



Adresseliste:
Ringebu kommune
Sykehuset Innlandet HF
Ringebu legesenter
Verge
Klagerne

Saksbehandler, innvalgstelefon
Tony Heyerdahl, 61 26 61 07

Unntatt offentlighet, jf. offl. § 13, jf. fvl. § 13.

Avgjørelse i tilsynssak – ikke påpekt brudd på helselovgivingen - pasient:

Sammendrag

Dette dokumentet gir en samlet framstilling av avslutningen av tilsynssakene som ble opprettet etter drapsforsøket i Ringebu sentrum 30.10.2019, og omfatter vurderinger av flere instanser i Ringebu kommune og to divisjoner i Sykehuset Innlandet HF. Statsforvalteren i Innlandet er kommet til at helselovgivingen ikke er brutt i denne saken, men det påpekes flere områder for kvalitetsutvikling/forbedringsarbeid.

Det påpekes at tjenester og tiltak fra Ringebu kommune avvek fra god praksis når det gjelder samordning og tilrettelegging av tjenester og tiltak til pasienten/pårørende. Dette gjelder også håndteringen av risikomomentene som forelå i tiden før drapsforsøket. Risikomomentene var kjente for flere involverte tjenester og personer, men samhandlingen for å håndtere den samlede risiko-informasjon var for dårlig, og tiltakene var ikke tilstrekkelig egnet til å møte utfordringene.

Statsforvalteren ber DPS Lillehammer om å merke seg at foreldrene til pasienten opplevde at de fikk for mye ansvar for sønnens medisinerings, og at man tar med seg dette i det videre kvalitetsforbedrende arbeidet knyttet til pårørendearbeid.

Siden drapsforsøket var en alvorlig hendelse, ber Statsforvalteren om tilbakemelding fra de involverte virksomhetene om hvordan de har vurdert hvordan man kan redusere framtidig risiko for svikt i tjenester til psykisk utviklingshemmede med alvorlige adferdsutfordringer i sine styrings-systemer.

Innhold

Innledning	2
Saksforholdet Statsforvalteren i Innlandet legger til grunn	2
De sentrale vurderingstemaene saken reiser	17
Rettslig ramme	17
Statsforvalterens vurdering i saken.....	19
Samlet konklusjon.....	32



Saksbehandlingsprosessen	33
--------------------------------	----

Innledning

Statsforvalteren i Innlandet åpnet 06.11.2019 tilsynssak mot flere virksomheter i helse- og omsorgstjenesten etter at det framkom i medias dekning av saken at gjerningspersonen bak drapsforsøket i Ringebu sentrum 30.10.2019 ved flere anledninger hadde hatt kontakt med helsetjenesten og at det hadde vært sendt flere bekymringsmeldinger knyttet til samme person. Statsforvalteren mottok også anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4, fra gjerningspersonens foreldre der de anmodet om undersøkelser av den helsehjelp sønnen (pasienten), hadde mottatt i tiden før hendelsen.

I tilsynssaker er det ikke et mål å påpeke lovbrudd. Det avgjørende er hvordan virksomhetene og helsepersonellet følger opp den informasjonen som kommer fram i en tilsynssak og reduserer mulighetene for framtidige lignende hendelser. Våre tilsyn bygger på en grunnleggende tillit til at virksomhetenes ledelse og helsepersonell har som mål å ivareta sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene for at befolkningen skal ha tillit til helse- og omsorgstjenesten og til helsepersonell.

I denne saken har vi lagt vekt på involvering av klager/pårørende. Deres uttalelser er gjengitt i tilknytning til den aktuelle informasjonen i saksforholdet.

Selv om det ikke er påpekt lovbrudd i denne saken, legger Statsforvalteren til grunn at behov for endringer virksomhetene selv erkjenner, vil være det viktigste bidraget til å styrke kvalitet, pasient-sikkerhet og skape fornøyde pasienter og pårørende. Statsforvalteren forventer at de berørte virksomhetene sammen analyserer de bakenforliggende forhold som medførte hendelsen 30.10.2019. Dette er i tråd med myndighetenes forventinger etter forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Dette vil vise om det er kommet fram tiltak i en samhandlingsramme for å skape framtidige forsvarlige og omsorgsfulle tjenester på det aktuelle området. En enkelt helsetjeneste har ikke ansvar for dette alene og fordrer samhandling utover helse- og omsorgstjenestene.

I avslutningen av denne saken har Statsforvalteren i Innlandet først og fremst satt søkelys på tilsynets formål som er å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, jf. helsetilsynsloven § 1. Det er viktig for læringsverdien i denne saken at vi nå i saksavslutningen forteller hele historien. Da kan partene i ettertid vurdere sine systemer og kompetanse og sammen se på hva som bør gjøres med samhandling og ikke minst handling, handlekraft og handlingsrom der formålet er å redusere sannsynligheten for at en lignende hendelse skjer igjen. Oppfølgingsoppdaget framgår av konklusjonen i saken.

Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i vedlegg. Saken anses tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven § 17.

Saksforholdet Statsforvalteren i Innlandet legger til grunn

Innledende merknader

I saksforholdet presenteres relevante utdrag fra journaler, brev, epikriser, avhør mm., fra de instanser/personer pasienten hadde kontakt med siste tiden før hendelsen 30.10.2019 (tid for drapsforsøket). Vurderingene i tilsynssaken avgrenses til vurderinger av Ringebu kommunes¹ involvering, helsehjelpen fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern og Divisjon

¹ Omfatter enhet for psykisk helsearbeid i kommunen, tildelingskontor og allmennlegetjenesten



habilitering og rehabilitering. Statsforvalteren har valgt å lage en samlet framstilling, da vi legger til grunn at opplysningene er kjente for de involverte, samt at samhandling er et vesentlig moment i saken. Klagernes merknader er skrevet inn i den sammenheng de er knyttet til. Gjengivelse av opplysninger fra politiets etterforskningsmateriale er avklart med etterforskningsledelsen.

Det er også tatt med uttalelser skrevet i ettertid for å ivareta kontradiksjonen i saksbehandlingsprosessen.

Informasjon fra Statens helsetilsyn om varsel om alvorlig hendelse og foreldrenes merknad

Sykehuset Innlandet HF sendte varsel til Statens helsetilsyn etter hendelsen den 30.10.19. Statens helsetilsyn besluttet å ikke følge opp varslet fra Sykehuset Innlandet HF videre, men sendte saken til Statsforvalteren for vurdering om det skulle åpnes tilsynssak. Statsforvalteren mottok informasjon om varslet 11.11.2019.

Statsforvalteren i Innlandet informerte Statens helsetilsyn 20.11.2019 om at saken følges opp med egen tilsynssak etter opplysninger fra media (fengslingsmøtet) og anmodning etter pbrl. § 7-4 fra pasientens foreldre.²



Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd fra pasientens foreldre

Foreldrene sendte anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4, rettet mot Sykehuset Innlandet HF den 13.11.2019.

Bakgrunnen for anmodningen er at pasienten i april-mai uten forvarsel ble veldig paranoid og [redacted] Foreldrene fulgte pasienten til DPS Lillehammer i mai 2019 og siden til TIPS på Reinsvoll. Foreldrene klager over kvaliteten på utredningen ved TIPS. De klager også på at selv om det konkluderes med at han sannsynligvis ikke var psykotisk, ble han satt på medisin mot psykose, for å prøve om det kunne virke likevel.

08.10.2019 fikk politiet en bekymringsmelding om at pasienten hadde gått rundt i nabolaget og pratet om nazismen og at mørkhudede må passe seg. To politiansatte oppsøkte pasienten hjemme, og pasienten fortalte [redacted] Foreldrene og politiet anså det nødvendig å oppsøke legevakt. Legevaktlegen ble ifølge foreldrene rystet over at pasienten kunne gå fritt på gata, og besluttet å legge han inn på Avdeling for akutt-psykiatri og psykosebehandling, Reinsvoll, under tvang.

Foreldrene klager på at pasienten ble utskrevet dagen etter innleggelsen. Klagen omfatter også deler av behandlingen ved DPS Lillehammer. Foreldrene bemerker at det var krevende å følge opp medisineringen. Det var stadig bytte, før gammel medisin var oppbrukt, og andre navn på medisin enn det som omtales hos DPS Lillehammer og de følte at det etter hvert ble en stor utfordring å følge opp. Det var etter foreldrenes syn helt uforsvarlig at det ble overlatt til foreldrene å følge opp

² Det foreligger fullmakt.



slik komplisert medisinerings som det har vært her, og at det i tillegg ikke har vært noe skriftlig utover sommeren/høsten. For å sikre riktig medisinerings og vurdering av effekt, burde dette etter deres mening vært fulgt opp fra helsetjenesten i kommunen. De fikk aldri noe slikt tilbud verken fra fastlege eller hjemmesykepleien/psykiatritjenesten.

Statsforvalteren mottok 18.11.2019 anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd fra pasientens foreldre. Anmodningen er rettet mot Ringebru kommune for mangelfull oppfølging/behandling, og feil avgjørelse fra Ringebru legesenter 30. oktober 2019 i forbindelse med legeundersøkelse etter pågripelsen etter drapsforsøket. Foreldrene mener konklusjonen der var bygd på for svakt grunnlag, og at dette fikk negative konsekvenser for pasientens soningsforhold.

Opplysninger fra Ringebru kommune 29.11.2019

Beskrivelse av kommunens tjenester før hendelsen

Ringebru kommune beskriver tjenestene til pasienten de siste tre år før hendelsen slik:

2017: Oppfølging fra Rus og psykisk helsetjeneste fra 24.06.2017. Dette er dokumentert av behandler gjennom internjournaler i Gerica og regelmessigheten rundt samtalene har variert etter behov.

2018: Vedtak på tjenesten Rus og psykisk helsetjeneste fra 11.12.2018. Etter rutiner i Ringebru kommune ble ikke tjenester fra Rus og psykisk helsetjeneste gitt i vedtak før dette. Omfang ved vedtaksdatoen var samtaler hver 14. dag. Pasienten begynte å jobbe på tilrettelagt arbeidsplass etter endt videregående skole, med tett oppfølging og tilrettelegging av arbeidsoppgaver der.

2019: Etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten høsten 2019 har kontakt med psykisk helsetjeneste vært 2 ganger pr uke. Det ble gitt vedtak om støttekontakt fra 18.09.2019. Det ble gitt vedtak om avlastning utenfor institusjon fra 24.10.2019 i form av avlastningstilbud i bemannet kommunal avlastningsbolig. 29.10.2019 ble det iverksatt 1:1 assistent på Giax 2 dager pr uke. Pasienten hadde fått tilbud om kommunal bolig i nytt bofellesskap for funksjonshemmede fra høsten 2020.

Det er dokumentert samhandling med DPS Lillehammer i form av samarbeidsmøte 24.10.2019. I tillegg var det en rekke telefonsamtaler fra Sykehuset Innlandet HF, både Reinsvoll og DPS Lillehammer. Det var samarbeidsmøte 02.10.2019 med habiliteringstjenesten for voksne.

Kommunens redegjørelse for oppfølging av hendelsen:

I etterkant av den alvorlige hendelsen har ledelsen og fagansvarlige hatt faste møter. Hensikten er å gå gjennom planlegging, samhandling og dokumentasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samhandling innad og med pårørende. Man har bl.a. gjennomgått gjeldende rutiner som er relevante for hendelsen og kommunen skal gjennomføre en egenvurdering for å se om tjenester er gitt i samsvar med gjeldende vedtak. Statsforvalteren har ikke mottatt informasjon om resultatet av denne prosessen.

Ringebru kommune har gjort vurderinger av egne tjenester fram til hendelsen. Det konkluderes slik:

Rus og psykisk helsetjeneste kunne stilt spesialisthelsetjenesten flere spørsmål i forhold til vurderinger om vold og trusler, spesielt etter siste opphold på Reinsvoll. (Pasienten) har den siste tiden før hendelsen snakket åpent til flere om sine tanker og ønsker. Alle involverte helsepersonell var den siste tiden klar over hva han hadde formidlet om sine voldstanker, men støttet seg kanskje for mye på Reinsvoll sin vurdering av risiko for voldsutøvelse. (Pasienten) sine diagnoser kan ha påvirket både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sin risikovurdering av fare for voldsutøvelse. Han har også tidligere hatt såkalte oppheng på tema, noe som er vanlig innenfor diagnosespekteret.



Rus og psykisk helsetjeneste kunne gjennomført sin egen ROS analyse i fasen etter innleggelse ved Reinsvoll. En egen risikovurdering kunne kanskje bidratt til å forebygge eller avdekke farenivået for den alvorlige hendelsen. Kommunen søker i slike saker veiledning av 2. linjetjenesten som er spesialister på området. De kommunale tjenestene kunne likevel ha foretatt en selvstendig vurdering basert på den lokalkjennskapen kommunen innehar. Ut fra journal, referat fra ansvarsgruppemøter og annen dokumentasjon vurderer Ringebu kommune så langt at vår samhandling innad og utad har vært koordinerte og helhetlige.

Det framgår at det er blitt iverksatt tiltak som innarbeidelse av spørsmål om fare for voldsutøvelse i kartleggingsverktøy for tildelingskontor. Enhet for Rus og psykisk helsetjeneste har i innsamlingen lagt inn spørsmål knyttet til vold og våpen. I tillegg til dette vil kommunen lage egen rutine for kartlegging av risiko for voldsutøvelse.

Uttalelse fra psykiatrisk sykepleier Ringebu kommune, ikke datert

Psykiatrisk sykepleier har hatt kontakt med pasienten i varierende grad det siste halvåret. Etter at symptomer og tanker forverret seg fra september 2019, har de angivelig hatt kontakt mer hyppig, 1-2 ganger i uka. Samtaler og samvær er oftest gjennomført på offentlige steder etter pasientens ønske. Det har vært samarbeid, møter og dialog mellom rus og psykisk helse og flere andre instanser, herunder Reinsvoll, DPS Lillehammer, habiliteringstjenesten, politi, fastlege, arbeidsplass og tildelingskontor i kommunen.

Merknader fra klagerne

De holder fast ved at samtaler ikke har funnet sted så ofte som det var lagt opp til. Det er mulig at det noen ganger kan ha vært 2 ganger i uka, dersom telefonsamtaler tas med. På samarbeidsmøtet på DPS Lillehammer 23.10.2019 var hyppigheten på samtaler nevnt, og at det var 2 ganger i uka som skulle gjelde. Psykiatrisk sykepleier skal ifølge merknaden fra klager ha kommentert dette overfor foreldrene med at det var det som var målet. Klagerne vektlegger at det for pasienten var veldig viktig med forutsigbarhet. De mener også at det ikke var riktig å legge opp til at han skulle «tømme seg» med de belastende tankene sine i disse samtaler, jfr. klagen. De mener pasienten ville hatt mye større utbytte av å snakke med en psykolog.

Uttalelse fra leder ved tildelingskontoret, 15.11.2019

Det første ansvarsgruppemøtet ble gjennomført 07.06.2019. Pasienten var ikke selv til stede på dette møtet. Mor beskrev hvordan pasientens atferd hadde endret seg den siste tiden, og han ble beskrevet som paranoid, utrygg og mistenksom. Mor fortalte at pasienten var under utprøving med medisiner, men hun var usikker på om dette hadde hjulpet hittil. Det var rettet en henvendelse til Habiliteringstjenesten for voksne i Sykehuset Innlandet HF. Mor etterspurte tettere oppfølging fra rus og psykisk helsetjeneste, noe Tildelingskontoret viderefremmet til kontaktpersonen i rus og psykisk helsetjeneste. Det ble søkt om støttekontakt, og foreldre søkte om avlastning 02.09.2019. Giax ba om nytt ansvarsgruppemøte 02.10.2019. Pasienten var fremdeles under utprøving av medisiner, og Habiliteringstjenesten deltok i møtet. Det skjedde avklaring rundt behovet for assistent som kunne jobbe med pasienten 1:1 på Giax. Behovet for avlastning ble meldt til Tilrettelagte tjenester. Det skulle presenteres en plan fra Ringebu kommune senest i utgangen av november 2019.

08.10.2019 mottok saksbehandler notat fra mor, med beskrivelser av pasientens alvorlige uttalelser. Med bakgrunn i den alarmerende informasjonen og opplysninger fra mor om utskrivningen, ble det gjennomført et instansmøte 11.10.2019 der det ble tatt opp hvordan kommunen kunne imøtekomme og hjelpe foreldre og pasient på en best mulig måte fremover.



Uttalelse/informasjon fra Lillehammer interkommunale legevakt 04.12.2019

I utdrag fra journalnedtegnelse 08.10.2019, heter det at politiet kom til legevakten med pasienten

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Merknad fra klagerne

[Redacted]

Notat fra pasientens mor til Ringebu kommune - «Beskrivelse av situasjonen pr 10.09.19 — 07.10.19»³

Det beskrives konkrete situasjoner og hendelser i denne perioden som ukritisk oppringing til folk, og det hadde vært tilfeller av slibrige sms-meldinger.

[Redacted]

[Redacted] Foreldrene ble kontaktet av ansvarlig for de ansatte. Han var bekymret for sikkerheten til de ansatte. Det ble også sendt en bekymringsmelding til politiet. Politiet kontaktet også foreldrene. [Redacted]

[Redacted]

Mor beskriver innholdet i et møte på DPS Lillehammer 11.09.2019 [Redacted]

[Redacted]

13.09.2019 har mor nedtegnet at pasienten sa at han forstod at det var galt det han har sagt og gjort. Foreldrene var likevel ikke trygge på at fascinasjonen hans [Redacted]

[Redacted]

³ Sendt før hendelsen

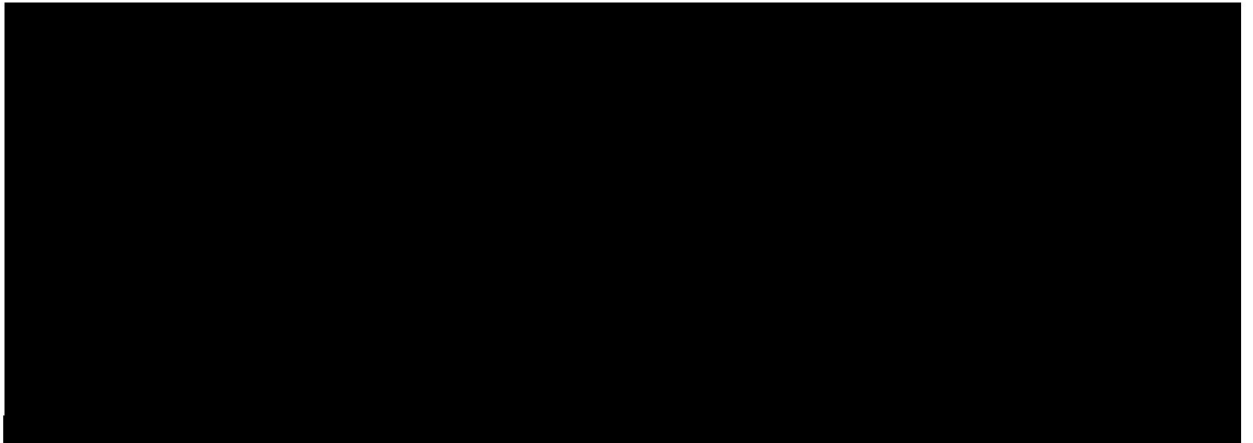


02.10.2019 var det ansvarsgruppemøte der Habiliteringstjenesten for voksne deltok. Når tiltakene i form av adferdsavtaler mm. skal iverksettes, må pasienten være stabilt medisinert.



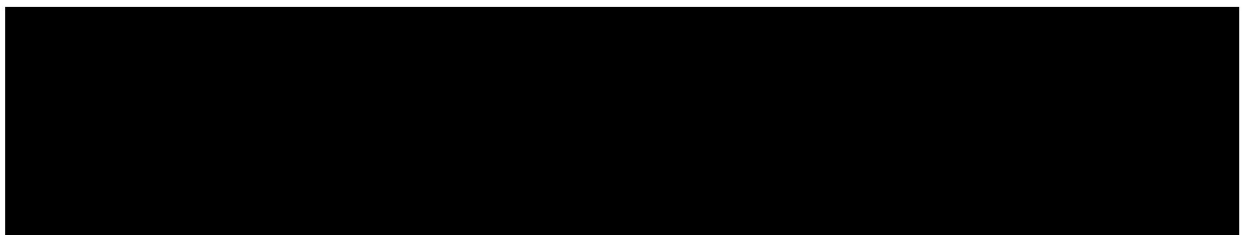
Utdrag fra pasientens journal ved Fåvang legesenter før hendelsen

29.04.2019 hadde fastlege pasienten inne til konsultasjon – pasienten var da 19 år. Utdrag fra journalen:



Fastlegen konfererte med vakthavende overlege på Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll, som foreslo endring i medisineringen. Dernest skulle pasienten henvises til akutt ambulant team for vurdering. Dette ble gjort 09.05.2019.

Uttalelse fra fastlegevikar



Fastlegen deltok i møte på DPS Lillehammer sammen med foreldrene, pasienten, psykolog, psykiatrisk sykepleier fra Ringeby kommune og psykiater. Det er notert at pasienten fungerte ok, det var søkt kommunal bolig og henvist til habiliteringstjenesten. DPS Lillehammer planla å avslutte i løpet av 2019.

Ut ifra journalen har daværende og tidligere fastlege hatt relativt få kontakter med pasienten. Det er lite konkret om kommunale tjenester. Legen var informert om at aktiviteten på tilrettelagt arbeidsplass skulle intensifieres og at psykiatrisk sykepleier hadde regelmessig kontakt med pasienten samt at det var planlagt en kommunal bolig. Det var også henvist habiliteringstjenesten. Det var ikke



gjennomført noen risiko- eller farlighetsvurdering på legekantoret. Da fastlegen traff pasienten hadde han nylig vært innlagt og var allerede vurdert av spesialisthelsetjenesten.

Fra legeundersøkelsen ved Ringeby legesenter etter drapsforsøket 30.10.2019

30.10.2019 kom pasienten ledsaget av politiet etter å ha gått til angrep på [REDACTED] øks i Ringeby sentrum. LIS-1-legen var den eneste tilstedeværende lege som kunne ta imot pasienten. [REDACTED]

[REDACTED] LIS-1-legen skriver at pasienten var ukjent for ham, men kjent for fastlegen og kommunal psykiatritjeneste. LIS-1-legen ble gjennom journalen kjent med [REDACTED]

[REDACTED]

Pasienten forklarte seg utdypende til LIS-1-legen:

[REDACTED]

[REDACTED]

LIS-1-legen kontaktet psykiater ved akutenheten på Reinsvoll, som nylig hadde vurdert pasienten. LIS-1-legen hadde selv svært begrenset erfaring med lignende problemstilling.

Da LIS-1-legen presenterte anamnese og observasjoner, vurderte overlegen at informasjonen han mottok [REDACTED]

[REDACTED]

LIS-1-legen skriver videre i journalen at pasienten nylig hadde vært vurdert på Reinsvoll. I epikrisen datert 09.10.2019 står det blant annet:

[REDACTED]



[REDACTED]

På bakgrunn av det som tolkes å være en fersk og omfattende vurdering av pasientens psykiske tilstand, uten åpenbare endringer derfra til hendelsesdagens konsultasjon, fant LIS-1-legen at tilstanden ikke oppfylte kriterier for tvungen observasjon i psykiatrien. Overlegen var tydelig på at dette var en politisak og at dersom politijurist ser indikasjon for rettspsykiatrisk vurdering, kan de be om det. LIS-1-legen informerte pasienten om dette, som sa seg enig i vurderingen og motsatte seg ikke å reise med politiet til arresten.

Overlegen viste til sitt journalnotat [REDACTED] 09. 09. 2019, der han sterkt anbefalte bemannet bolig for pasienten, og at [REDACTED] Overlegen anbefalte prejudisiell vurdering.

Klagers merknad

Foreldrene undres over hvem dette siste journalnotat eventuelt ble formidlet til og hvordan opplysningene eventuelt er blitt håndtert av mottakerne. De finner det motstridende at voldsriskoen er vurdert til å være lav samtidig som det poengteres hvor viktig det er med bemannet bolig.

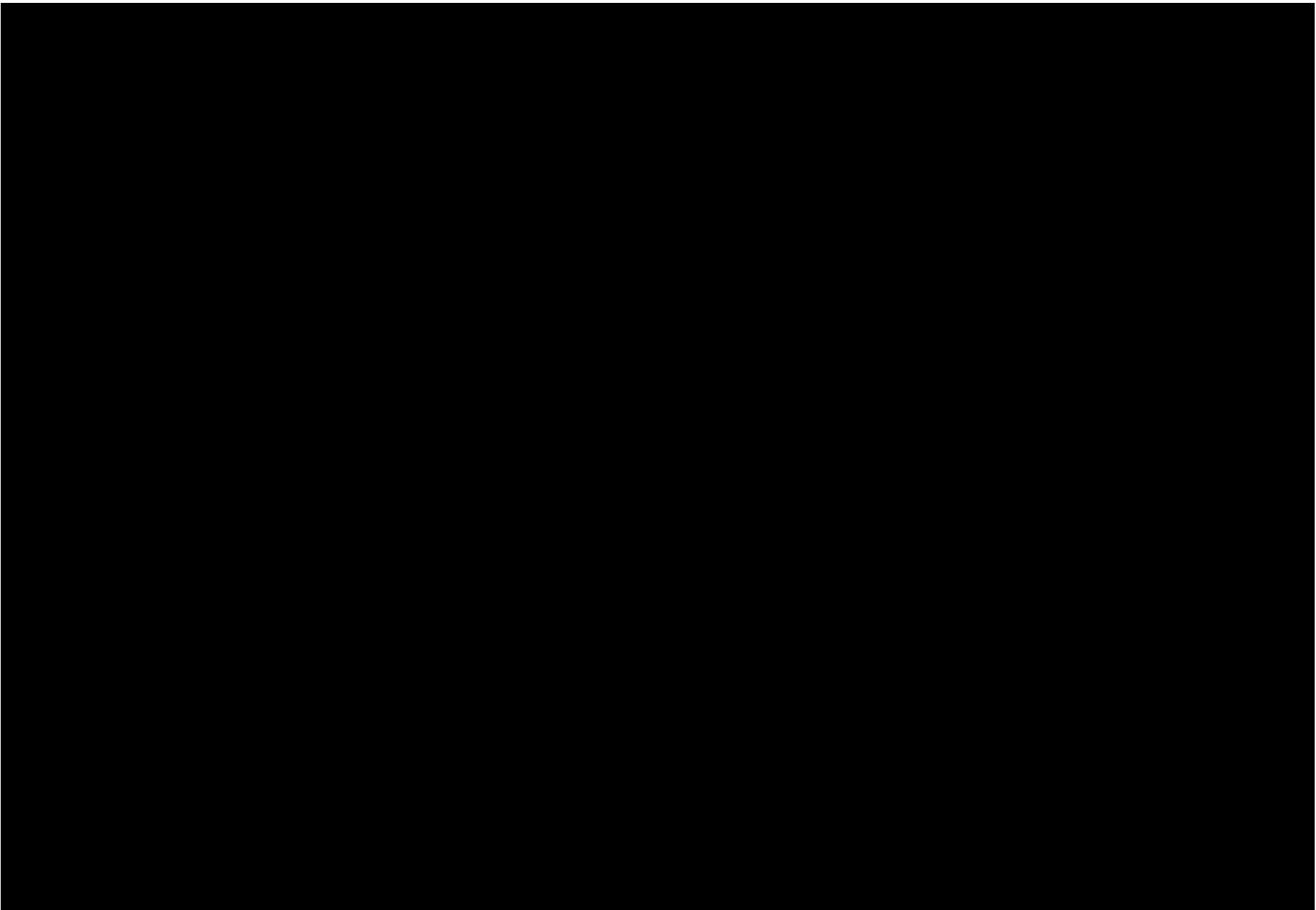
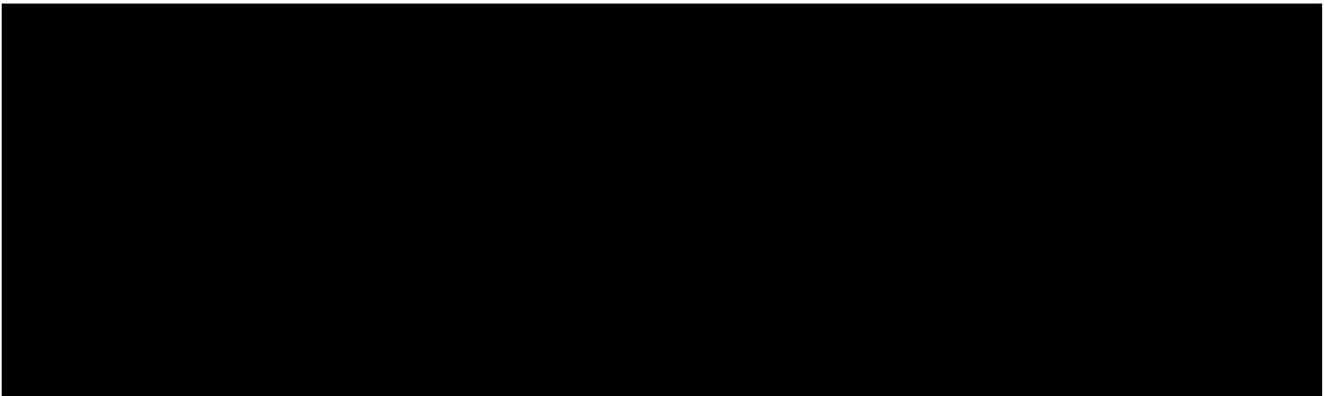
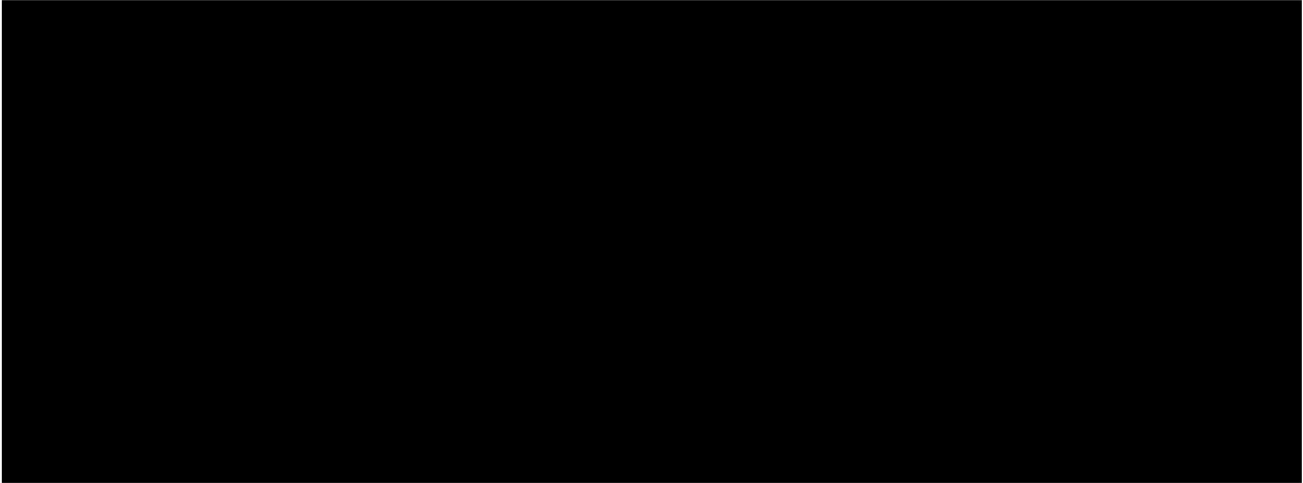
Statsforvalteren har undersøkt distribusjonen av epikrise/notat og annen informasjon etter utskrivningen 10.10.2019. Ved telefonhenvendelse til Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern 24.11.2020 ble det avklart at det er sendt epikrise/EDI-melding til fastlege ved Ringeby legesenter. Det er sendt både epikrise og journalnotat der overlegens klare anbefaling fra 09.10.2019 går fram. Det er også sendt tilsvarende til psykiatritjenesten i Ringeby kommune. Spesialisthelsetjenesten orienterte også Midt-Gudbrandsdal lensmannskontor telefonisk om utskrivelsen.

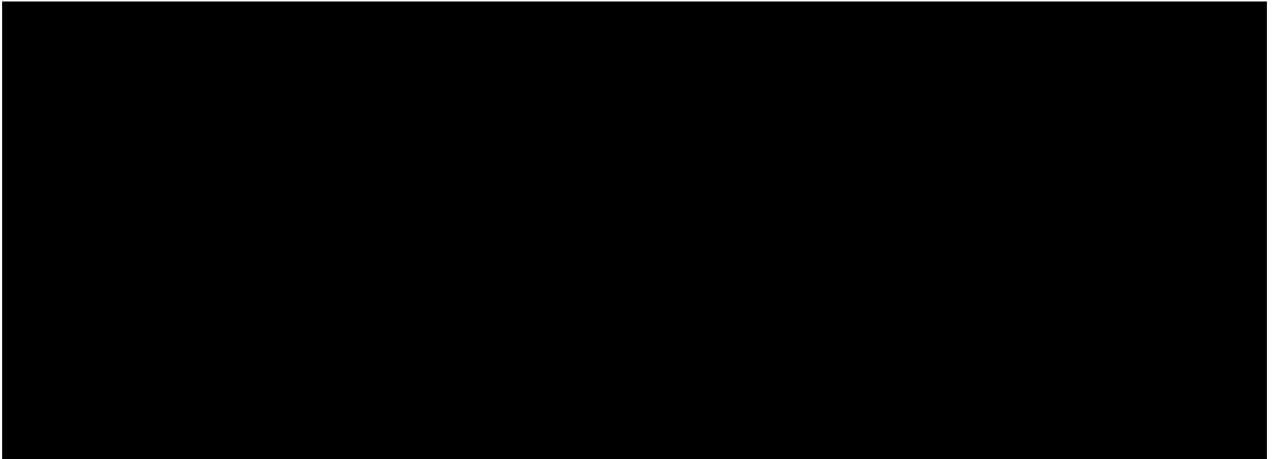
Uttalelser og journalnotater fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern

Det er innhentet uttalelser fra involvert helsepersonell/ledelse og journal fra Distriktpsikiatrisk senter, Poliklinikk Lillehammer, samt fra Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, Enhet for øyeblikkelig hjelp, Reinsvoll.

Hendelsesforløpet slik det fremkommer i pasientjournalen i spesialisthelsetjenesten (Divisjon psykisk helsevern)

[REDACTED]





Den 12.06.2019 reiste psykiatrisk sykepleier på hjemmebesøk til pasienten, hvor det blir vurdert at

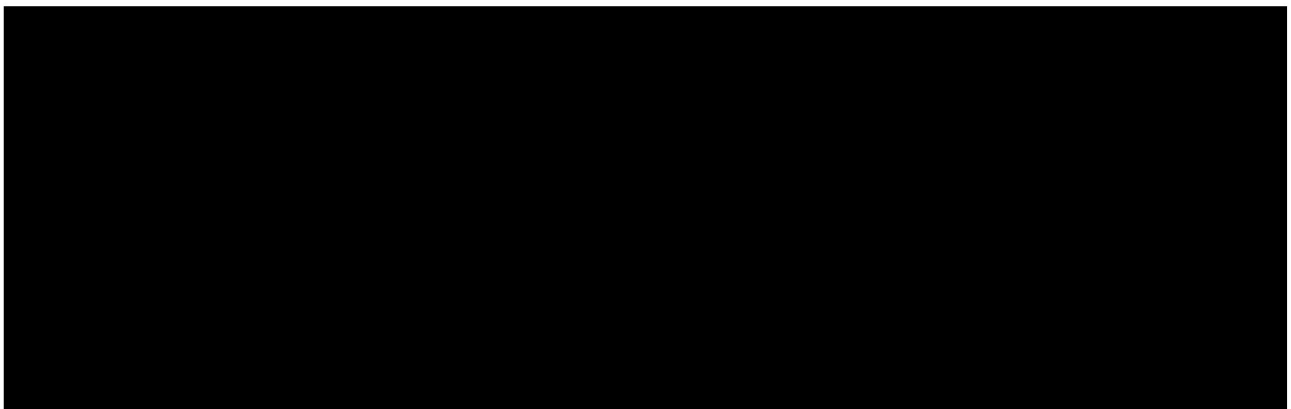


På grunn av at pasienten og familien skal reise på ferie, ble det avtalt neste hjemmebesøk 24.07.2019.

Den 24.07.2019 reiste psykiatrisk sykepleier på hjemmebesøk til pasienten, hvor pasienten sa han

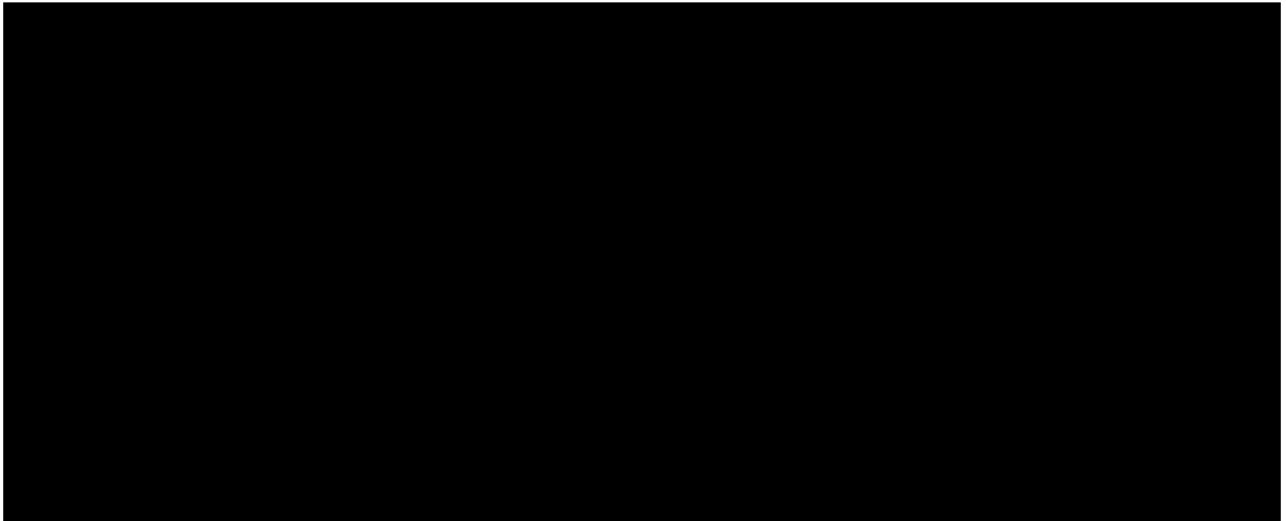
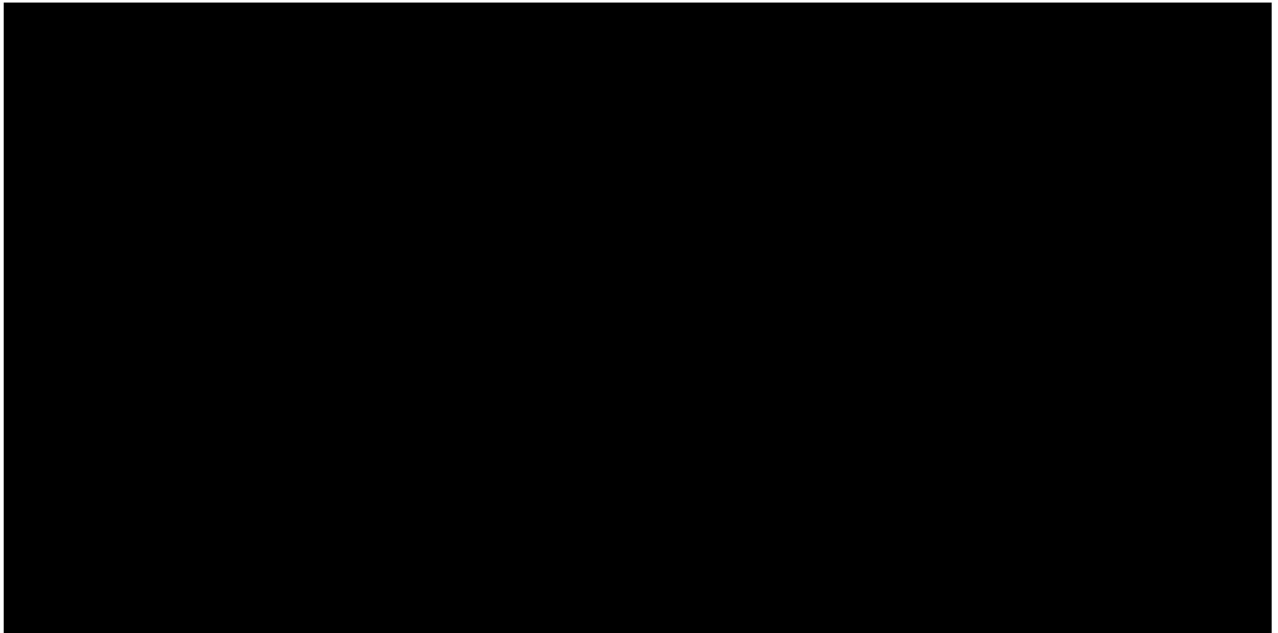


Den 15.08.2019 ble en arbeidskollega til pasienten arrestert for drap.

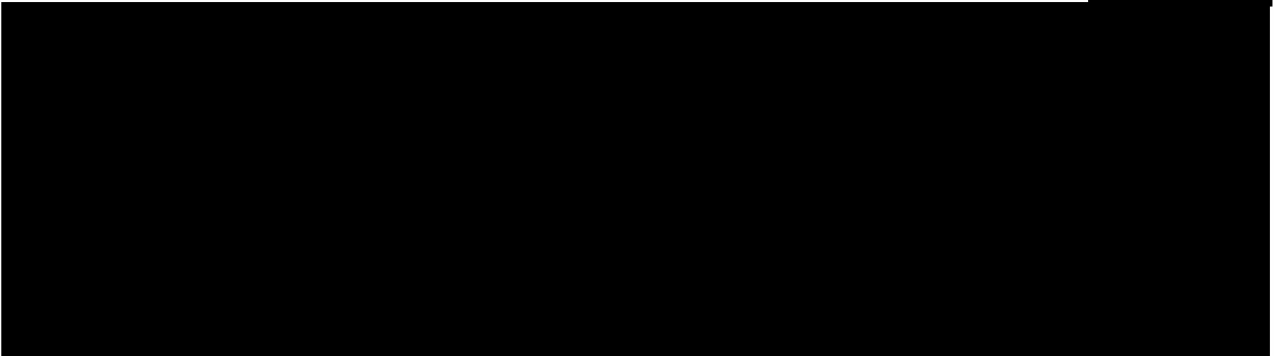


Psykiatritjenesten ble kontaktet per telefon for mer oppfølging og habiliteringstjenesten kontaktes for å få dem i gang med tjenester. Psykiatritjenesten i kommunen ville ta kontakt med pasienten for et møte med ham neste dag. Det ble satt opp ny avtale ved DPS 13.09.2019.

Den 13.09.2019 snakket psykiatrisk sykepleier ved DPS med mor, som forteller at sønnen hadde blitt roligere. Han har nå gitt uttrykk for at han forsto at temaene han har vært opptatt av ikke var bra temaer.



Pasienten ble innlagt 08.10.2019 ved akuttavdelingen Reinsvoll på grunn av truende atferd. Pasienten ble innlagt av legevaktslege til tvungen observasjon etter § 3-2 i phvl. kvelden den 08.10.2019 ved enhet for øyeblikkelig hjelp på Reinsvoll. Bakgrunnen for innleggelsen var at pasienten





[REDACTED]

[REDACTED]

Overlegen gjorde en paragrafvurdering 09.10.2019, der det blir konkludert med at tvungen observasjon ikke ble etablert. [REDACTED]

Ut fra dette ble pasienten vurdert til ikke å ha en psykoselidelse/alvorlig sinnslidelse, jf hovedkriteriet for innleggelse under tvang. [REDACTED]

Voldsrisikoen ble vurdert som lav i nærmeste fremtid, og det ble skrevet et eget notat med voldsrisikovurdering av overlege [REDACTED]

Pasientens medisinerer ble vurdert under innleggelsen, og man fant ingen grunn til å gjøre endringer i pasientens medikasjon.

Lege [REDACTED] ringte pasientens mor dagen etter innleggelsen for å informere om de vurderinger som var gjort. [REDACTED]

[REDACTED] Pasienten ble informert om at politiet ville bli informert om utskrivelsen.

Ved utskrivelse var det avtalt time ved DPS Lillehammer 11.10.2019, time hos fastlege 15.10.2019 og det var utarbeidet en kortfattet kriseplan. Det står videre i journalen at det var planlagt et videre samarbeid mellom DPS og habiliteringstjenesten. Psykiatritjenesten i kommunen, [REDACTED] ble informert om utskrivelsen.



Den 18.10.2019 som kommunen skriver det i sin uttalelse, ble det planlagte samarbeidsmøte gjennomført (pasientens foreldre, DPS Lillehammer, kommunal psykiatritjeneste og fastlegen). Ifølge sykepleier ved DPS ble det i møte vurdert at tiltak rundt pasienten fungerte og at det ikke var behov for ny avtale ved DPS.

Den 30.10.2019 skjedde det en alvorlig hendelse og pasienten ble anholdt av politiet for drapsforsøk.

Uttalelse fra DPS Lillehammer

Det uttales at medikamentell behandling hos pasient med denne pasientens diagnoser ikke kan være hovedbehandling. Hovedbehandling er atferdsterapi, psykoedukasjon, hjelp hjemme og i hverdagen. Medisinering gis kun for å dempe symptomer. [REDACTED]

Foreldrene bistod pasienten med medisiner, [REDACTED] hver samtale om medisinering deltok minst en av foreldrene. Det ble flere ganger forklart om medisiner, virkning, indikasjoner, bivirkninger. [REDACTED]

Det uttales at hvis pasienten hadde hatt alvorlig sinnslidelse, skulle DPS Lillehammer gripe medisineringen mer systematisk til verks ved å involvere hjemmesykepleien, justere dosering ifølge serumspeil osv.

Klagers merknader

Begrunnelsen fra DPS Lillehammer om ikke å involvere f.eks. hjemmesykepleien eller andre aktører utenom foreldrene, stiller foreldrene seg uforstående til. At pasienten hadde flere diagnoser samt psykisk utviklingshemming gjorde det jo mye vanskeligere å vurdere effekt og bivirkninger av medisinene. Foreldrene legger vekt på at det ble brukt flere medisiner samtidig, til sammen hadde det vært 7 ulike medisinslag.

Dokumentasjon fra Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, Enhet for øyeblikkelig hjelp, Reinsvoll

Pasienten ble innlagt kvelden 08.10.2019 med innleggelsesdiagnoser [REDACTED]

I journalnotat 09.10.19, ved utskriving, skriver overlege ved enheten at den raske utskrivingen begrunnes med at man ikke finner [REDACTED]

[REDACTED] Statistisk sett er ikke mennesker med [REDACTED] mer voldelig enn andre. Men når volden skjer er det ofte på en tilnærmet uforståelig måte og med sære begrunnelser. [REDACTED]



Overlegen hadde gjennomført realitetsorientering overfor pasienten om at de ytringene han har kommet med, og som kan skremme andre, i seg selv er straffbare. [REDACTED]

Overlegens konklusjon:

[REDACTED] Om foreldrene føler de ikke har kontroll over ham nå, bør han i en institusjonslignende omsorg. Bemannet f. eks der en også har bedre kontroll med [REDACTED]

[REDACTED] Han tilfredsstillter ikke kriteriene for tvunget psykisk helsevern.

Klagers merknader

Det siste journalnotatet var ukjent for foreldrene. De poengterer at pasienten trengte å bli passet på døgnet rundt av fagfolk, og hvor han kunne observeres over tid. Dette da også for å vurdere medisineringsens effekt. Foreldrene er helt overbeviste om at noe av medisineringen var direkte utløsende på at han mistet sperrer. De mener også at observasjon over tid ville gitt et bedre bilde av om diagnosene fra 2013 fortsatt er riktige.

Uttalelse 29.01.2020, Sykehuset Innlandet HF – Habiliteringstjenesten for voksne

Første utredning er datert 18.12.2013. Allerede 10.06.2014 påpekte Habiliteringstjenesten utfordringsbildet mtp. omsorgssituasjonen. Påpeking av andre forhold man har fått kjennskap til:

(Pasienten) krever mye oppmerksomhet og oppfølging fra omgivelsene. Familiens totale belastning er derfor tidvis stor. Det er viktig at familien mottar nok avlastning til at de kan mestre dette til det beste for både (pasienten) og hans lillebror. Familien har inntil nylig ikke mottatt avlastning fra Ringebu kommune. Det er nå gjort vedtak om avlastning i privat hjem, noe som fungerer bra.

Det anbefales likevel at kommunen etablerer et tilbud av mer varig karakter. Habiliteringstjenesten anbefaler at kommunen etablerer en kommunal avlastningsleilighet, der (pasienten) samtidig får trening i å bo for seg selv. Tilbudet bør utformes på en måte som gir rom for en gradvis økning av avlastningstilbudet frem mot voksenlivet. For at dette skal skje i takt med familiens ønsker og behov er det viktig at (pasientens) IP revideres og blir et reelt styringsdokument for dette. I IP bør det skisseres hvilket avlastningstilbud som skal benyttes, omfang som ønskes og når det er planlagt iverksatt. Det vil nå følge en periode for (pasienten) med mange overganger og endringer. Det antas at de utfordringer som Habiliteringstjenesten har veiledet i vil være områder som krever oppfølging og oppmerksomhet også i fremtiden.

Fra politiets egen dokumentasjon

Melding til politiet om bekymring for adferden til pasienten – fra politinotat 07.11.2019

10.09.2019 ringte daglig leder ved pasientens arbeidsplass til politiet og meldte bekymring for endret adferd hos en av deres ikke navngitte ansatte. [REDACTED]



[REDACTