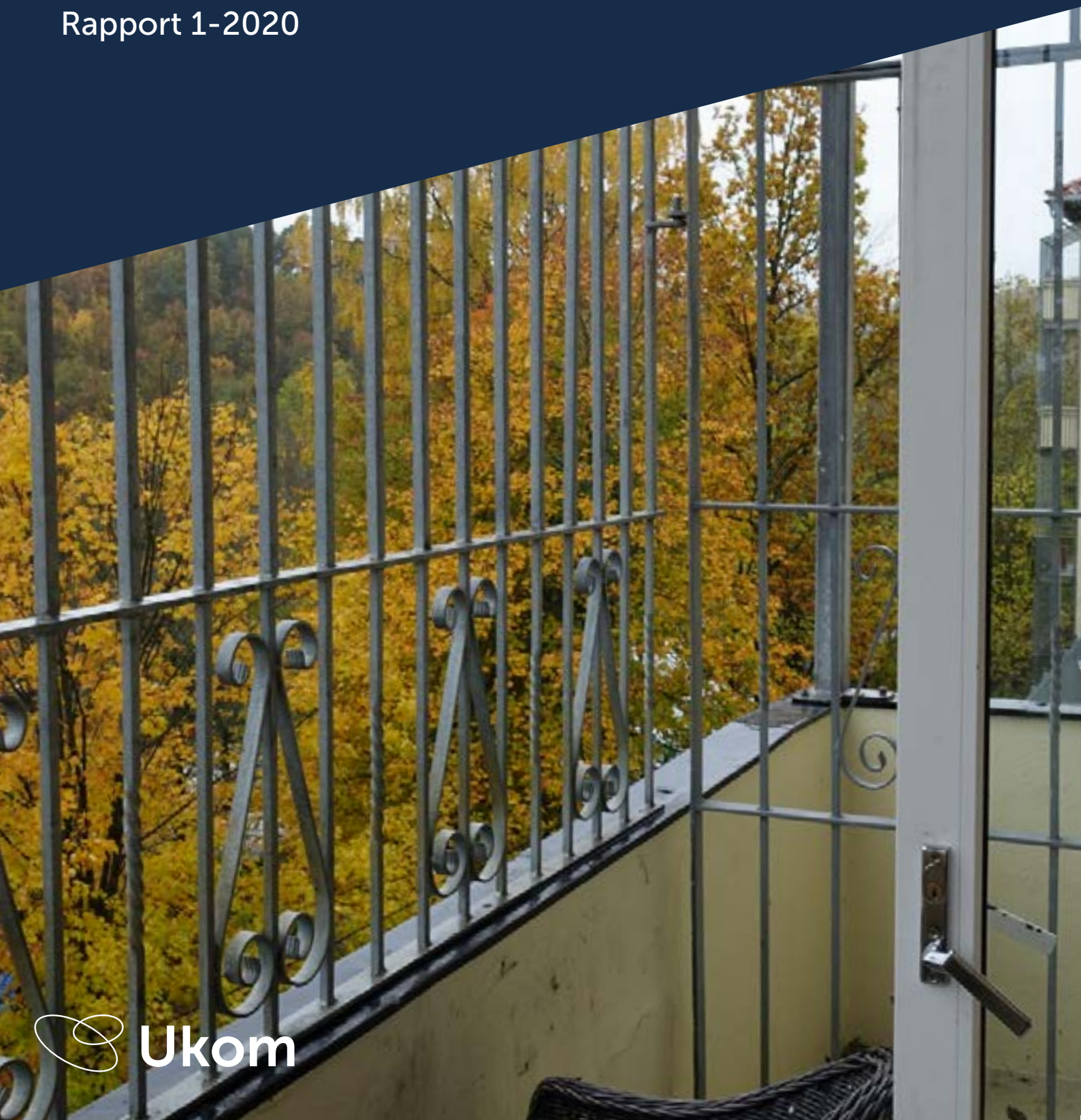


Statens undersøkelseskommissjon
for helse- og omsorgstjenesten

Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost

Risikoforhold ved skjermingstiltak

Rapport 1-2020



Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenestens oppdrag

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig, statlig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Formålet med undersøkelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller hvilke alvorlige forhold som skal undersøkes, tidspunktet for og omfanget av undersøkelsen samt hvordan den skal gjennomføres.

Undersøkelsene gjennomføres i dialog med involverte parter, det vil si ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasienter, brukere og pårørende.

Rapportene fra Ukom er offentlige, og de inneholder ikke referanser til enkeltpersoners navn og adresse. Det vurderes i hver enkelt undersøkelse om det refereres til sted for hendelsen.

[Ukoms virksomhet er hjemlet i lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten av 16.06.2017 nr. 56.](#)

Rapport 1-2020

Illustrasjon og foto:

Ukom: Omslagsfoto og sidene 16, 18, 19, 20, 21, 22, 34, 45, 54, 61

Mostphoto: sidene 6, 8, 9, 24, 48, 49, 57,

Shutterstock: sidene 10, 33, 35, 36, 39, 47, 50

Unsplash: side 6 (Simon Maage), side 58 (Charles Deluvio)

Helsedirektoratet: side 56 (Stig M. Weston)

Adobe Stock: side 52

Publisert juni 2020

www.ukom.no

Undersøkelse og rapport

Vår undersøkelse ble iverksatt på bakgrunn av et varsel om en alvorlig hendelse, der en ung kvinne på morgenen ble funnet livløs i sitt pasientrom på en akuttpost i psykisk helsevern. Gjenoppliving lyktes ikke. Obduksjonsrapporten konkluderte med antatt legemiddelforgiftning. Denne er trolig forårsaket av en kombinasjon av flere medikamenter. Formålet med undersøkelsen er å utrede og vurdere hvilke forhold som bidro til dette utfallet og hvordan lignende hendelser kan forebygges.

Undersøkelsen er basert på intervjuer med et utvalg av leger, sykepleiere og annet helsepersonell som var involvert i behandlingen pasienten fikk under innleggelsen. Det er også gjennomført intervjuer med kontrollkommisjonen og flere av pasientens etterlatte. Tidsrammen for hvert intervju var to timer.

I ettertid ble sykehusledelsen intervjuet om utvalgte tema som kom fram under de første intervjuene. Følgende tema danner hovedkapitlene for denne rapporten:

- Fysiske forhold ved skjermingen
- Antall leger og miljøpersonell som var involvert
- Miljøbehandlingen pasienten fikk
- Pasientens utviklingshemming
- Legemiddelbehandlingen
- Obduksjonsrapporten

Ukom har også basert seg på psykiatrisk journal og andre dokumenter i saken ([se Tilrådinger side 51](#)).

Informantenes profesjon, faglige bakgrunn og rolle framgår der det er nødvendig for innholdet. Ansattes

identitet framgår følgelig ikke.

Vi har avgrenset undersøkelsen til å handle om hvilke risikofaktorer som kan ha medvirket til at pasienten fikk så mange legemidler i kroppen under oppholdet på skjermingsenheten på akuttposten. Det betyr at undersøkelsen vår blant annet ikke har sett på hvorfor hun ble så syk at hun ble innlagt og heller ikke hvorfor skjermings tiltaket ble iverksatt. Rapporten belyser i hovedsak de siste ni dagene av hennes liv. Før pasienten kom til akuttposten, var hun tre dager på en mottakspost. Pasientens sykehusopphold strakk seg over til sammen 12 dager.

Rapporten er skrevet i en fortellende form, tett på informantenes erfaringer. Når noe klassifiseres som funn i vår rapport, vil det bygge på informasjon der flere kilder har sammenfallende beskrivelser, eller der utsagn understøttes av innhentede dokumenter.

Våre funn er analysert i AcciMap, men i rapporten er disse framstilt i en fortellende form. For mer detaljert redegjørelse for metode, [se Metode- og analysebeskrivelse side 59](#).

I denne undersøkelsen har vi benyttet kompetanse innen pasient-sikkerhetsarbeid, sykepleie, vernepleie, forbedringskunnskap, administrasjon- og organisasjonsvitenskap samt spesialistkompetanse innen psykiatri, kardiologi og allmennmedisin.

Rapportens målgrupper er medarbeidere, ledere og beslutningstakere i helse- og omsorgstjenesten, samt pasienter, brukere og pårørende innen psykisk helsevern. Der det er behov for forklaringer av begreper eller terminologi, er det benyttet tekstbokser.

FAKTA

Skjerming

Skjerming er definert i Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet, § 2 definisjon: Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.

Innledning

Vår undersøkelse ble gjennomført etter at en ung kvinne døde brått og uventet på en akuttpsykiatrisk sengepost. Pasienten hadde en alvorlig psykiatrisk lidelse. Dødsfallet fant sted etter 12 dagers innleggelse. Obduksjonsrapporten konkluderte med antatt blandingsforgiftning av antipsykotika, litium og benzodiazepiner.

Antipsykotika og benzodiazepiner blir ofte brukt i behandlingen av akuttpsykiatriske tilstander og unntaksvis også for å forhindre at pasienter skader seg selv eller andre.

Det kan være en vanskelig avveining hvorvidt fordelene av antipsykotisk legemiddelbehandling oppveier

ulempene og risiko. Det kan også være krevende å ivareta den akuttpsykiatriske pasientens rett til medvirkning i egen behandling.

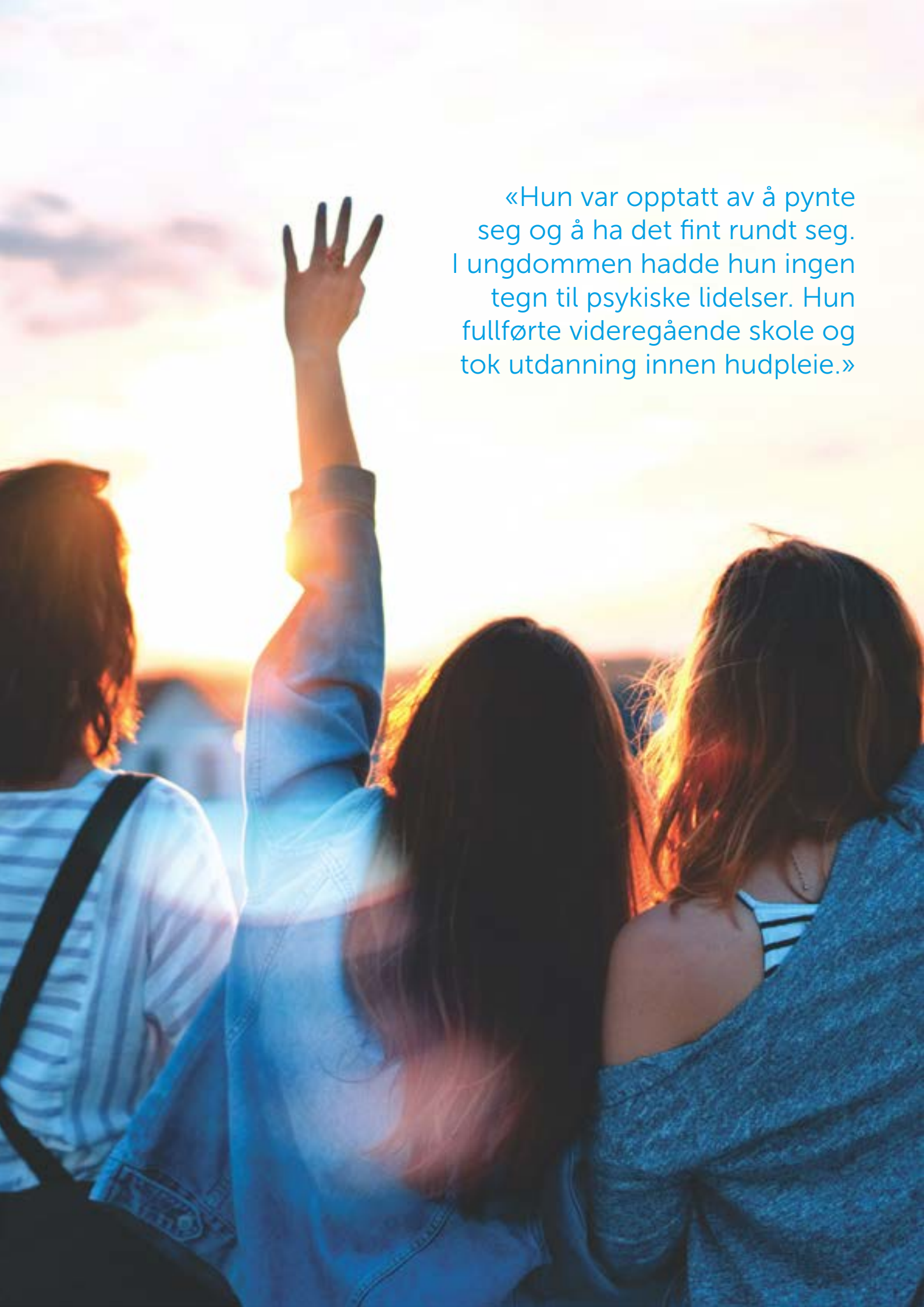
Plutselig og uventet død forekommer oftere hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse enn i den øvrige befolkningen. Omfanget er lite kjent, og årsaker er ikke fullt ut forstått. Noen dødsfall kan ha en sammenheng med legemidler, ofte kombinert med en generelt svekket helsetilstand.

Formålet med denne undersøkelsen er å vurdere hvilke forhold som medførte at den unge kvinnen fikk behandling med flere legemidler og hvorfor hun døde.

Innhold

Hendelsen	7
Pårørendes historie	9
Hvem var Hanna?	9
Den siste innleggelsen	9
Innleggelse og opphold	11
Dagene på sykehuset	12
Funn i undersøkelsen	15
Hva kan vi lære av undersøkelsen?	16
Skjermingsenhetens utforming	18
Fysiske forholds betydning for behandlingsmiljøet	20
Kontrollkommisjonen og velferdskontroll	21
Godkjenning av institusjoner for tvungent psykisk helsevern	21
Vedlikehold og renhold	22
Ukoms vurderinger av fysiske forhold på skjermingsenheten	23
Organisering	25
Organiseringen av arbeidet	26

Hanna møtte nytt miljøpersonale og leger nesten hver dag.....	26
Kompetanse hos de som deltok i behandlingen av Hanna	28
Relasjonenes betydning.....	29
Personalskifter og skifte av behandlere	29
Ukoms vurderinger av organiseringen ved avdelingen	30
Miljøbehandlingen	31
Miljøbehandling	32
Planlagt miljøbehandling.....	32
Krav og grenser	32
Hvorfor varierte krav og grenser?	33
Ukoms vurderinger knyttet til miljøbehandling	34
Behandling og utviklingshemming	37
Hanna var særlig sårbar	38
Hannas medfødte sårbarhet	38
Fatale utfall knyttet til legemiddel	40
Diagnosen var dårlig kjent	40
Ukoms vurderinger av oppfølgingen av pasienter med utviklingshemming	40
Legemiddelbehandlingen	41
Hanna fikk mange legemidler.....	42
Hannas basismedikasjon ga ikke tilstrekkelig effekt	43
Hanna fikk injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepiner	43
Ukoms vurderinger av legemiddelbehandlingen og håndtering av risiko	44
Hadde Hanna evne til å samtykke til legemiddelbehandling?	46
Obduksjonsfunn og dødsårsak	48
Toksikologifunn og sakkyndig uttalelse.....	48
Ukoms vurderinger knyttet til medikamentbehandling og dødsårsak.....	49
Tilrådingen	51
Våre tilrådingen	52
Fysiske forhold og skjermingspraksis	53
Somatisk observasjonskompetanse i psykisk helsevern	55
Sykehusets egne lærings- og forbedringspunkt	57
Metode- og analysebeskrivelse	59
Metodevalg.....	60
Analyse og årsakssammenhenger	61
Referanseliste	62

A photograph of three young women from behind, looking out at a sunset. The woman in the center has her right arm raised high, with her hand open. The scene is bathed in the warm, golden light of the setting sun, creating a soft, hazy atmosphere. The women are wearing casual clothing, including a denim jacket and a grey sweater.

«Hun var opptatt av å pynte seg og å ha det fint rundt seg. I ungdommen hadde hun ingen tegn til psykiske lidelser. Hun fullførte videregående skole og tok utdanning innen hudpleie.»

KAPITTEL 1

Hendelsen

Hendelsen

FAKTA

Schizoaffektiv lidelse

En psykose blir gjerne definert som en tilstand der evnen til realistisk vurdering av en selv, andre eller av forholdet til omgivelsene, er nedsatt. Med schizoaffektiv lidelse menes en form for psykose som faller mellom en diagnose på schizofreni og bipolar lidelse. Karakteriseres av samtidige schizofrenisymptomer og symptomer på mani eller depresjon i mer enn 2 uker. Funksjonssvikt og prognose ligger mellom schizofreni og bipolar lidelse.

I samråd med familien har vi valgt å kalle pasienten Hanna. Hun var av etnisk minoritetsbakgrunn.

Tidlig om morgenen 12 dager etter innleggelse, ble Hanna funnet livløs på en madrass på gulvet på skjermingsrommet. Hjerne- og lungeredning ble igangsatt uten at det akuttmedisinske teamet lyktes i å gjenopplive henne. Den akuttmedisinske innsatsen som ble gitt er ikke omfattet av vår undersøkelse.

Hanna var tidligere diagnostisert med schizoaffektiv lidelse og trippel X syndrom (kromosomforstyrrelse), med en lett psykisk utviklingshemming. I tiden før innleggelsen var hun gradvis blitt dårligere, og hun ønsket selv hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hun kom til avdelingen sammen med et av søsknene sine.

I journal og intervjuer beskrives det at hun var psykotisk, ofte urolig og redd. Hanna lagde høye lyder, hadde vansker med å sove og ble stadig

dårligere under oppholdet. Her framkommer det at hun ble underlagt restriksjoner både av hensyn til andre pasienter og som ledd i behandlingen. I ettertid uttrykker personalet at de hadde vært bekymret for at Hanna skulle kollapse, og at de opplevde at hun var i en livstruende tilstand på grunn av sin maniske tilstand. Bruk av psykofarmaka var ofte et tema, særlig knyttet til Hannas uro og behovet for at hun og medpasientene skulle få ro og søvn.

Det ble forsøkt flere typer legemidler, som ble gitt både som tabletter og ved injeksjoner.

Hanna døde brått og uventet om morgenen 12 dager etter innleggelsen. Obduksjonsrapporten konkluderte med at dødsfallet trolig var forårsaket av en blandingsforgiftning av legemidler.

I vår undersøkelse har vi forsøkt å finne årsaksfaktorer som kan forklare hvorfor Hanna under innleggelsen fikk en så omfattende og risikofylt legemiddelbehandling.

Undersøkelsen omfatter tiden fra Hanna kom til mottaksposten og fram til hun fikk siste dose med medisiner kvelden før hun døde. Hovedvekten er lagt til oppholdet ved akuttposten. Leseren får innledningsvis møte Hannas pårørende. Deres fortelling dekker et lengre tidsforløp enn det vår undersøkelse konsentrerer seg om.



Hanna ble funnet livløs på pasientrommet og gjenoppliving lyktes ikke. (Illustrasjonsfoto)

Pårørendes historie

I den innledende fasen av undersøkelsen hadde Ukom samtaler med flere av Hannas nære pårørende. Under følger en sammenfatning av det familien fortalte. Kapitlet handler om hvem Hanna var, familiens tanker rundt innleggelsen og dødsfallet, og hva familien mener at tjenesten må lære av denne historien.

Hvem var Hanna?

Pårørende opplevde sykehusinnleggelsen som svært krevende. De savnet samarbeid med sykehuset og opplevde at Hanna ikke ble godt ivaretatt.

Hanna døde plutselig og uventet. Dødsfallet har påført familien mye smerte, og de synes det er vanskelig å forstå det som har skjedd.

Hanna var en glad person som trivdes best i samvær med andre. Hun hadde flere søsken, og familien var viktig for henne. Hun var opptatt av å pynte seg og å ha det fint rundt seg. I ungdommen hadde hun ingen tegn til psykiske lidelser. Hun fullførte videregående skole og tok utdanning innen hudpleie. Familien forteller at Hanna fikk gode karakterer på skolen og gode referanser fra butikkjobber som hun hadde på fritiden. I journalen leste foreldrene at Hanna hadde diagnosen lett psykisk utviklingshemming. Dette kjenner de ikke igjen. De opplevde henne som umoden, men ikke psykisk utviklingshemmet.

Etter en vond skilsmisse ble livet vanskeligere for Hanna. Hun ble alvorlig psykisk syk og var innlagt tre-fire ganger på psykiatrisk sykehus. I hverdagen fikk hun god hjelp av kommunekontakt og fastlege. Hun holdt orden på medisinene sine selv.

Bortsett fra den psykiske sykdommen, var Hanna frisk og utadvendt. Hun



hadde egen leilighet og kontroll over egen økonomi. Hun opplevde det likevel som ensomt å bo alene og ville ikke være alene når hun ble dårlig. Hanna flyttet derfor hjem igjen til foreldrene sine.

Den siste innleggelsen

Hanna sov ikke i tiden før den siste innleggelsen. Hun sa og gjorde mye som uroet familien. Hanna ble urolig og var ikke seg selv. Hun ønsket hjelp, og familien fulgte henne til innleggelse via legevakten. Målet var at hun skulle bli frisk og få det bra.

Familien følte at det var for mange pasienter og for få leger i avdelingen. Familien hadde ikke tillit til behandlingen hun fikk:

«Det var mange på vakt, men hvem hadde egentlig ansvar for Hanna?»

Hanna fortalte familien at hun opplevde ikke å bli forstått. De savnet at det var en fast kontaktperson som over tid hadde ansvaret.

Familien forteller at de opplevde informasjonen og samarbeidet med sykehuset som krevende. Det var vanskelig for dem å skjønne når og om de kunne komme på besøk. Det var vanskelig for dem å komme i posisjon til å medvirke og, på en god måte, bli involvert.

Når familien var på besøk, skjedde det på et eget besøksrom. Foreldrene og søsken fikk først se pasientrommet hennes den morgenen hun døde. De syntes det var et deprimerende syn. Hanna hadde ingenting på rommet sitt. Familien sier:

«Hvis man ikke er gal fra før av, så blir man gal av å være der. Så enkelt er det.»

Det er hjerteskjærende for familien å tenke på omstendighetene rundt dødsfallet.

«Det er et tap og en sorg som det ikke er lett å sette ord på. Vi kommer til å ha sorgen med oss hele livet. Hun er vår engel.»

Familien mener at sykehuset bør ha mye tettere samarbeid med pårørende til innlagte pasienter.

«Man føler seg veldig liten og det er så mange involvert. Det er masse feil, men hvem skal vi klandre, systemet eller personer? Familien sitter bare med sorgen, så er det ikke noe annet vi kan gjøre, dessverre.»



KAPITTEL 2

Innleggelse og opphold

Dagene på sykehuset

Det følgende gjengir hendelsesforløpet slik det er beskrevet i Hannas journal. Ukom har tatt et utdrag med de viktigste opplysningene, men har ikke endret på innholdet. Noen steder har det vært nødvendig å foreta noen språklige justeringer, som for eksempel bruk av forkortelser og skrivefeil. Vi har noen steder brukt pseudonymet Hanna.

DAG

0

Hanna blir innlagt til tvungen observasjon

Hanna blir innlagt på sykehus til tvungen observasjon etter å ha frivillig oppsøkt legevakten sammen med broren sin. Hun motsetter seg ikke innleggelsen, men er av innleggende lege ikke vurdert å ha sykdomsinnsikt og ei heller inneha samtykkekompetanse hva gjelder innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling.

Ved innleggelsen kommer Hanna gående selv. Hun har et litt stivt, ansent kroppsspråk og skjelver lett på hendene. Under innleggelsessamtalen samarbeider hun og oppfattes som klar, orientert og gir adekvat formell kontakt. Den emosjonelle kontakten er imidlertid preget av et oppstemt stemningsleie.

Hanna vurderes til å være i en manifform psykotisk tilstand. Den krever behandling i psykiatrisk døgninstitusjon på grunn av medikamentell behandling, stimulibegrensning samt beskyttelse mot seg selv ved ukritisk atferd eller aggressiv utagering. Hanna blir innlagt til generell observasjon.

I tillegg til faste medisiner får Hanna ordinert olanzapin 15 mg i tre dager og zolpidem 5 mg om kvelden for å intensivere søvnstøtte. Ved tidligere innleggelser har Hanna hatt behov for skjerming, men blir vurdert for å ikke ha behov for skjerming ved innleggelse.

1

Behov for skjermingsvedtak

Hanna har manisk atferd hvor hun danser, kler av seg, kaster ting når hun blir irritert og slår etter personale. Det fattes vedtak om skjerming.

2

Har sovet lite og er urolig

Hanna har sovet lite om natten. Hun har dusjet med klærne på og vandret rundt på avdelingen, sunget høyt og må bli korrigeret på atferd. Utover dagen er Hanna roligere, men dusjer tre ganger med klærne på. Hun forholder seg rolig til personalet.

3

Urolig natt. Er høyløyt, urolig og har vrangforestillinger

Urolig natt hvor Hanna har kastet ut sengetøy fra rommet og blitt korrigeret på atferd flere ganger av personalet. Hun har flere avbrudd i søvnen.

På dagen framstår Hanna som høyløyt, urolig og har vrangforestillinger. Hun vil ikke spise mat som blir tilbudt.

På kvelden veksler Hanna mellom å være rolig og høre på musikk, bryte ut spontan latter og gråte hølytt og fylt med tårer. Hanna sover tre timer om natten og tar av sengetøyet flere ganger. Hun kaster klær, kopper og sandaler. Lege ordinerer 5 mg zolpidem for å intensivere søvnstøtte uten effekt.

Hanna overflyttes til akuttposten

4

DAG

Etter overflyttingen framstår Hanna som hektisk, lattermild, ropende og agitert, men demper seg raskt. Hun oppleves roligere enn tidligere. Hun uttrykker uklare syns- og hørselshallusinasjoner i form av mennesker som danser. Hun kommer rett til skjermet enhet.

Sovet hele natten med søvnframkallende medisiner

5

Pasient har sovet snorkende gjennom hele natten med støtte av søvnframkallende medisiner og oksazepam.

I samtale med lege gir Hanna redusert formell og emosjonell kontakt. Har kun noe blikkontakt. Vil samarbeide om medikamentell behandling. På ettermiddagen må Hanna skjermes på rommet da hun skriker. Hanna aksepterer å bli skjermet på rommet. Hun spiste svært godt om kvelden og hadde besøk av sin mor og bror. Hun ble lei seg da de gikk og ville være med dem hjem.

Søvnløs natt og må ofte romskjermes

6

Hanna har ikke sovet om natten. Hun har hatt vrangforestillinger og tar ikke imot korrigerende fra personalet. På dagtid har Hanna vekslende stemningsleie og må henvises til rommet flere ganger (romskjerming).

Hanna er urolig, engstelig og hallusinert og vandrer fram og tilbake i gangen. Hun har ingen effekt av ekstra medikasjon med diazepam.

Er veldig urolig

7

Hanna er veldig urolig, røsker i sengen og lager mye støy. Sovner først kl 02:45 etter å ha fått oksazepam. Lege gjør endringer i medisineringen hvor oksazepam seponeres, det forordnes diazepam 10 mg x 3 og zolpidem økes fra 5 til 10 mg på grunn av manglende effekt.

Om dagen er Hanna urolig, hun er vanskelig å korrigere og får 15 mg oksazepam og 10 mg diazepam. Hun blir deretter roligere og oppholder seg på rommet.

Om kvelden er Hanna agitert og veldig hølytt hele tiden. Hun blir tilsett av vakthavende lege og får ytterligere 10 mg diazepam for å indusere søvn.

Får intramuskulær injeksjon

8

Hanna sov fra 01.30. Ved samtale med lege ordineres zuclopentixolacetat 100 mg som intramuskulær injeksjon, og perfenazindosen halveres. Under samtale med lege klarer ikke Hanna å stille ett meningsbærende spørsmål.

DAG

9

Hallusinert og sløv

På dagtid er Hanna svært motorisk og verbal urolig. Men hun sovner etter å ha fått injeksjonen. Om kvelden må Hanna skjerms på rommet flere ganger. Hun klarer ikke å være ute i miljøet på skjermet enhet uten å påvirke andre medpasienter. Hun hadde besøk av mor og far om kvelden, men Hanna skrek og var urolig, så mor og far bestemte seg for å avslutte besøket.

Hanna har sovnet lite gjennom natten. Hun kaster gjenstander og prøver å trenge seg ut av rommet ved grensesetting.

På dagtid er Hanna tydelig hallusinert og virker sløv i blikket. Hun virker svært trøtt på dagtid og sovner på sofaen. Om kvelden er Hanna høyløst og har en uorganisert og impulsstyrt atferd. Hun har skrudd på rørene under vasken på badet slik at vannet til badet blir stengt av.

10

Utagerende og lite effekt av medisiner

Hanna begynner natten med å være utagerende. Hun har liten effekt av medikamenter, for så å sovne klokken 01.00.

Hanna sover gjennom dagen og våkner til om ettermiddagen. Da er hun urolig og vanskelig å kommunisere med. I noen tilfeller slår hun etter personalet.

11

Slår og sparker personalet

Hanna er agitert og forvirret. Hun trenger assistanse ved stell, hun slår og sparker personalet. Hun må ha hjelp av to-tre personer. Hanna snakker mer uforståelig, språket blir mer og mer borte. I stedet kommer kun lyder og mumling.

12

Får injeksjoner

Natten har vært preget av uro og Hanna har vært høyløst. Hun har fått medisin flere ganger, men de har ingen effekt. Hun snakker usammenhengende og repeterende og har ikke vist evne til samarbeid.

På dagtid sover Hanna én time for så bli veldig urolig. Personalet må følge henne hele tiden. Hun slår og sparker personalet. Hanna tilsees av lege og det forordnes injeksjoner med zuclopentixolacetat 100 mg og diazepam 10 mg. Begge blir gitt klokken 13.06.

13

Hanna blir funnet død

Hanna fikk diazepam 10 mg og zolpidem 10 mg kvelden før klokken 22.40. Klokken 23.30 sover hun. Ved tilsyn klokken 04.30 sover Hanna med rolig pust, som er bekreftet av begge nattevaktene. Ved neste tilsyn klokken 07.15 puster hun ikke. Hun har heller ikke følbart puls, og det iverksettes hjerte-lungeredning. Ambulanse tilkalles og ankommer klokken 07.38. Hanna kobles til hjertestarter som viser sjokkbar rytme. Ett støt gis, og hjerte- lungeredningen fortsettes. Ved neste rytmeanalyse vises asystole og ingen følbart puls eller pust og dilaterte pupiller som ikke responderer på lys. Hanna erklæres død klokken 08.00.

KAPITTEL 3

Funn i undersøkelsen

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:

1. 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 gulvet. Slike forhold kan ha bidratt økt til uro og forverring av psykoselidelsen hennes.

2. 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.

3. Stor variasjon i krav og grensesetting

Hannas opphold på skjermingsavsnittet var preget av grense-



Dette er pasientrommet til Hanna. Hun sov på en madrass på gulvet. (Foto: Ukom)

setting og korleksjon. 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.

4. 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.

5. Medikamenter ble vurdert som det viktigste tiltaket

Medikamentelle tiltak var alminneliggjort og framstod som den eneste virksomme løsningen. Manglende effekt av basismedikasjon medførte økt medisinerings. 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:

1. Det er et gap mellom pårørende og sykehusets opplevelse om samarbeid, informasjon og medvirkning.
2. Det er viktig å opprettholde praksisen med å foreta obduksjon av pasienter som uventet dør mens de er innlagt i psykisk helsevern.
3. 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).
4. Det er store forskjeller mellom psykisk helsevern og somatikens intensivavdelinger både når det gjelder kompetanse, tilrettelagte lokaler, tverrfaglighet, planlegging og verdighet.
5. Godkjenningsordning for institusjoner som har ansvar for tvungent psykisk helsevern sikrer ikke kvaliteten på de fysiske omgivelsene.
6. Det å ha en psykisk utviklingshemming kan representere en pasientsikkerhetsrisiko under behandling i psykisk helsevern.
7. Det å ha etnisk minoritetsbakgrunn kan representere en pasientsikkerhetsrisiko i behandling i psykisk helsevern.
8. Finansiering og prioritering av vedlikehold av bygningsmessige forhold innen psykisk helsevern har betydning for pasientsikkerheten.
9. Kontrollkommisjonens oppgaver, herunder velferdskontroll, har betydning for pasientsikkerheten.
10. 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 ([se Tilrådingene](#)). 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 tilrådinge rettet mot overordnede fagmyndigheter, forvaltningsorgan eller kontrollmyndigheter. Disse vil være knyttet til de andre forbedringsområdene som vår undersøkelse avdekker.

Skjermingsenhetens utforming

I dette kapittelet beskrives funn knyttet til de fysiske forholdene på skjermingsenheten. Det er tatt med sitater som eksempler på noen av funnene. De viktigste er:

- Enheten var trang, dårlig vedlikeholdt, dårlig lydisolert og hadde dårlig støyabsorpsjon. 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.
- 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.



Denne korridoren i skjermingsenheten fungerte som oppholdsrom for Hanna. (Foto: Ukom)

Akuttpostens skjermingsenhet var plassert i en gammel murbygning.

Trapp ganger, yttervegger og store deler av innerveggene var i mur. Det var svært lytt mellom rom og etasjer. Lokalene var preget av betong, murstein, nakne gulv og hvite vegger. Dette førte til at lyd ble reflektert i alle frekvenser. Lang etterklangstid forsterket lyd og støy.

Korridoren i skjermingsenheten fungerte som oppholdsrom for pasienter og ansatte. Den manglet dagslys, var sparsommelig møblert og rommet dørene inn til pasientrom, fellestolett og skyllerom.

Vegglamper i korridoren manglet skjerm og lyspære. Noen av takplattene hadde omfattende skader samt gamle og store flekker av søl. Det var mye slitasje og skader på veggene, i taket og på dørene. Vi fikk opplyst av flere informanter at det er et problem at pasienter ofte forårsaker ødeleggelser.

Pasientrommet til Hanna var uten andre møbler enn en madrass på gulvet og en vask. Det var ett vindu på rommet hennes, som ikke ga fri utsikt. Skjerming for lys ble styrt av en utvendig metallpersienne. Vinduet var, på grunn av manglende renhold, vanskelig å se ut gjennom.

Ved befaring var døren til Hannas rom påført skader på innsiden.

I intervjuer med Ukom uttrykte flere informanter at skjermingsenheten ikke ble ansett som helsebringende, men tvert imot kunne øke og forlenge en psykoselidelse. En lege sa det slik: «Når du stuer flere sammen på en liten plass. Som er urolige, redde, paranoide og psykotiske ... så er jo det ... Det hadde vært bedre om vi hadde hatt det annerledes. Jeg må jo si det».

Legen fortalte at lokalet kan fungere greit dersom det er tre pasienter i en-



Vinduet fra dette pasientrommet var, i likhet med andre vinduer, vanskelig å se igjennom på grunn av dårlig renhold. (Foto: Ukom)

heten. «Da håndterer de det, men når det er fire-fem, så er det for trangt. Hvis man da skjerms for å få fred og ro, så er det jo ofte ikke det der».

Korridoren, som var oppholdsrommet, var bygd om for å kunne skille pasienter fra hverandre. Dette førte til at det ikke kommer dagslys inn når dørene er lukket. Hanna måtte bruke et felles toalett og bad. Hun måtte dermed passere medpasienter flere ganger i døgnet. En sykepleier reflekterte slik rundt det uheldige i dette:

«Hun frekventerte de samme dårlige pasientene, med kanskje 100 møtepunkter i løpet av en dag. Hun ble sendt tilbake inn på rommet sitt, midt i en skjermingsgang, hvor det er bråk alle veier (...) Så jeg tenker at hun med sitt funksjonsnivå, sin måte å tenke og være på, så tror jeg hun hadde all grunn til å være redd.»

FAKTA

Skjerming

Skjerming er definert i Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet, § 2:

«Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.»

FAKTA

Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen skal sikre den enkeltes rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen kontrollerer tvangsvedtak, behandler klager og fører velferdskontroll. Kontrollkommisjonen består av en dommer (altså en jurist), en lege og to representanter uten medisinsk eller juridisk bakgrunn. Kontrollkommisjonens hovedoppgave er å sikre den enkeltes pasient rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet.

En av miljøpersonalet sa det slik:

«Det er klart at i den korridoren der, uten vindu, det er slitsomt å jobbe der og da kan jeg tenke meg at det også er veldig slitsomt å være pasient. For det er av og til høye lyder, noen roper, skriker og det er jo en stressfaktor å være innlagt. Det er dårlig lys, dårlig luft og kjempekaldt.»

Når dørene var lukket, fikk ikke Hanna dagslys i oppholdsrommet, det vil si korridoren. I løpet av 12 dager var hun to ganger ute og gikk tur i frisk luft. Hun var noen ganger på altanen. Lite dagslys og frisk luft kan ha virket negativt inn på søvnen.

Når dørene i korridoren var åpne, kunne dagslys komme inn fra begge sider via altaner som er sikret med jerngitter.

Fysiske forholds betydning for behandlingsmiljøet

Skjermingsenhetens utforming førte til et økt behov for å dempe støy av hensyn til andre pasienter, særlig om natten. Dermed var det viktig at Hanna sov.

«Og det at pasientene ... stresser hverandre, drar hverandre opp innimellom.. Det skaper utrygghet og at helingsprosessen går langsommere, kan du si. Så de materielle forholdene er ikke bra», forteller en lege.

En helsefagarbeider sa det slik: «Litt dum skjermingsenhet. De flyr jo ofte på hverandre også. Vi har dem i hvert sitt avlukke».

Hannas uro førte til støy. Miljøpersonalet kunne bli slitne av henne. Ansvaret for de andre pasientenes ve og vel forsterket denne opplevelsen. En sykepleier fortalte:

«Veldig lytt fra skjermingsenheten over, som også lager mye støy. Det er dumt lagt opp, den minste ting høres så godt. Rommet er ikke koselig eller hyggelig. Hanna sang jo så det hørtes over hele avdelingen. Det er sikkert helt forferdelig å være pasient her».

Når skjermingsenheten er utformet på en slik måte at uro rammer de andre pasientene, kunne miljøpersonalet bli rådløse og fortvilet. Flere informanter fortalte at Hanna ble ureglementert holdt inne på rommet sitt. Det skjedde ved at døren ble sperret med foten,



Pasientrommene på skjermingsenheten. Hannas rom var umøblert. (Foto: Ukom)

og at hun ble utsatt for andre typer av fysisk makt, for eksempel føring og fastholding. Det ble ikke fattet vedtak om bruk av tvang for disse tiltakene. Informantene var tydelige på at utformingen av skjermingsavsnittet fører til økt tvangsbruk:

«Det blir økt bruk av tvang fordi pasientene går oppå hverandre. Og skjermingen er ikke så ideell som den er tenkt å være. Det er ikke noe hyggelig miljø», ifølge en lege.

Kontrollkommisjonen og velferdskontroll

Alle døgnenheter i psykisk helsevern har en kontrollkommisjon som i tillegg til kontroll av vedtak og klagebehandling, skal føre nødvendig kontroll med pasientenes velferd.

Ifølge kontrollkommisjonen for akutt-posten der Hanna døde, består mye av arbeidet i gjennomgang av vedtak. En velferdskontroll gjennomføres ved at kontrollkommisjonen oppsøker enhetene, og får et inntrykk av hvordan pasienter og personalet har det:

«Vi ser på om lokalene er bra, om rommene er hyggelige, om det er nok personalet til at pasientene kan gå ut og om det er tilbud om aktiviteter. Det er jo vårt ansvar å etterse at det ser bra ut».

Leder for kontrollkommisjonen sier at det ikke er direkte definert hva som menes med ordet «bra»:

«Det ligger i sakens natur at det man skal se etter, er om det er et ok sted å være, så langt det er mulig å ha det ok innenfor et sted hvor du er tvangsinnlagt».

Leder for kontrollkommisjonen forteller at «... bygningen er som den er», men at den likevel har meldt ifra



Takplatene i skjermingsenheten hadde søl og skader. (Foto: Ukom)

om enkelte kritikkverdige forhold til sykehuset, blant annet at en pasient måtte bruke toalettet på rommet til en annen pasient. Ukom fant at det ikke var et system for å etterspørre om slike tilbakemeldinger ble fulgt opp og rettet på.

Godkjenning av institusjoner for tvungent psykisk helsevern

I 2001 søkte sykehuset om godkjenning for sine daværende sengeposter og oppgaver. Den gangen var det Statens helsetilsyn som ga godkjenninger til institusjoner innen psykisk helsevern. Fra en liste som Helsetilsynet har oversendt Helsedirektoratet, finner Ukom en lang rekke navngitte avdelinger som den gang ble godkjent. Sykehuset er bygd om og omorganisert flere ganger etter dette. Akutt-posten der Hanna var innlagt, har byttet navn og flyttet i løpet av de senere år, og akuttposten gjenfinnes ikke i godkjenningen. Helsedirektoratet opplyser at det, på grunn av manglende sakspapirer i Helsedirektoratets arkiv, er vanskelig

FAKTA

Velferdskontroll

Psykisk helsevernloven § 6-1 pålegger kontrollkommisjonen å føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Denne kontrollen blir omtalt som «velferdskontroll». I lovteksten er denne oppgaven avgrenset til å gjelde «i den utstrekning det er mulig». Kontrollkommisjonens fullmakter når det gjelder den alminnelige velferdskontrollen, bør begrenses til å ta opp saker med den faglig ansvarlige og eventuelt fylkeslegen. Velferdskontrollen kan omfatte kontroll av institusjonens tilrettelegging for daglige aktiviteter, personlige gjøremål, besøk, personlig integritet, hvordan lokalene fungerer og pasientens omgivelser.

å sammenholde godkjenningen som ble gitt i 2001 med akuttposten slik den er i dag.

I intervjuer med sykehusledelsen kom det fram at arealene ved sykehuset ble bygget om i forbindelse med en sammenslåing. Etter søknad ble arealene så godkjent.

I dette godkjenningsbrevet, som er av nyere dato, fra Helsedirektoratet, leses at sykehuset har søkt godkjenning for fire navngitte sengeposter. Den aktuelle akuttposten er ikke nevnt i dette brevet. Helsedirektoratet konkluderte med å gi en generell godkjenning for hele sykehuset.

Ukom har ikke greid å finne ut om akuttposten som Hanna var innlagt på, slik den er lokalisert og utformet i dag, er omfattet av den godkjenningen som Helsetilsynet ga i 2001. Den aktuelle akuttposten ble ikke vurdert i forbindelse med den nyere godkjenningen, som var en generell godkjenning for hele sykehuset.

Vedlikehold og renhold

I akuttposter i psykisk helsevern er det behov for hyppig vedlikehold og

utskifting av møbler og inventar. I sin fortvilelse og frustrasjon kan pasienter for eksempel slå i stykker i møbler eller lage hull i vegger, tak og annet. Behov for renhold vil også være stort.

Akuttposten der Hanna var innlagt var preget av mangelfull vedlikehold og renhold.

Vinduene var skitnet til av ulike væsker, som brus, kaffe, melk og så videre, som var kastet ut fra etasjen over. Ledelsen fortalte at renhold er vanskelig å få gjennomført av hensyn til pasienter i første etasje.

At slike forhold aksepteres på skjermingsenheten, mener flere av informantene kan handle om at flere blir så vant med forholdene at de ikke lenger ser hvor ille det er. Personalet blir husblinde, som noen av våre informanter kalte det. Dette gjelder også kontrollkommisjonen, der følgende ble sagt:

«Det er jo skikkelig utrivelig, det er jo helt sikkert. Jeg tenker at kontrollkommisjonen ikke har vært oppmerksom nok på den delen fordi vi har med den tradisjonen at det skal være et sted som er litt strippet, rett og slett.»



Dette er en ødelagt lampe i korridoen på sykehuset. Bildet til høyre viser lampen slik den skal være. (Foto: Ukom)

En sykepleier fortalte:
«Jeg blir helt dårlig av hvordan det ser ut, og hvor fort man blir blind Jeg sa det til en kollega sist jeg satt der: Jeg blir så dårlig av disse veggene.»

Ukoms vurderinger av fysiske forhold på skjermingsenheten

Hanna ble plassert i trange og utrivelige lokaler, noe som trolig bidro til økt uro. Uro resulterte i økt bruk av restriksjoner og medisiner. Den samlede medisineringen kom etter hvert opp på et svært risikofullt nivå.

Beslutningsprosessene og mandatet til å foreta utbedringer av fysiske forhold virker tungvinte og består av til dels uklare prosesser. Dette kan føre til mangelfullt vedlikehold og at ødelagte møbler ikke blir erstattet.

Ukom ser at velferdskontrollen til kontrollkommisjonen ved dette sykehuset ikke fungerte som forventet. En årsak til dette kan være svakt mandat og utilstrekkelig opplæring knyttet til hvordan fysiske forhold skal være. Det kan skyldes at det ikke finnes en tilstrekkelig faglig norm for fysiske forhold ved skjermingsenheter i psykisk helsevern. Helsedirektoratet kan også ha vansker med å nå ut med sin opplæring. En annen årsak kan være måten Helsedirektoratet omtaler innholdet i velferdskontrollen på i sitt rundskriv. Ordbruken tyder på at omfang og innhold overlates til den enkelte kontrollkommisjon.

Ukom har identifisert flere mulige årsaker til at de fysiske forholdene var som beskrevet. Det finnes en godkjenningsordning for lokaler innen psykisk helsevern. Denne godkjenningsordningen sikret ikke kvaliteten på de fysiske omgivelsene ved den undersøkte sykehusavdelingen. Det er i det hele tatt uklart hvorvidt lokalene var godkjent. Det aktuelle helse-

foretaket skal få nytt sykehus. I en slik situasjon vil gjerne utbedringer av den eksisterende bygningsmassen nedprioriteres. Vedlikeholdsetterslep kan lettere oppstå og aksepteres. Beslutningslinjer og mandat til å foreta utbedringer framsto som tungvinte og uklare. Vi så også at velferdskontrollen har mangelfullt omfang og innhold.

Husblindhet hos de ansatte i sykehuset og hos kontrollkommisjonen kan medføre at vedlikeholdsbehov ikke registreres og meldes til ledelsen.

Våre informanter bruker i intervjuene sterke ord om de bygningsmessige forholdene. Informanter forteller også at det internt er gitt beskjed om enkelte av forholdene ved skjermingsenheten, uten at det har ført til større utbedringer. Samtidig erkjenner informantene at husblindhet kan medføre at vedlikeholdsbehov ikke er erkjent av de ansatte og tydelig nok formidlet til ledelsen.

I etterkant av vår undersøkelse har sykehusledelsen sørget for utbedringer ([se Tilrådingen](#)). Undersøkelsens utenforblikk ble av ledelsen framhevet som en viktig øyeåpner for forhold ved eget sykehus.

Ukom er kjent med at det har vært rettet kritikk mot skjermingspraksisen i psykisk helsevern. I perioden 2015 til 2018 besøkte Sivilombudsmannens forebyggingsenhet 12 sykehus der pasienter var innlagt i tvungent psykisk helsevern. Disse besøkene er oppsummert i rapporten Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling (1). Et gjennomgående funn fra besøkene var at skjermingslokalene og skjermingsenhetene i liten grad ivaretar pasientenes verdighet.

Norvoll, Ruud og Hynnekleiv viser i en litteraturgjennomgang fra 2015 (4) at skjerming i liten grad er forsknings-



Illustrasjonsfoto.

basert, og at det er en betegnelse som er lite presisert og som brukes om forskjellige tilnærminger og tiltak. Det foreligger få effektstudier og randomiserte studier av tiltaket. Mange pasienter reagerer negativt på skjerming. Norvoll, Ruud og Hynnekleiv slår fast at skjerming reiser juridiske og kliniske spørsmål som trenger avklaring.

Regjeringen oppnevnte i 2016 et lovutvalg som foretok en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Tvangslovutvalget har vurdert at dagens rettslige regulering av skjerming er utilfredsstillende, og har foreslått felles krav til utforming av lokalene [\(2\)](#). Erfaringsmessig vil det ta lang tid å få en eventuell lovendring vedtatt.

Denne undersøkelsen viser at dårlige fysiske forhold i skjermingsenheter kan være en alvorlig trussel mot pasientsikkerheten. Her bør det iverksettes et omfattende forbedringsarbeid på flere nivå. Vi vil utforme våre anbefalinger knyttet til dette.

KAPITTEL 4

Organisering

Kompetanse og antall ansatte

Hanna møtte

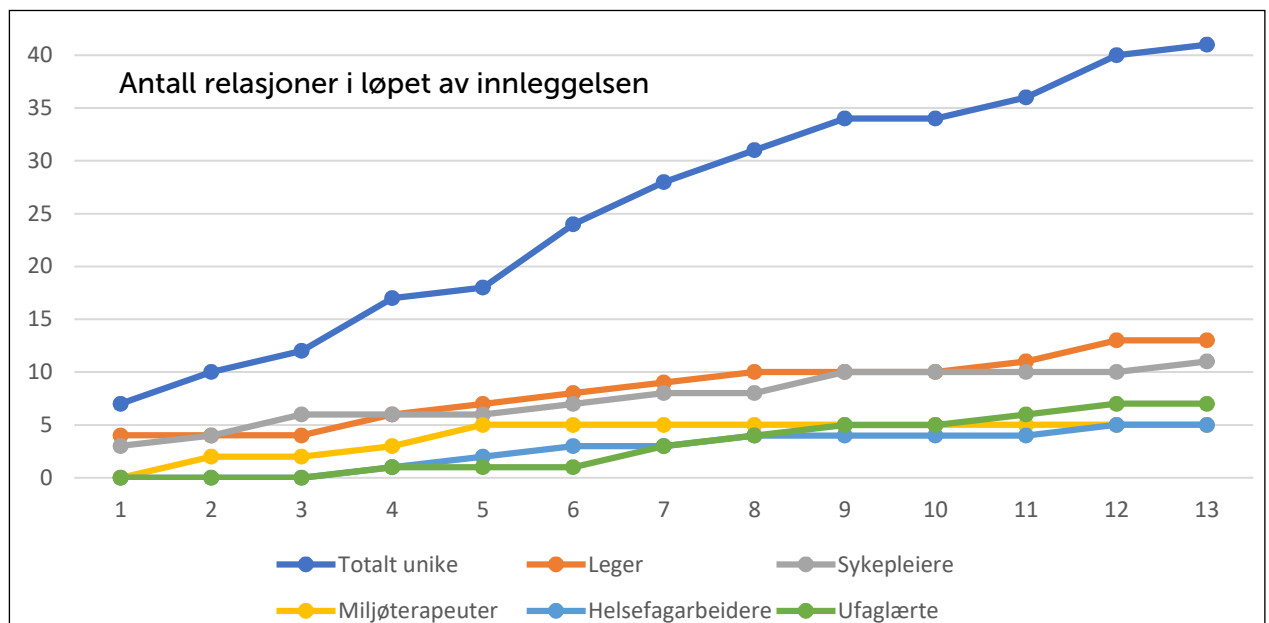
Organiseringen av arbeidet

I dette kapitlet beskrives funn knyttet til det antall ansatte Hanna måtte forholde seg til i løpet av innleggelsen. Det er tatt med sitater som eksempel på noen av funnene. De viktigste funnene er:

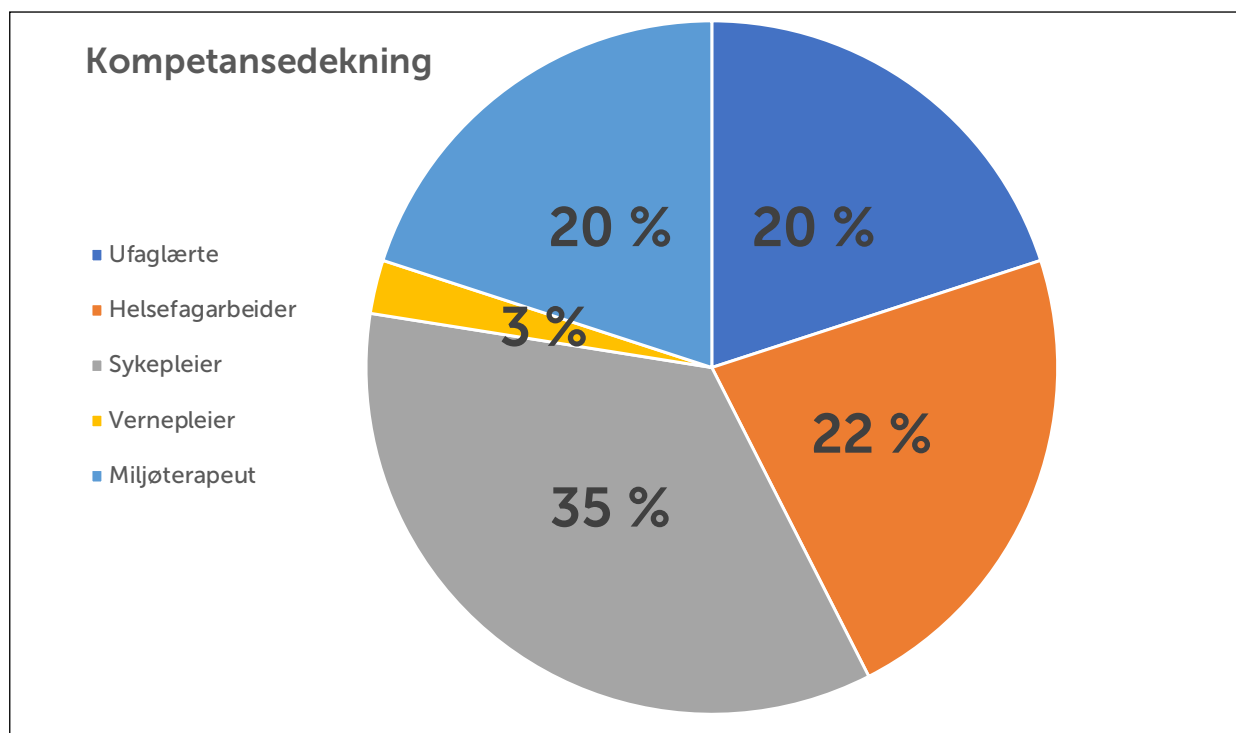
- Leger og miljøpersonale fremhever viktigheten av at personalet og pasienter kjenner hverandre, men Hanna måtte stadig forholde seg til nytt og ukjent miljøpersonale.
- Organisering og fordeling av miljøpersonalet ble gjort ved hvert vaktskifte. Det var hyppig rullering i løpet av en vakt.
- Noen informanter forteller at det var belastende for Hanna å forholde seg til så mange ansatte.

Hanna møtte nytt miljøpersonale og leger nesten hver dag

Hanna møtte nytt og ukjent miljøpersonale nesten på hver vakt. Hanna kom fra mottaksavdelingen til skjermingsenheten på dag fire av innleggelsen. Mottaksavdelingen har en annen organisatorisk tilhørighet. Det betyr at denne overføringen også innebar et skifte av behandlere og miljøpersonale. Ukom har, på grunn av avgrensning av undersøkelsen, ikke intervjuet personell fra mottaksavdelingen. Beskrivelser av funn og analyser gjelder dermed ikke for mottaksavdelingen. Vi teller likevel med helsepersonellet hun møtte der, fordi det er det totale antallet som er vesentlig for pasientopplevelsen.



Figuren viser kumulativ vekst i antall relasjoner. Hanna møtte 13 forskjellige leger, 11 forskjellige sykepleiere og det var samlet, med annet helsepersonell, 41 stykker som hadde et ansvar for henne i løpet av 12 dager.



Diagrammet viser kompetansen Hannas pasientkontakter hadde, fordelt på dag, aften og natt, de 12 dagene hun var innlagt.

Vår konklusjon er at organiseringen av kontaktperson/pasientansvar ikke ivaretok hensynet til stabilitet og kontinuitet. Hanna fikk sjelden en kontaktperson hun kjente fra en tidligere vakt. I tillegg fant det sted hyppig rulling i løpet av vaktene. Flere informanter erkjente at stadig personalskifter var en belastning for Hanna.

Vi spurte en erfaren sykepleier om det var forhold ved skjermingen som gjorde det vanskelig for Hanna å roe seg ned:

«Ja, det vil jeg tro. Det at hun møter 11 forskjellig miljøpersonale i løpet av ett døgn må ha vært krevende for henne.»

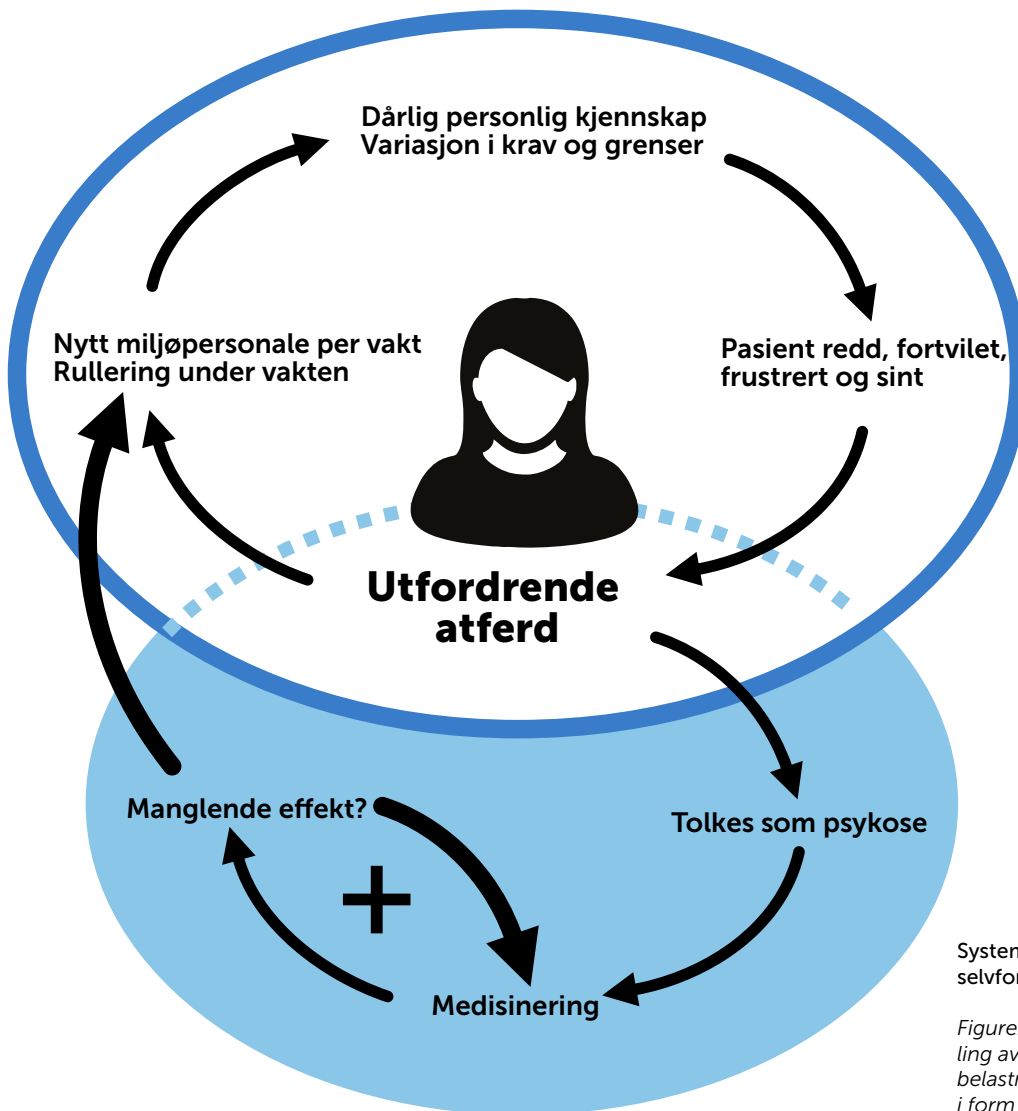
Figuren til venstre fanger ikke opp rulling. Rulleringen kunne være hyppig. En sykepleier fortalte:

«Kunne bytte '5 minutters'. Fast rulling per time. Det avtales på forhånd. Noen har mer overskudd til å stå i det enn andre.»

«Man blir gående litt oppå hverandre. Ja, på de dårligste så blir vi veldig slitne, så vi rullerte litt. Vi byttet gjerne.»

«Husker at det var personale som gikk lei av oppførselen og det blir man naturligvis. Så det var litt av grunnen til at jeg valgte å være med henne. Bedre at det var meg som var med henne, enn hos noen som var litt lei. Hun var skikkelig dårlig.»

Det er likevel flere av informantene som i intervjuer med Ukom vektlegger betydningen av stabilitet og kontinuitet. Vi har ikke funnet planer eller struktur som skulle ivareta dette på skjermingsenheten.



Systemet har selvforsterkende 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)

Kompetanse hos de som deltok i behandlingen av Hanna

Det framkommer av intervjuer at ledelsen over tid har hatt stor oppmerksomhet på å rekruttere og beholde personell med utdanning innen helse og omsorg.

Av de ufaglærte var seks av syv under et utdanningsløp mot helsefagarbeider eller annen helsefaglig

utdanning. Én av 11 sykepleiere hadde spesialisering innen psykisk helse. Én av fire miljøterapeuter hadde en relevant videreutdanning. Miljøterapeut er i dette tilfellet personell med relevant bachelor, for eksempel politi, lærer eller ergoterapeut. Det var én vernepleier (som vi i figuren på side 26 har lagt inn i kategorien miljøterapeut). To av fem helsefagarbeidere hadde tilleggsutdanning, henholdsvis i sykepleie og psykisk helsearbeid.

Sykepleieren som var på jobb den natten hun døde hadde sin første vakt med Hanna, men kjente henne fra tidligere innleggelser.

Relasjonenes betydning

En av legene, som behandlet Hanna da hun var innlagt, svarte på spørsmål om hvordan selve innleggelsen foregår:

«Brudd i relasjoner er sårbart og ikke helsebringende. Så det bør vi å gjøre så lite så mulig, og vi forsøker å holde det høyt når vi ved innkost vurderer hvilken avdeling pasienten skal til.»

Legen trakk også fram miljøpersonalet som en svært viktig del av behandlingen:

«Det er miljøpersonalet som har fortløpende og langvarig kontakt med pasienten. Som kan sitte ved siden av en pasient og holde i hånden. Som kan lytte og gi trøst, for å si det på den måten. Den miljømessige behandlingen er viktig.»

Alle Ukom intervjuet trakk fram viktigheten av å kjenne pasientene. En assistent sa det slik:

«Det var viktig for henne å ha én person. Som hun var trygg på. Jeg følte hun trengte trygghet. Jeg prøvde å være der for henne.»

Personalskifter og skifte av behandlere

De fysiske forholdene med lite dagslys og høyt støynivå, i tillegg pasientenes tilstand, vil utgjøre et krevende arbeidsmiljø for personalet. Det ble derfor innført en rullering hvor miljøpersonalet går en måned på skjerming og en måned i den øvrige delen av sengeposten. Det ble også referert til at det nærmest daglig var innleie av

ekstravakter på grunn av sykdom eller økt bemanningsbehov.

En kontaktperson, som pasienten skal forholde seg til, blir avklart ved hvert vaktskifte. Det er sykepleier eller vernepleier som beslutter hvem som blir kontaktperson til hver enkelt pasient. De som skal på vakt kan komme med ønsker.

Det framkommer av intervjuene at hensynet til personalets tåleevne og slitasje prioriteres høyt på avdelingen. Tanken er at pasientene har nytte av personale med overskudd. Det kan begrunne hvorfor det for hver vakt ble tildelt en ny person til Hanna som pasientkontakt. I tillegg til dette ble det ofte rullert i løpet av vakten. Flere ble slitne av de utfordringene Hanna hadde.

Grunnen til at 13 leger var involvert i behandlingen de 12 dagene hun var innlagt, var at sykepleierne tok kontakt med ulike postleger og vakthavende leger for å be om legemiddeltiltak til ulike tider av døgnet. Hanna fikk tildelt en behandlingsansvarlig lege, men det er uklart om denne legen var til stede.

Avdelingen var omorganisert en tid før dødsfallet. Mange ansatte måttet skifte arbeidssted. Flere av de ansatte var misfornøyde med dette. Cirka 30 fagpersoner sluttet i løpet av en tolv måneders periode på denne sengeposten. Det var et krevende år, og mye handlet om å beholde og rekruttere personale. Dette kan ha bidratt til at sykehusledelsen ikke ble klar over at Hanna møtte et så stort antall ansatte.

Ukoms vurderinger av organiseringen ved avdelingen

Det var relativt god dekning av pleiepersonale med helsefaglig utdanning på posten der Hanna var. Det var imidlertid svært få som hadde pasientkontaktansvar for Hanna flere vakter den tiden hun var innlagt. Det var stadig nytt personale. Denne mangelen på kontinuitet var, etter alt å dømme, svært belastende for henne. Overveiende sannsynlig har dette har ført til økt uro, angst og frustrasjon. Uro førte til medisinerings utenom de faste medisinene.

Det kan være krevende å samhandle med en pasient med alvorlig psykose og svekket evne til selvregulering. Som figuren på side 28 viser, må de selvforsterkende årsaksløyfene brytes ved at personalet gir pasienten stabilitet. Dette stiller store krav til profesjonalitet og robusthet hos personalet samt at kompetanse er satt i system. Over tid vil en planmessig terapeutisk tilnærming kunne bedre pasientens tilstand. Kontinuitet i bemanningen må være ivaretatt på en planlagt måte.

KAPITTEL 5

Miljøbehandlingen

Miljøbehandling

I dette kapittelet beskrives funn knyttet til miljøbehandling Hanna mottok og virkningen av denne. Det er tatt med sitater som eksempler på noen av funnene. De viktigste funnene er:

- Miljøpersonalet oppgir at Hanna fikk standard miljøbehandling, men denne ga ikke tilstrekkelig effekt. Miljøpersonalet tydde til restriksjoner og korrigeringer for å håndtere uroen hennes.
- Både miljøpersonale og leger forteller at de var opptatt av at Hanna måtte få ro og hvile, men miljøpersonalet opplevde at de var maktesløse uten bruk av legemidler. De klarte ikke få henne til å sove.

Planlagt miljøbehandling

Tiltak som ble beskrevet i journalen, foruten legemiddelbruk, var miljøterapi med støtte, struktur og begrensning av stimuli. Ifølge behandlingsplanen hadde Hanna mulighet til utgang med følge. Det ble gjennomført to ganger i løpet av oppholdet.

I intervjuer med Ukom kommer det fram at miljøpersonalet forsøkte å formidle ro og trygghet. Det ble lagt stor vekt på å snakke og opptre rolig og å være tålmodig. Noen fortalte at de forsøkte beroligende aktiviteter, slik som å gre håret hennes og at hun fikk høre på musikk. Hanna tegnet i gode perioder, og hun fikk beroligende ord og en klut på pannen for å falle til ro og sovne.

Miljøpersonale og leger forteller at Hanna i perioder snakket morsmålet

sitt, som var uforståelig for de fleste av dem. Dette skapte utfordringer i kommunikasjonen. Det fantes en sykepleier og en lege som behersket Hannas morsmål. Begge oppfattet at det hun sa var fragmentert og ikke ga mening.

Personalet var opptatt av søvn som en viktig del av behandlingen. De prøvde å holde henne inne på rommet slik at hun kunne finne ro og hvile.

Tiltakene ble ofte opplevd som utilstrekkelige. Mye av tiden var Hanna urolig og aktiv.

Krav og grenser

Hanna ble anmodet om å være på rommet sitt på tross av at hun kunne gi tydelig uttrykk for at hun ikke ønsket å være der. Tiltaket var primært begrunnet i hensynet til de andre pasientene, men var også med for å skjerme Hanna for stimuli. Noen ganger aksepterte Hanna dette og roet seg på rommet, andre ganger forsøkte hun å presse seg ut. «Hun ble skjøvet inn på rommet gjentatte ganger», er journalført. Flere informanter forteller at romskjerming ble praktisert, men at dette tiltaket var ureglementert. Det var heller ikke en løsning som ga henne ro og søvn.

Det kommer fram i intervjuer at Hanna lagde støy med sengen sin. Dette er også journalført den åttende dagen av innleggelsen. Etter denne datoen er ikke problemet omtalt. Sengen ble fjernet fra Hannas rom. Flere informanter antar at dette ble gjort fordi hun lagde støy med den, men at det også kan ha vært andre årsaker. De forteller at sengen er høy og smal, og at Hanna kan ha opplevd den som utrygg å ligge i.

Personalet forsøkte med strukturerte miljøtiltak. Eksempler på dette kunne, ifølge journalen, være at Hanna bare fikk matservering til faste tider. Flere informanter forteller at hun kunne reagere negativt på slik grensesetting i form av sinne og lette slag mot miljøpersonalet.

Krav og grenser var tiltak som ikke ga ro og søvn, men tvert om ofte mer uro. Spørsmål om legemidler kom derfor ofte opp. En assistent sa det slik:

«Å få henne dempet var en utfordring. Jeg gikk tom for alternativ. Måtte restarte meg selv. Vi veileder hverandre. Bytter pasient. Jeg er med og diskuterer legemiddelbehandling eller hører mest på. Jeg spør sykepleier 'kan du gjøre noe?', men ikke 'kan du gi det?'».

Som kortsiktige tiltak forsøkte miljøpersonalet å dempe krevende atferd gjennom formaninger og grensesetting. Det skjedde selv om Hanna reagerte negativt på det. Det ble også forsøkt å bygge videre på gode øyeblikk. Assistenten svarte slik på

spørsmålet om hva han var bevisst på i møte med Hanna:

«Tullet hun, så tullet jeg tilbake. Prøvde å ha en god relasjon. Men det var óg behov for grenser. For eksempel krav til mat og bytte plagg, hun ville bytte plagg hele tiden. Det er ikke noe som alltid kan møtes».

Hvorfor varierte krav og grenser?

Vår analyse viser at variasjonen i krav og grenser først og fremst ble forårsaket av at det stadig var nytt miljøpersonale som var hennes pasientkontakt. Over tid skjedde det derfor lite erfaringsbasert tilpasning. Nytt personell gjentok krav og grenser som stresset henne. Ukom har heller ikke funnet at det var faglige, felles 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.

Sengene som ble benyttet på skjermingsenheten var av stål og

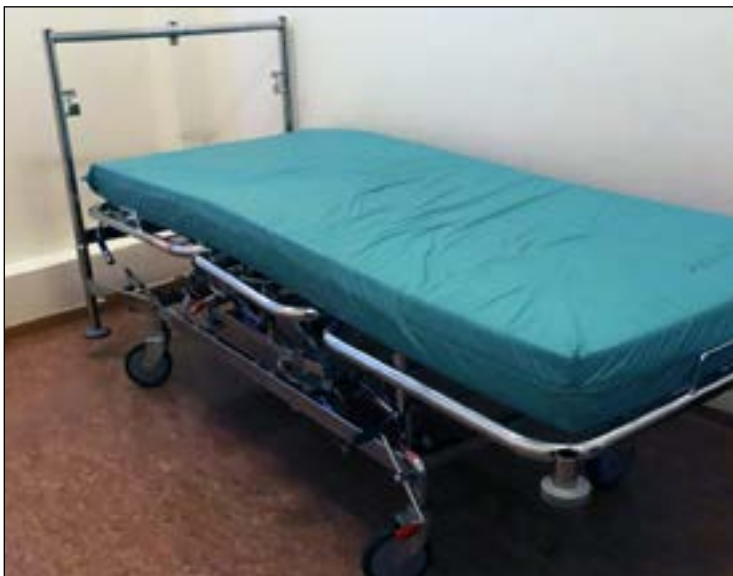


kunne brukes til å lage støy. Ukom ble fortalt at de kunne være farlige dersom en pasient ønsket å skade seg selv, men også at de var smale og høye slik at pasientene opplevde dem som utrygge å ligge i.

Den øverste ledelsen var ikke klar over problemstillingene med disse sengene, og heller ikke at pasienter derfor sov på golvet. At miljøpersonalet tok sengen ut fra rommet til Hanna, er ikke journalført. Det ble heller ikke definert som et avvik. Det har dermed ikke blitt meldt videre.

Kontrollkommisjonen trodde at madrass på golvet handlet om at pasientene brukte sengene til å skade seg med, og stilte aldri spørsmål ved dette de gangene det ble observert. Kontrollkommisjonen møtte aldri Hanna.

Fra intervjuene kom det fram faglig uenighet om grensettingen, særlig knyttet til rimeligheten av disse, men dette ble ikke drøftet eller samkjørt på



Dette er en seng fra skjermingsenheten og som er tilsvarende den Hanna hadde. Den skal ha blitt tatt fra henne fordi hun laget støy med den. (Foto: Ukom)

fagmøter eller i behandlingsplanen. Ukom fant ikke at avdelingen hadde et tydelig definert ansvar for utformingen av miljøbehandling. Skjerming er generelt tiltenkt å være et kortvarig tiltak.

Journalnotater fanger ikke opp hvilke krav og grenser som ble satt, nødvendigheten av disse eller begrunnelse for tiltakene. Det ble ikke gjort en vurdering av hvorfor hun ble dårligere.

Pasientjournalen omtaler i hovedsak beskrivelse av Hannas tilstand og episoder med agitasjon og uønsket atferd. For eksempel står det at hun kastet maten i gulvet, men ikke at dette skyldes frustrasjon over at hun ikke fikk smeltet ost som hun ba om. Refleksjonen kommer fram i samtalene vi hadde med miljøpersonalet.

Ukoms vurderinger knyttet til miljøbehandling

Uro hos utrygge pasienter kan motvirkes ved å skape systemer som sikrer kontinuitet i miljøbehandling, der det enkelte miljøpersonalet ikke blir overlatt til seg selv. Det er viktig å ivareta miljøpersonalet med systematisk støtte og veiledning. Pasienter med særskilt krevende atferd må møtes med forståelse og bred analyse av årsaker til sine utrykkformer.

Vårt inntrykk er at krav og grenser varierte fra vakt til vakt, og at dette var krevende, både for Hanna og for personalet.

En annen årsak til at krav og grenser ikke fortløpende ble evaluert, kan være at Hannas atferd i stor grad ble sett og forstått utelukkende som tegn på psykose. Atferdsforstyrrelse eller utageringer kan ha relasjonelle årsaker, også ved psykose

I nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av bipolare lidelser, er grensesetting ikke eksplisitt nevnt som en del av behandlingen. Det pekes imidlertid på at maniske personer ofte trenger struktur og faste rammer for å unngå ukritisk eller farlig atferd (3). Dette er i liten grad konkretisert. Grensetting nevnes én gang i de nasjonale retningslinjene, og da som årsak til at maniske pasienter kan reagere med aggresjon.

I en oversiktsartikkel om skjerming i akuttposter i psykisk helsevern (4), kommer det fram at grensetting tradisjonelt har vært en del av skjermingstiltaket. Det vises til at nyere fagutviklingsprosjekter framhever mindre vekt på kontroll, fysisk makt og passiverende restriksjoner ved skjerming til fordel for mer anerkjennende, dialogbaserte tilnærminger.

Ukom ser at behandlingen i stor grad var preget av krav og grenser. Dette framkommer av intervjuer, og i journalnotater refereres det ofte til at Hanna ikke tok korreksjoner. Vi vurderer at en behandling preget av krav og grenser ikke er i tråd med moderne miljøbehandling. En slik praksis kan være uttrykk for at det tar tid å endre en behandlingskultur i samsvar med ny kunnskap. Det kan også handle om at personalet opplevde at Hanna var særlig krevende og at det, av hensyn til andre pasienter, var et stort behov for ro. Miljøpersonalet forsøkte da tilgjengelige «verktøy». Det fantes ikke spesifikk opplæring og veiledning knyttet til å ha kontaktansvar for Hanna. Flere av de ansatte ble slitne og rådvile av den krevende atferden hennes. Da ble det naturlig for dem å ty til grensetting og formaning om ro.

Det at hun lå alene på gulvet i et nakent rom, kan ha gjort henne mer urolig og bidratt til det ble vanskeligere for henne å sovne.



Illustrasjonsfoto

Det vil på skjermingsenheter, som på alle andre steder, uunngåelig danne seg behandlingskulturer, «slik gjør vi det hos oss». Det er problematisk når inngripende tiltak inngår i slike kulturer og tradisjoner. Dette kan vi omtale som en form for «kulturblindhet».

Selv om hovedinntrykket er at grenser og krav fikk stor plass blant miljøpersonalet, har vi også gjennom informanter og journalnotater sett at det var personell som var tålmodige, avventende og som tok tiden til hjelp.

Hanna var av etnisk minoritetsbakgrunn. Når en pasient snakker et språk personalet ikke forstår, som Hanna gjorde i perioder, er det et stort behov for å tolke og forstå ikke-verbale signaler. Psykose medfører ofte forstyrrelser av evnen til å tenke og kommunisere. Det kan oppstå forstyrrelser i språkforståelse eller tale, også for pasienter med norsk som morsmål. Pasienter med psykose har ofte kaotisk språkbruk. Språket kan endres,

forvreges eller forsvinne helt. Hvordan slike forstyrrelser blir møtt under innleggelse, med de utfordringene og konsekvensene språkvanskene medfører for pasienter og miljøpersonell, er nærmere beskrevet i forskningsartikkelen «[Tap av språk ved psykose](#)» (5).

Bruk av morsmål kan være viktig for å opprettholde best mulig funksjonsnivå og integritet. Det er kjent at likeverdige helsetjenester utfordres på grunn av språkproblemer (6). Språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser. Det er også kulturelle forskjeller for hvordan sykdom arter seg. Mange pasienter, som ikke har norsk som morsmål, vil ha stor nytte av en tolk i sine samtaler med helsepersonell.

Etter vår vurdering er del likevel slik at de språkvanskene som oppstod

hos Hanna, som en del av en hennes manisk psykose, sannsynligvis ikke kunne avhjelpes ved bruk av profesjonell tolk. Dette må vurderes i hvert tilfelle og i samråd med pårørende. En bør forsøke profesjonell tolk i behandlingsmøter med pasienten før det konkluderes med at det er kaotisk språk uten meningsinnhold. Vårt inntrykk, basert på intervjuer, er at det ble gjort vurderinger rundt dette i behandlingen av Hanna, og at også nærmeste pårørende deltok i denne vurderingen.

Miljøbehandlingen er viktig for pasientens opplevelse og nytte av innleggelsen. Pasienten er i en sårbar situasjon, og personalet kan få krevende utfordringer. Det er stor fare for uhensiktsmessige ytringsformer begge veier i relasjonen. Dette må motvirkes gjennom en individuell og planlagt miljøbehandling med gode systemer for systematisk evaluering og refleksjon.



KAPITTEL 6

Behandling og utviklingshemming

Hanna var særlig sårbar

FAKTA

Trippel X

Trippel X er også kjent som 47 XXX og kromosom XXX, og er en underdiagnose av kjønnskromosomforstyrrelse. Kvinner med trippel X har vanligvis normale fysiske trekk med lang sluttlengde og normal fruktbarhet. Noen kan ha kognitive vansker som gir lærevansker og emosjonelle problemer. Mental kapasitet kan også være redusert, og motorisk utvikling og språkutvikling kan være forsinket sammenliknet med jevnaldrende. Variasjonen i gruppa er imidlertid stor. I mange tilfeller fungerer kvinnene så godt at man ikke mistenker noen diagnose. Mange voksne med trippel X lever et normalt liv med hjem, barn og arbeid.

I dette kapittelet beskrives funn knyttet til at Hanna hadde en medfødt tilstand som gjorde henne særlig sårbar og behøvde særskilt tilrettelegging i behandling og omsorg. Det er tatt med sitater som eksempel på noen av funnene. De viktigste funnene er:

- Hanna hadde diagnosen trippel X med en lett utviklingshemming. Flere av miljøpersonalet var ikke kjent med at hun hadde denne medfødte tilstanden. Diagnosen var ikke hensyntatt i den planlagte behandlingen, og det var heller ikke innført særskilte, støttende tiltak med henblikk på denne diagnosen.

Det var liten kunnskap om den betydningen den medfødte diagnosen kan ha hatt for virkningen av legemiddelbehandlingen og miljøbehandlingen Hanna fikk.

Hannas medfødte sårbarhet

Hanna fikk diagnosen trippel X i voksen alder, og hun ble i ettertid av diagnosen utredet til å ha en lett utviklingshemming. Diagnosen ble stilt på bakgrunn av resultatene av en nevropsykologisk utredning. En nevropsykologisk utredning er en omfattende vurdering med samtaler, observasjoner og testing kartlegger ulike ferdigheter og hjernefunksjoner.

Personer med trippel X har et gjennomsnittlig lavere kognitivt evnenivå, men her er det stor variasjon (7). En del har emosjonelle problemer. Dette fortalte en sykepleier:

«... hun var en veldig krevende pasient, men hun hadde jo en utviklingshemming og i tillegg en psykiatrisk diagnose. Hun var veldig urolig, og det kan ha ført til at mange som jobbet med henne rett og slett ble veldig slitne av måten hun var på.»

Psykologspesialisten, som utredet Hanna, fortalte at det ved utviklingshemming er ekstra viktig med enkle beskjeder, struktur og oversikt og at pasienten har en fast og trygg person å være sammen med.

«Hvis det endres, vil det ofte være mer stress, økt symptomer, angst og uro. Stabilitet er viktig», fortalte han.

En av legene på sykehuset sa at Hanna trolig var sårbar for utvikling av psykose, og at hun trengte støtte i hverdagen:

«... diagnostisk hadde hun en utviklingshemming. Hun trengte ekstra support i dagene. Hun var ikke sosialt og arbeidsmessig der andre jevngamle var.»

Flere av miljøpersonalet var ikke kjent med at hun hadde diagnosen lett psykisk utviklingshemming. Det var ikke utarbeidet individuelle retningslinjer eller innført andre særskilte støttende tiltak med henblikk på denne diagnosen. En sykepleier sa det slik:

«Jeg tenkte hun var psykisk utviklingshemmet, men jeg ble ikke informert om denne diagnosen. Hun var aktivert og vrien å håndtere. Hun var infantil og hadde en barnslig måte å snakke på. Hun virket redd og søkte trygghet.»



FAKTA

Utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming er en diagnose som innebærer alltid nedsatt kognitive ferdigheter, men også ulik grad av utfordringer når det gjelder motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Det er vanlig å dele diagnosen inn i lett, moderat, alvorlig, og dyp utviklingshemming på bakgrunn av hvor store utfordringene er. Psykisk utviklingshemming innebærer sårbarhet for å utvikle sykdom eller lidelse. Måten omgivelsene forstår og tilrettelegger for utfordringene den enkelte personen har, er avgjørende for utvikling av eventuelle tilleggsvansker. [\(22\)](#)

Fatale utfall knyttet til legemiddel

Det har fra intervjuer og journalnotater ikke kommet fram at legemiddelbehandlingen ble vurdert i lys av at Hanna hadde en utviklingshemming. Ifølge Felleskatalogen er pasienter med mental retardasjon overrepresentert blant fatale tilfeller knyttet til det antipsykotiske legemiddelet zuklopentiksol (Cisordinol).

Nasjonalt kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse opplyser at det er vanskelig å si generelt hvordan utviklingshemming påvirker den medikamentelle behandlingen. Personer med utviklingshemning (også lett), har større vansker med å fortelle om effekt og bivirkninger av medisiner, slik at det også av den grunn bør utvises større forsiktighet.

Diagnosen var dårlig kjent

Det er hovedsakelig gjennom journal-systemet at relevant informasjon om pasienten formidles. Resultatet av tidligere utredning, som viser pasientens vansker og tilretteleggingsbehov, kan være tidkrevende å finne i en omfattende journal. Noen få kjente til Hannas medfødte diagnose gjennom kjennskap fra tidligere innleggelser, men for de fleste var hun en ny pasient. Betydningen av trippel X og lett psykisk utviklingshemming ble ikke tatt opp i behandlingsmøtene.

Ukoms vurderinger av oppfølgingen av pasienter med utviklingshemming

Mennesker med psykose kan framstå som kaotiske. Hanna hadde særskilte vansker med å si ifra, forklare og begrunne på en måte som var lett for omgivelsene å forstå. Behov, ønsker, utrygghet og engstelse kan ha blitt uttrykt gjennom atferd.

Alle pasienter i psykisk helsevern vil ha nytte av stabile relasjoner, men for noen pasienter kan konsekvensene om dette ikke blir ivaretatt være større. Personer med utviklingshemming tilhører denne siste gruppen.

Det er godt kjent at pasienter med utviklingshemming har dårligere tilgang til tjenester fra psykisk helsevern enn befolkningen ellers. Utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming og/eller autisme betegnes av helsemyndighetene som et kompetansesvakt område.

Nasjonalt kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse ble derfor opprettet i 2019. Kompetansetjenesten er forankret ved Oslo universitetssykehus HF. Ansatte i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern er primær målgruppe for kompetansetjenesten. Habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten vil i mange tilfeller være en ressurs, særlig ved mer alvorlig utviklingshemming. Her vil pasienten ofte være kjent fra før, og habiliteringstjenestene vil ha kunnskap om ulike syndromer.

KAPITTEL 7

Legemiddel- behandlungen

Hanna fikk mange legemidler

I dette kapitlet beskrives funn knyttet til den legemiddelbehandlingen Hanna fikk. Det er tatt med sitater som eksempler på noen av funnene. De viktigste funnene er:

- Hanna fikk tilleggsmedikasjon i form av intramuskulære injeksjo-

ner med antipsykotika og benzodiazepin fordi hun var urolig og sov lite.

- Både i journalnotater og i samtaler kommer det fram en oppfatning av medikamenter som det viktigste behandlingstiltaket for Hanna.

	Legemidler forordnet av postleger (døgndose i mg tabletter)		Engangsforordninger fra postleger	Engangsforordninger fra vaktleger (i mg tabletter)
Dag 1	Perfenazin 24, Litium 208, Olanzapin 15	Zolpidem 5		
Dag 2	Perfenazin 24, Litium 208, Olanzapin 15	Zolpidem 5, Oksazepam 30		
Dag 3	Perfenazin 24, Litium 208, Olanzapin 15	Zolpidem 5, Oksazepam 30		
Dag 4	Perfenazin 24, Litium 208	Zolpidem 5, Oksazepam 30	Lorazepam tablett 2 mg	Zolpidem 5
Dag 5	Perfenazin 24, Litium 208	Zolpidem 5, Oksazepam 30		
Dag 6	Perfenazin 24, Litium 208	Zolpidem 5, Oksazepam 30		Diazepam 10
Dag 7	Perfenazin 24, Litium 208	Zolpidem 10, Oksazepam 15, Diazepam 20		Diazepam 10
Dag 8	Perfenazin 16, Litium 208	Zolpidem 10, Diazepam 30	Zuclopentixolacetat injeksjon 100 mg	
Dag 9	Perfenazin 8, Litium 208	Zolpidem 10, Diazepam 30		
Dag 10	Perfenazin 8, Litium 208	Zolpidem 10, Diazepam 30		
Dag 11	Perfenazin 8, Litium 208	Zolpidem 10, Diazepam 30		Diazepam 5
Dag 12	Perfenazin 8, Litium 208	Zolpidem 10, Diazepam 10	Zuclopentixolacetat injeksjon 100 mg Diazepam injeksjon 10 mg	Diazepam 20

Tabellen viser Hannas medisiner under innleggelsen.

Hannas basismedikasjon ga ikke tilstrekkelig effekt

Før innleggelsen brukte Hanna forebyggende behandling i form av litium (stemningsstabiliserende) tabletter 83 mg + 125 mg og perfenazin (antipsykotikum) tabletter 12 mg + 12 mg. Det er mulig at Hanna ikke tok medisinen regelmessig før innleggelsen. Konsentrasjonen av litium i serum på innleggelsesdagen var 0,3 mmol/l. Den fjerde dagen etter innleggelsen var serum-litium 0,9 mmol/l. Hanna fikk litium og perfenazin alle dagene hun var innlagt. De tre første dagene fikk hun dessuten olanzapin (antipsykotikum) tabletter 15 mg daglig.

Hanna fikk beroligende benzodiazepiner under innleggelsen. De første dagene fikk hun oksazepam (beroligende benzodiazepin) tabletter 15 mg x 2. Dette ble byttet ut med diazepam (Stesolid) tabletter 10 mg x 3 fra den syvende dagen. Hanna fikk i tillegg zolpidem (sovemedisin) tabletter 5-10 mg på kvelden.

Tilstanden ble gradvis forverret, og den åttende dagen fikk Hanna injeksjon av zukloperthiolacetat (Cisordinol-Acutard) 100 mg intramuskulært. Perfenazin-dosen ble redusert.

Den 12. dagen fikk Hanna følgende medisiner (gjennom munnen om ikke annet er oppgitt):

- Kl. 09.00 litium 83 mg + perfenazin 4 mg + diazepam 10 mg
- Kl. 13.00 zucloperthiolacetat 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.

Hanna fikk injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepiner

I journalnotater står det at Hanna var psykotisk, sov lite, var urolig, og at det var tilfeller med slag og spark rettet mot miljøpersonalet. I disse notatene er det ikke beskrevet bekymringer for Hannas somatiske helse, men i intervjuer med Ukom har informanter uttrykt dette. Flere var bekymret for at Hanna skulle kollapse. En lege sa det slik:

«Dette med hvile tenkte vi var viktig fordi hjernen og kroppen hennes var utsatt for et voldsomt stress hva gjelder stresshormoner i en sånn agitert tilstand, så blir jo stresshormonproduksjonen, den øker jo vesentlig, og det er en belastning på hele hennes kropp med hensyn til hjerte og blodtrykk.»

LIS-lege og to overleger var involvert i den siste beslutningen om intramuskulære injeksjoner. I journalnotatet står det:

«Evner ikke å svare i meningsbærende setninger. Samarbeider dog om medisiner. Tar gjentatte ganger tak i hendene og klærne til u.t. og overlege. Slår ved et par anledninger ut i luft og lett mot miljøpersonell. Stor psykomotorisk uro. Tar delvis korrigering på dette. Fremstår preget av stemme- og synshallusinasjoner.»

Hanna fikk da injeksjoner intramuskulært med zucloperthiolacetat 100 mg og diazepam 10 mg klokken 13. Kort tid etter sov hun en stund. Utpå ettermiddagen var hun igjen urolig, men vakthavende lege mente at Hanna totalt sett hadde fått nok medisiner.

Hanna fikk den siste dagen følgende benzodiazepiner: 30 mg diazepam

FAKTA

Antipsykotika

Antipsykotika er medikamenter som kan virke mot psykose. Disse medikamentene kan ikke helbrede sykdommen, men de kan ta vekk mange av symptomene og gjøre dem mildere. I noen tilfeller kan de også korte ned varigheten av en sykdomsperiode. Det finnes mange forskjellige antipsykotika, eller nevroleptika, som er en annen benevnelse på denne medikamentgruppen.

Virkningsmekanismen av disse legemidlene er blokkade av dopaminreseptorer, som gir færre signaloverføringer mellom nerveceller i hjernen. Effekten av dette kan være antipsykotisk, men på grunn av dopaminets brede funksjon, og antipsykotikas virkning på andre reseptorer i tillegg til dopaminreseptoren, vil pasienten i de aller fleste tilfeller også oppleve trøtthet, sedasjon, økt appetitt, redusert kognisjon m.m. Antipsykotika blir brukt i behandling, men unntaksvis også for å forhindre at pasienter skader seg selv og/eller andre.

og 10 mg zoplidem (tabletter) og, 10 mg diazepam (Stesolid) intramuskulær injeksjon. Det bemerkes at 20 mg diazepam og 10 mg zolpidem (tabletter), ble gitt i løpet av tre og en halv time kvelden før hun døde.

Ukoms vurderinger av legemiddelbehandlingen og håndtering av risiko

I Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar, for behandling av Hannas maniske tilstand heter det blant annet:

«Mani og blanda episodar er alvorlege psykiatriske tilstandar som krev rask behandling for å fjerne symptom og normalisere funksjonsnivået. Medikament er hjørnesteinen i behandlinga av mani. Medikament plar verke raskt og effektivt. Kliniske erfaringar tilseier at det er rimeleg å revurdere behandlinga dersom ein ikkje ser betring i løpet av ei veker tid. Personar som ikkje har tilstrekkeleg effekt av eit antimanisk middel, får ofte kombinasjonsbehandling med fleire legemiddel (258). Dei best dokumenterte kombinasjonane er andre-generasjons antipsykotiske middel gitt i tillegg til litium eller valproat.» [\(3\)](#)

Ifølge retningslinjene er det god behandling å kombinere litium og ett antipsykotikum. Hanna fikk imidlertid flere legemidler. Ukom er kjent med at det ofte forekommer at pasienter med mani får flere legemidler for å redusere symptomer. Retningslinjen sier ingenting om hvordan benzodiazepiner skal benyttes i behandlingen av mani. Retningslinjen omtaler ikke hvilken risiko som er knyttet til behandlingen eller spesielle observasjonstiltak i tilknytning til somatisk helse.

Retningslinjen sier at medisinerings må tilpasses etnisk bakgrunn. Det-

te nevnes fordi opptak og effekt av legemidler kan være forskjellig i ulike etniske grupper.

I klinisk praksis observeres det ofte en variasjon i hvordan pasienter responderer på psykiatriske medikamenter. Denne variasjonen har tilknytning til forskjellige faktorer som alder, kjønn, etnisk bakgrunn og genetikk (farmakogenetikk). I noen tilfeller er det en sammenheng mellom etnisk bakgrunn og genetiske variasjoner. Disse viktige genetiske variasjonene fører til forskjeller i medikamentmetabolisme (kroppens omsetning og håndtering av legemidler) som igjen avgjør både terapeutisk effekt og risiko for bivirkninger. Dette er bakgrunnen for anbefalingen om at medisinerings må tilpasses etnisk bakgrunn.

Cytokrom P450 -systemet (enzymer) er ansvarlig for metabolisme av et stort utvalg av medikamenter, inkludert mange antipsykotika. Genetiske variasjoner knyttet til dette systemet har ulik forekomst i ulike etniske grupper. Zuclopentixolacetat er et psyko-farmaka som metaboliseres av isoenzymet CYP2D6, og det er beskrevet en lavere forekomst av langsomme CYP2D6 metabolisatorer i den asiatiske befolkningen (1 %) enn i kaukasiske eller afrikanske befolkninger (5–10 %). Dette betyr at risikoen for høye nivåer av zuclopentixolacetat varierer i ulike grupper. Farmakogenetisk test ble tatt av Hanna flere år tilbake. Denne viste normale forhold.

Etter vår vurdering er injeksjonsbehandling med zuclopentixolacetat, som Hanna fikk, relativt ofte brukt i psykisk helsevern. Det er en intensiv og til dels risikofylt behandling som brukes mot de mest alvorlige tilfellene av manisk psykose.

Injeksjoner med zuclopentixolacetat har langsomt innsettende effekt. Produsenten opplyser i Felleskatalogen



Hanna fikk injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepiner. (Foto: Ukom)

at det inntreer en betydelig effekt fire timer etter injeksjonen, noe mer uttalt effekt i løpet av 1–2 dager, deretter avtar effekten raskt. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry (retningslinje for forskrivning av legemidler) sier at begynnende sløvende effekt inntreer etter omtrent to timer, og at det tar omtrent 12 timer før maksimal effekt. Dersom man ikke har god kjennskap til dette, kan det være vanskelig å vurdere effekten og eventuelt hvor påvirket pasienten er av legemiddelet. Dersom legemiddelet gis klokken 13, vil maksimal effekt inntre først klokken 01 om natten.

I Maudsley prescribing guidelines (8) vises det til en rekke forsiktighetsregler for slike injeksjoner.

Etter vår vurdering er dette blant de viktigste:

- Zuclopenthixolacetat skal aldri injiseres samtidig med andre injeksjoner av legemidler som kan lede til oversedering (for stor beroligende effekt som gjør personen følelses- eller bevisstløs).
- Zuclopenthixolacetat skal ikke benyttes dersom pasienten kan ta tabletter.

De relativt store dosene med diazepam og benzodiazepinlignende stoffer kan utgjøre en tilleggsrisiko ettersom behandlingen kan medføre pustevansker og nedsatt bevissthet.

FAKTA

Vurdering av samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse er en forutsetning for å velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke til helsehjelp. Helsepersonell med det faglige ansvaret for helsehjelpen avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse innebærer:

- evnen til å uttrykke et valg
- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen sykdom og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene
- evnen til å resonnerere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene

Det offentlige helsevesenet i England (NHS) har innført egne retningslinjer for bruken av zuclopentixolacetat for alvorlig syke. Her finner man retningslinjer for observasjonstiltak etter at pasienten har fått injeksjon [\(9\)](#).

Ifølge denne retningslinjen skal man under injeksjonsbehandling benytte såkalt National Early Warning Score. Slike skåringsskjema er godt kjent i somatikken som verktøy for systematiske observasjoner av vitale parametre hos innlagte sykehuspasienter. Observasjonstiltak som dette øker muligheten for tidligere identifisering av forverring i pasientens kliniske tilstand i timene/dagene etter en slik injeksjon [\(10\)](#).

Hadde Hanna evne til å samtykke til legemiddelbehandling?

Ifølge pasientjournalen hadde Hanna i mange år brukt legemidler for behandling av psykiske lidelser. Hanna hadde flere ganger tidligere fått injeksjoner med zuclopentixolacetat 50 mg. Dette ble da gitt som tvangsmedisinering. Det er ikke nevnt i pasientjournalen at Hanna under innleggelsen skulle tvangsmedisineres med zuclopentixolacetat, og heller ikke at hun manglet samtykkekompetanse i spørsmålet om legemiddelbehandling. I journalnotater og samtaler med Ukom har personalet beskrevet episodevise samarbeidsutfordringer. Under innleggelsen tok hun sine faste medisiner.

I etterkant sier leger og ledelse ved sykehuset at Hanna ikke hadde samtykkekompetanse i spørsmålet om legemiddelbehandling for sin psykiske lidelse.

I brev fra Helsedirektoratet [\(11\)](#) står det at dersom en pasient mangler samtykkekompetanse, kan det i

psykisk helsevern ikke regnes som frivillig å ta medisiner knyttet til psykiske lidelser. Uten gyldig samtykke gjelder reglene i §§ 4-4 og 4-8 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Sykepleierne, som hadde ansvar for Hanna, sier de hadde et akutt behov for å hjelpe henne med å finne hvile og søvn ved hjelp av legemidler. Legene støttet denne vurderingen og mente at det hastet. Opplevelsen av hastverk kan ha medvirket til at formelt vedtak ikke ble fattet der og da. Muligheten for at pasienter kan klage på vedtak om tvangsmedisinering trekkes i denne sammenheng fram som et element som kan forsinke behandlingen:

«Da tar det en uke fra jeg fatter vedtaket til fylkeslegen får kommet til oss sammen med en advokat som skal bistå pasienten i klagen. Noen ganger, når pasienten er så syk som Hanna var, så kan jeg fatte vedtaket og gjøre det virksomt med øyeblikkelig virkning. For vi kan ikke vente en uke.»

Legen forteller videre at Hanna samarbeidet om å få zuclopentixolacetat, men at hun ikke var samtykkekompetent: «Hadde jeg hatt litt bedre tid, så burde jeg nok fattet et 4-4 vedtak som et tiltak for å fremme søvn.»

Legen forteller at diazepam (Stesolid) ikke kan gis med hjemmel i et vedtak om tvangsbehandling:

«Noen ganger så fatter vi 4-4 vedtak og gir et depot, som har en effekt etter 3-4 uker, men innimellom den tid, så 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.»



Illustrasjonsfoto

Legene og ledelsen forteller at Hanna ikke var i stand til å forstå risikoen med injeksjonene, men at disse ble vurdert som nødvendige og at hun tok imot behandlingen uten motstand. Flere informanter trekker fram at samarbeid generelt oppfattes som en form for samtykke. Det oppfattes som uhensiktsmessig å lese opp alle bivirkningene eller farene ved medikamentet til pasienten. Dette er legemidler som gis hver dag.

For legene var det en krevende situasjon med mange forventninger, hensyn og dilemmaer da beslutningen om legemiddelinjeksjoner ble tatt den siste dagen. Det virker som utveien ble å basere seg på et samtykke, selv om legene kanskje var usikre på gyldigheten av dette.

I psykisk helsevern er kravet om informert samtykke er skjerpet etter at Norge i 2013 ratifiserte konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, [\(12\)](#) og senere ved innføringen av samtykkekompetansemodellen i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern [\(13\)](#). Dette har bidratt til økt oppmerksomhet på selvbestemmesretten og rettsikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vår undersøkelse viser at dette er et utfordrende og arbeidskrevende felt som krever et godt styringssystem ved sykehusene.

FAKTA

Vedtak om tvangsbehandling

Bestemmelsen er i Psykisk helsevernlovens kapittel 4 og gir hjemmel for å iverksette undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke. Dersom det er nødvendig med fysisk maktbruk for å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen, må det i tillegg treffes eget tvangsmiddelvedtak om dette etter § 4-8.

Tvungen behandling er alvorlig og inngripende, og hensikten med bestemmelsen er å bidra til kvalitets sikring og å legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken skal komme frem. Helsepersonell som kjenner pasienten og pasientens situasjon godt, kan ha verdifull kunnskap som kan legges til grunn i vurderingen av om behandlingen skal gis eller ikke.

Obduksjonsfunn og dødsårsak

Da Hanna døde, var dødsårsaken ikke kjent. Flere ansatte ved sykehuset har fortalt at de mistenkte hjertesykdom, altså et akutt hjerteinfarkt. Politiet, som ble tilkalt av sykehuset, besluttet å begjære en rettslig obduksjon. Obduksjonen påviste ingen sykdomstegn i hjertet eller andre organer. I den endelige obduksjonsrapporten antas det at Hanna døde som følge av en blandingsforgiftning av legemidler. Da vi gjennomførte undersøkelsen, var flere ansatte ved sykehuset var ukjent med denne konklusjonen.

Toksikologifunn og sakkyndig uttalelse

Tolkning av legemiddelanalyser ved obduksjon er komplisert, men målte konsentrasjoner, slik disse framkommer i fullblod (blodprøve) etter døden, gir likevel en indikasjon på de nivåene av medisiner som sannsynligvis er til stede i pasientens serum før døden inntraff. Hos Hanna ble blodprøve tatt om lag 48 timer



Blodprøver (illustrasjonsfoto)

etter at hun døde. Enkelte medisiner oppkonsentreres, gjennom såkalt redistribusjon, mens andre medikamenter brytes gradvis ned etter døden. Hos enkelte medikamenter opptrer begge disse mekanismene samtidig. Vi innhentet en retts toksikologisk sakkyndig vurdering til hjelp i tolkningen av den retts toksikologiske rapporten som ble utarbeidet i forbindelse med obduksjonen.

Kort oppsummert ble forskrevne legemidler påvist i mengder som kunne samsvare med den behandlingen Hanna fikk siste døgn før døden. Mengdene av diazepam og zolpidem samsvarte med det en kunne vente ut fra doseringsmengder og -tidspunkt. Utenom dette ble det påvist olanzapin i langt større mengde enn ventet.

Zuclopentixol ble påvist i et nivå som var langt høyere enn det som vanligvis måles i serum hos en levende pasient. Gitt oppkonsentrering i blodet etter døden, er dette likevel, ut fra de injeksjonene som Hanna fikk, en mengde som kunne ventes.

Perfenazin lå under deteksjonsgrensen for analysen (verdien er så lav at den ikke kan måles nøyaktig), ikke uventet ut fra den dosen hun fikk. Post for retts toksikologisk fortolkning ved Oslo universitetssykehus kommenterer dette slik:

«Ut ifra at det er betydelig variasjon mellom hvilke serumkonsentrasjonsmålinger som kan oppnås etter en gitt dosering, og at det kan ses et «spor» av stoffet (dog under cut-off, herav at det er oppgitt som «ikke påvist» i svarene), kan analyseresultatet være forenlig med den angitte doseringen/tidspunkt for dosering.»

Analyse av litium ble etterbestilt av Ukom. Ut fra hennes medisineringsplan, var denne konsentrasjonen som forventet.

Et uventet legemiddelfunn

Et legemiddelfunn i obduksjonsrapporten var likevel uventet og er i ettertid viet særlig oppmerksomhet: Olanzapin ble påvist i fullblod i et nivå på 220 nanomol/l. Olanzapin ble bare forordnet de første tre dagene under innleggelsen og var ikke forordnet de siste ni dagene før dødsfallet. Vi ba sakkyndig om en særlig vurdering av dette funnet.

Ut fra angitt medisineringsplan skulle olanzapin-konsentrasjonen i plasma ved dødstidspunktet vært i nivået 1-7 nanomol/l, altså svært lavt. Den sakkyndige fastslår at dersom den påviste konsentrasjonen skal være forenlig med den angitte doseringen ni dager tidligere, må dette være uttrykk for en betydelig redistribusjon etter døden, det vil si at legemiddelet har «lekket» tilbake til blodet fra indre organer. Den sakkyndige skriver at den påviste blodkonsentrasjonen er forenlig med hva man ville ventet å finne hos en pasient behandlet med en vanlig terapeutisk dose olanzapin på dødsdagen.

Ukoms vurderinger knyttet til medikamentbehandling og dødsårsak

Obduksjon er en kilde til læring som generelt sett er lite utnyttet. Når et plutselig uventet dødsfall inntreffer i en helseinstitusjon, kan det å omtale dødsårsaken åpent og reflektere rundt mulige årsaker, bidra til læring og bedret pasientsikkerhet.

Kunnskapen om og oppmerksomheten rundt legemiddelbivirkninger og -dødsfall er mangelfull. En forutset-



Illustrasjonsfoto

ning for kunnskapsutvikling på dette feltet, er at disse dødsfallene fanges opp av de kliniske miljøene. Det er da viktig at dødsfallene meldes som alvorlige, uønskede hendelser og som bivirkningsdødsfall i meldeordningen til Legemiddelverket.

Antipsykotiske legemidler i kombinasjon med litium og benzodiazepiner kan innebære komplekse og uforutsigbare effekter, blant annet risiko for akutte forstyrrelser av hjerterytmen og medfølgende risiko for hjertestans. Det foreligger også risiko knyttet til sedasjon (nedsløving) og medfølgende risiko for respirasjons-hemming. Samtidig bruk av antipsykotika og benzodiazepiner, gitt som tablett eller injeksjoner, kan utgjøre en ikke ubetydelig risiko for fatale bivirkninger.

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



Legemiddelfeil er den hyppigste årsaken til uønskede hendelser og pasientskader i helsetjenesten [\(14\)](#). Feilmedisinering grunnet eksempelvis uklarheter med forordning, medisinliste eller feil i dosering og utlevering, forekommer hyppig blant disse skadene [\(14\)](#). Gjennom «I trygge hender 24/7», Helsedirektoratet, blir det i alle helseregioner lagt ned et stort arbeid for å redusere legemiddelfeil. Arbeidet med legemiddeltrygghet er like viktig i psykisk helsevern som i somatikken. Dette gir grunnlag for Ukom å anbefale langt bedre overvåking av pasienter som behandles med injeksjoner av antipsykotika.

I samtaler med Ukom kom det fram bekymring for at Hanna skulle kollapse og frykt for at hun, på grunn av sin mani, var i en livstruende tilstand. Farene ved medikamentelt ubehandlet mani er knyttet til tilstanden delirium, som ikke er en klart beskrevet diagnose.

Den siste legen som vurderte Hanna har forklart at hun var relativt rolig. Tilstanden hennes ble ikke vurdert som livstruende. Ukom finner ikke holdepunkter for at pasientens helse-tilstand i seg selv var livstruende, verken som følge av for lite søvn eller mani i seg selv.

KAPITTEL 8

Tilrådingar

Våre tilrådinger

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.

Hanna døde av en antatt legemiddelforgiftning. Hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger er i denne rapporten utførlig beskrevet. Rapporten har relevans for alle behandlingssteder i psykisk helsevern. Læring vil kreve refleksjon og forbedringsarbeid i helsetjenesten

Ukom har under arbeidet med denne undersøkelsen hatt kontakt med

fag- og interesseorganisasjoner samt behandlere i akuttposter i psykisk helsevern i Norge. Følgende tema er særlig løftet fram:

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

I etterkant av undersøkelsen har sykehuset der Hanna var innlagt gjort en rekke forbedringstiltak. I dette kapitlet gjengis tiltakene som omhandler skjermingsenheten og somatisk kompetanse. Vi refererer kort til erfaringer sykehuset har gjort, og i forlengelsen



av dette gir vi våre generelle tilrådnin-
ger knyttet til forbedringsområdene.

Ukoms tilrådinger i denne rapporten går til samtlige døgnenheter i psykisk helsevern i Norge. Vi vil etter at arbeidet med denne rapporten er avsluttet, vurdere om vi i tillegg bør gi egne tilrådinger rettet mot overordnede fagmyndigheter, forvaltningsorgan eller kontrollmyndigheter knyttet til forbedringsområdene som vår undersøkelse avdekker.

Fysiske forhold og skjermingspraksis

Undersøkelsen viser at Hanna ble plassert på en dårlig vedlikeholdt skjermingsenhet der det bare var en madrass på golvet. Det var vanskelig å så se ut av vinduet, og det var dårlig lydabsorpsjon, noe som medførte til tider mye støy på enheten.

I perioden 2015 til 2018 besøkte Sivilombudsmannens forebyggingsenhet 12 sykehus der pasienter er innlagt på tvungent psykisk helsevern. Disse besøkene er oppsummert i rapporten Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling som kom ut i desember 2018 (1). Sivilombudsmannen og Ukoms funn er sammenfallende. Sivilombudsammenfant at skjermingslokalene gjennomgående har et nakent preg, og at de både av pasienter og medarbeidere omtales som fengselsliknende. Rommene manglet ofte inventar, de var hvitmalte og kunne ha folierte vinduer som det var vanskelig eller umulig å se ut av. Sivilombudsmannen skrev at skjermingsenhetene samlet sett i liten grad ivaretok pasientenes verdighet. Den nakne utformingen ble ofte begrunnet med sikkerhetshensyn. Ombudsmannen skriver at et slikt syn på sikkerhet er problematisk, og at det ikke er understøttet av forskningen (1).

Et gjennomgående funn var også at flere av sengepostene hadde en kultur preget av grensesetting, korreksjon av uønsket atferd samt stor oppmerksomhet på struktur, noe som kan utløse konflikter og skjermingsvedtak. Besøkene avdekket også mangelfulle tilbud om aktivitet og tid i friluft, og også dette kunne føre til skjermingsvedtak (1).

Tilråding: Systematiske befaringer knyttet til fysiske forhold må gjennomføres i skjermingsenhetene

Ukom ser at skjermingsenheter er særlig utsatt for slitasje, ødeleggelser og mangler. Det er dermed et særlig behov for å motvirke «husblindhet», at personalet ikke lenger evner å se sine omgivelser objektivt. Selv om innredning og utforming må ta hensyn til sikkerhet, har omgivelsene i skjermingsenheter en betydning for førsteinntrykket og hvordan det oppleves å være der.

I vår undersøkelse kom det fram at slik «husblindhet» har vært en faktor. Dette kan ha bidratt til at skjermingsenheten ikke har blitt utbedret tidligere. Det kan være at personalet på skjermingsenheter lettere ser seg blind på slike dårlige fysiske forhold fordi det sjelden er andre enn personalet som har adgang. Besøk fra pårørende skjer ofte på egne besøksrom. Slike enheter er omtalt som lukkede systemer (15). I vår undersøkelse har personell gitt uttrykk for at de nærmest har gitt opp å få nødvendige utbedringer utført. Det var ingen som hadde skjermingsenheten der Hanna døde som sitt faste arbeidssted. Det er vanlig at helsepersonell skifter på å være på skjermingsenhetene. Ukom vurderer at dette øker risikoen for å akseptere forhold som vanligvis ikke ville blitt godtatt. At pasientene ikke skal være over lang tid, kan også være med på å underbygge en aksept for ugunstige forhold.

Hvordan unngå husblindhet?

Det finnes flere verktøy for å unngå at helsepersonell slutter å legge merke til de negative omgivelsene og heller inntar pasientens perspektiv. Vi vil her framheve to.

«I pasientens fotspor»

«I pasientens fotspor» er et ledelsesverktøy der øverste leder i helseforetaket er sammen med en pasient/bruker og observerer hans eller hennes møte med virksomheten gjennom hele eller deler av en dag. Sammen med brukeren får lederen mulighet til å se virksomheten fra pasienten/brukerens perspektiv og lytte til vedkommende behov i møte med tjenesten. Dette følges opp ved å utforme forbedringstiltak i samarbeid

med pasienten/brukeren, pårørende og ansatte og systematisk arbeider med konkrete forbedringer i etterkant. Ifølge Pasientsikkerhetsprogrammet er erfaringer fra slike runder gode [\(16\)](#). Tiltaket er hyppigere brukt i somatisk spesialisthelsetjeneste enn i psykisk helsevern. Med god tilrettelegging og forberedelser er dette et tiltak som også kan gjennomføres på sengeposter i psykisk helsevern.

«15 steg inn»

«15 steg inn» er et enklere verktøy enn «I pasientens fotspor»:

«Jeg kan fortelle hva slags omsorg datteren min kommer til å få i løpet av 15 steg inn på en avdeling.»

Sitatet er hentet fra The Fifteen Steps Challenge. Quality from a patient's perspective; A mental health toolkit som NHS i England har utviklet [\(17\)](#). Metodikken handler om at 15 steg inn i en enhet er nok til å få et inntrykk av hvordan forholdene.

Hensikten med «15 steg inn» er å identifisere forbedringer som bør gjennomføres ved at pasienter og pårørende går 15 skritt inn i en avdeling. «15 steg inn» er opptatt av førsteinntrykkets betydning:

- Når vi kommer til en avdeling, kjenner vi at en følelse av tillit vekkes?
- Hvordan kan førsteinntrykket gi oss en følelse av trygghet og ivaretagelse?
- Hva er det første i avdelingen som signaliserer at helsehjelpen har høy kvalitet?
- Hvordan ser, føles, høres og lukter god helsehjelp?



Det var dårlig vedlikehold av møblene på sykehuset. Dette kan skyldes at personalet så seg blinde på omgivelsene sine. (Foto: Ukom)

«15 steg inn» bør gjennomføres av en liten gruppe som inkluderer pasienter og pårørende og andre som ikke har enheten som sitt faste arbeidssted, ansatte som jobber i ikke-kliniske stillinger samt ledelse. På denne måten kan enheten ses med friske øyne.

Resultatene av strukturerte befaringsrunder som «I pasientens fotspor» og «15 steg inn» må følges opp i etterkant for at systematisk forbedringsarbeid som dette skal lykkes.

Tilråding: Skjermingspraksis må diskuteres jevnlig

I vår undersøkelse fant vi at Hanna ikke fikk en planlagt miljøbehandling som satte hennes behov, ønsker og preferanser i sentrum. Miljøpersonalet ble rådvillige og forsøkte med grenser og krav, men dette var ikke forankret i en behandlingsplan og ble heller ikke systematisk evaluert. Det var i stor grad opp til den enkelte medarbeiders skjønn å definere innhold, krav og rammer for skjermingen. Sivilombudsmannen fant i sin gjennomgang av skjermingsenheter i Norge at skjerming ofte gjennomføres etter svært strenge lokale regler og på en måte som i realiteten innebærer isolasjon [\(1\)](#).

Kulturen på sengepostene var preget av grensesetting, korreksjon og stor oppmerksomhet på struktur.

Det er viktig at det på den enkelte sengepost jevnlig og systematisk diskuteres skjermingspraksis og at dette knyttes opp til den enkelte pasient. Drøftinger må foregå tverrfaglig, med både behandlere og miljøpersonell er til stede. Det er viktig at alle medarbeidere deltar, slik at det ikke oppstår ulike praksis på de ulike skiftene, for eksempel blant nattevakter som ofte ikke har slike møter i sin turnus.

Hvordan kan tverrfaglige arenaer for diskusjon om skjerming etableres?

Tavlen er et verktøy for å etablere regelmessige, tverrfaglige møter om og oppfølging av utvalgte risikoområder. Det er en arena for deling av informasjon og vurderinger mellom faggrupper og sikre planmessig oppfølging. Tavlemøter er et praktisk verktøy for å komme i gang med forbedringsarbeid knyttet til konkrete risikoer for pasienter og enheten. [\(18\)](#)

Somatisk observasjonskompetanse i psykisk helsevern

Obduksjonsrapporten slo fast at Hanna mest sannsynlig døde av en blandingsforgiftning av legemidler. Legemiddelbehandling kan være risikofyllt. Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger er det god behandling å kombinere litium og ett antipsykotisk legemiddel. Hanna fikk dette i en periode under innleggelsen. Ukom er imidlertid kjent med at det ofte forekommer at pasienter med mani får flere legemidler for å redusere symptomer. Retningslinjen omtaler ikke hvilken risiko som er knyttet til behandlingen, heller ikke spesielle observasjonstiltak med hensyn til somatisk helse.

Etter vår vurdering er den injeksjonsbehandlingen Hanna fikk, med zuklopentiksolacetat alene eller en blanding av legemidler med hurtig (diazepam) og langsom effekt (zuklopentiksolacetat), relativt ofte brukt i psykisk helsevern. Det er en intensiv og til dels risikofyllt behandling. I «Maudsley prescribing guidelines», som er en mye brukt fagbok for psykiatri internasjonalt, vises det til en

rekke forsiktighetsregler for slike injeksjoner (8). Offentlige, engelske sykehus i NHS (National Health Service) har implementert egne retningslinjer for bruken av zuclopentixolacetat for alvorlig syke. Her er det retningslinjer for observasjonstiltak etter at pasienten har fått injeksjonen (9).

Ifølge denne retningslinjen skal strukturert skåringsverktøy for vitale parameter benyttes, såkalte early warning score. Dette øker muligheten for tidligere å identifisere en forverring i pasientens kliniske tilstand i timene/dagene etter en injeksjon. Slike skåringsverktøy er godt kjent i somatikken som hjelpemiddel for systematiske observasjoner av vitale parametere hos pasienter innlagt på sykehus. Verktøyet er en viktig del

av innsatsen for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (19).

Tilråding : Nasjonalt råd for tidlig oppdagelse av somatisk forverret tilstand innføres i døgnenheter i psykisk helsevern

Tiltakspakken for tidlig oppdagelse av forverret tilstand fra «I trygge hender 24-7» erstattes våren 2020 av nasjonale råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (20).

De rådene har oppdatert kunnskapsgrunnlag og en utvidet målgruppe. Mens tiltakspakken var tydelig innrettet mot den somatiske helse-tjenesten, er målgruppen for det oppdaterte nasjonale rådet utvidet til også



Tavlemøter er et verktøy for å gjennomføre tverrfaglige møter på en strukturert og oversiktlig måte. (Illustrasjonsfoto)

å gjelde psykisk helsevern. Ukom tilrår at det nasjonale rådet for tidlig oppdagelse av somatisk forverret tilstand implementeres også i døgnenheter i psykisk helsevern.

Hvordan implementere nasjonale råd?

I alle landets helseforetak er det etablert ulike tiltak for å øke forbedringskompetansen. Forbedringsarbeid krever systematisk tilnærming. Det finnes modeller og verktøy som støtte i planlegging og gjennomføring av kvalitetsforbedring. Det anbefales å bruke forbedringsguiden, som er en enkel veiledning for hvordan forbedringsarbeid i helsetjenesten gjennomføres [\(21\)](#).

Sykehusets egne lærings- og forbedringspunkt

Ledelsen på sykehuset der Hanna var innlagt har i etterkant av undersøkelsen deltatt på en befaring i skjermingsenheten. Disse utbedringene og ombyggingene er utført i etterkant:

- Det er montert støydempende plater i taket på rommene.
- Til utlån for pasienter på skjermet enhet er det anskaffet øretelefoner.
- Enkelte vegger er malt med annen farge enn hvit.

I tillegg ble det gjort følgende utbedringer på posten:

- Kontorer, som tidligere var lagt til posten, er flyttet og rommet er gjort om til aktivitetsrom med bordtennisbord og tv-skjerm og muligheter for dataspill.



Illustrasjonsfoto

Dette har gitt bedre plass for pasienter og personalet. Rommet brukes nå til samtaler, besøk, aktiviteter og møter.

- Etter det uventede dødsfallet, har ledelsen sørget for opplæring i skåringsskjemaet NEWS 2 på hele sykehuset.

Ledelsen framhever selv at små grep, som kontrastvegger, har hatt stor betydning for trivselen. De fysiske forutsetningene i bygget er et atskillig mer omfattende tiltak, men støydempende plater har hjulpet noe på den uheldige akustikken. Erfaringen med øretelefoner er at noen pasienter låner disse, og at de fungerer etter formålet.

Sykehusledelsen forteller at disse forbedringstiltakene ikke har kostet mye. Det påpekes at forholdene ved og i tilknytting til skjermingsenheten er blitt bedre.



KAPITTEL 9

Metode- og analysebeskrivelse

Metodevalg

Hensikten med undersøkelsen og analysen har vært å klarlegge hva som førte til så stort behov for medisiner, identifisere systemiske sikkerhetsfaktorer og utrede hvordan pasientsikkerheten på skjermingsenheter på akuttposter i psykisk helsevern kan forbedres.

Undersøkelsen bygger på følgende kilder:

- intervjuer med et utvalg medarbeidere som direkte eller indirekte var involvert i hendelsen
- intervjuer med pårørende
- intervjuer og epostutvekslinger med eksperter/sakkyndige
- intervjuer med medlemmer av kontrollkommisjonen
- gjennomgang av psykiatrisk journal, legemiddellister, obduksjonsrapport og politiavhør
- omvisning på akuttpost

Fordelt på to besøk, ble det gjennomført intervjuer med totalt fem familie-medlemmer og 15 medarbeidere på sykehuset.

Intervjuene med medarbeidere omfattet sykepleiere, assistenter, helsefagarbeidere, leger og ledere på ulike nivå i organisasjonen. I tillegg snakket vi også med kontrollkommisjonen og psykologspesialist. Vi har hatt kommunikasjon på epost med avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste utviklingshemming og psykisk lidelse, RELIS Vest (produsentuavhengig legemiddelinformasjon), og spesialister i psykiatri.

Samtaler, omvisning og dokumentgjennomgang dannet grunnlaget for tema. Etter første intervjurunde supplerte vi med nye samtaler, hvor vi også diskuterte tema. Hensikten med dette var å få så grundig og presis informasjon som mulig, slik at vi hadde et godt grunnlag for analyse av funnene våre i analyseverktøyet AcciMap som brukes til å analysere ulykker.

Analyse og årsakssammenhenger

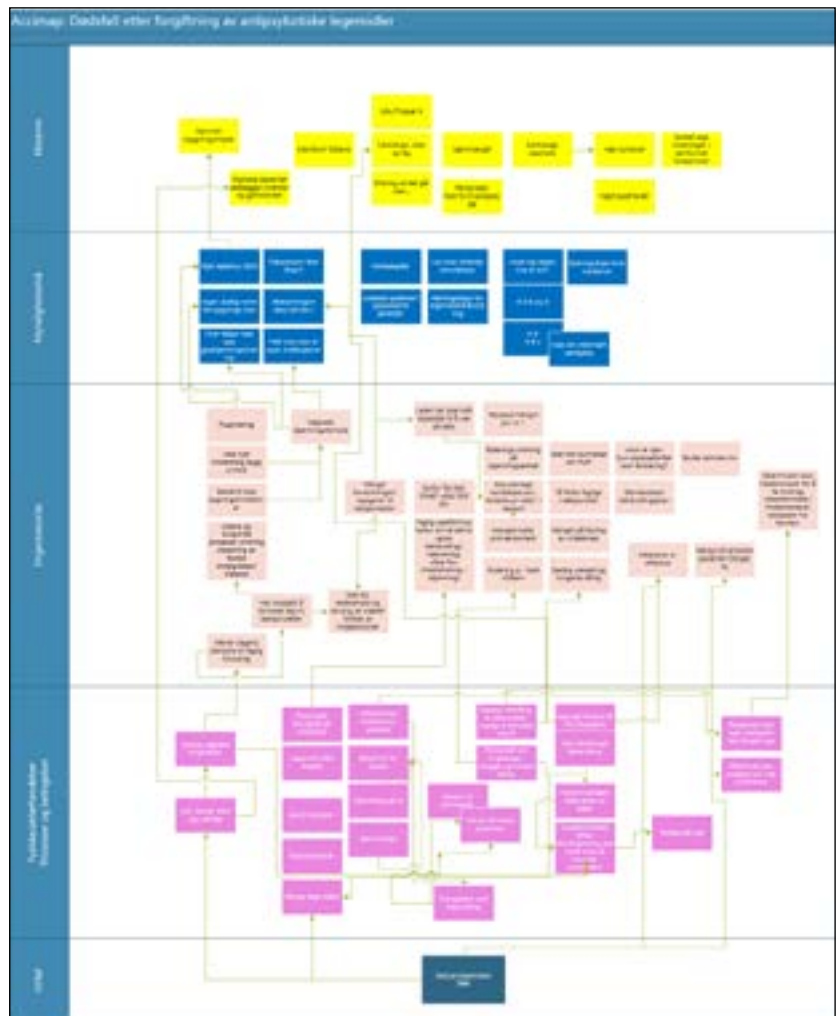
Analysen i AcciMap er grunnlaget for de delene av rapporten som forklarer årsaker og årsakssammenhenger. Flere av disse årsakene kom fram under intervjuene. De forskjellige årsakene til en ulykke ordnes inn i et multilagdiagram. Ulykken er i bunnen og årsakene forgreiner seg oppover.

Antall og type nivå vil variere med hva slags virksomhet ulykken har skjedd i. Vi valgte å dele de ulike nivåene inn i fem. I bunnen, som vi kalte utfallet, la vi inn «mange legemidler og at pasienten døde». Nivået over ble kalt aktiviteter og fysiske prosesser. Her ble det lagt inn forhold som var av direkte betydning for utfallet, slik som lite konkretisert miljøbehandling, mange fagpersoner og så videre. Nivå tre ble kalt organisatoriske forhold og forklarer nivået under, slik som omorganisering, opplæring og møtevirksomhet.

Nivå fire ble kalt myndighetsnivå og viser til forhold utenfor sykehuset som legger føringer, for eksempel mottaksplikt. På nivå fem er det forhold og faktorer som har betydning, men som er utenfor klinikerens kontroll å endre gjennom beslutninger. Vi kalte dette nivået for «eksterne forhold». Trippel X og psykose er eksempler som har en betydning. Gammel bygningsmasse er annet eksempel.

AcciMap er valgt fordi metoden har et systemisk syn på årsaker til en ulykke. AcciMap-skjemaet viser hvordan faktorer har samvirket på flere nivå, langt utover de mest umiddelbare årsakene til hendelsen. Hele spekteret av faktorer bidro til eller klarte ikke forhindre utfallet. AcciMap hjelper med å forstå hvordan og hvorfor en ulykke skjedde. Metoden tar oppmerksomheten bort fra de umiddelbare årsakene (for

eksempel feil gjort av helsepersonell). Tilnærmingen hjelper dermed til å unngå å legge skylden på personer i frontlinjen. Ved å utvide til å vurdere medvirkende faktorer på statlige, regulatoriske og samfunnsmessige nivåer, har tilnærmingen også kapasitet til å fange opp og adressere faktorer på myndighetsnivå.



Skjerm bilde av arbeidsprosessen med analyseverktøyet AcciMap

Referanseliste

1. [Sivilombudsmannen. Temarapport. Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling \(2018\). \(avlest 5.5.20\).](#)
2. [NOU 2019: 14. Tvangsbegrensingsloven. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet 18.juni 2019. \(avlest 5.5.20\).](#)
3. [Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av bipolare lidelser. Publisert 01.11.2012. Sist faglig oppdatert 01.11.2012. \(avlest 5.5.20\).](#)
4. [Norvoll R., Ruud, T., Hynnekleiv T. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskriftet for den Norske Legeforening 2015; 135:35-9. \(avlest 5.5.20\).](#)
5. [Måseidvåg N, I., Sørbø J.I. Tap av språk ved psykose. Sykepleien 2014; 102\(5\):\(44-47\). Nettartikkel oppdatert 23.12.19. \(avlest 5.5.20\).](#)
6. [Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 \(2013\). \(avlest 5.5.20\).](#)
7. [Frambu. kompetansesenter for sjeldne sykdommer. Medisinsk beskrivelse av trippel X. \(avlest 5.5.20\).](#)
8. D.Taylor et al. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 11th Edition, Wiley-Blackwell (2012). Bokpublikasjon
9. [Sussex Partnership, NHS Foundations Trust. Guidelines for the use of zuclopenthixol injection \(Clopixol Acuphase®\). \(2018\). \(avlest 5.5.20\).](#)
10. [Granaas, M., Vatn, L., Lund, S, B. Fanger opp forverring tidligere .Sykepleien 2016;104\(6\): \(54-57\). \(avlest 5.5.20\).](#)
11. [Helsedirektoratet \(2019\). Brev til landets kontrollkommisjoner. Svar på spørsmål om behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 - benzodiazepiner og plikt til å forsøke tabletter før injeksjon. \(avlest 5.5.20\).](#)
12. [Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne \(2013\). \(avlest 5.5.20\).](#)

13. [LOV-1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern\(psykisk helsevernloven\).](#) (avlest 5.5.20).
14. [Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2018. Publisert 05.09.2019. Sist faglig oppdatert 05.09.2019.](#) (avlest 5.5.20).
15. [Norvoll, R. Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter \(akademisk avhandling\). Universitetet i Oslo; 2007. Antall sider: 335.](#) (avlest 5.5.20).
16. [Helsedirektoratet. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet.](#) (avlest 5.5.20).
17. [NHS, England. The Fifteen Steps Challenge. Quality from a patient's perspective; A mental health toolkit. Prepared by: Public Participation team NHS England \(2017\).](#) (avlest 5.5.20).
18. [Helsedirektoratet. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tavlemøter](#) (avlest 5.5.20).
19. [Helsedirektoratet. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#) (avlest 5.5.20).
20. [Helsedirektoratet. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#) (avlest 5.5.20).
21. [Helsedirektoratet. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet.](#) (avlest 5.5.20).
22. [Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming](#) (avlest 5.5.20)



www.ukom.no
post@ukom.no

Besøksadresse:
Forusparken 2, 4. etasje
4031 Stavanger

Postadresse:
Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo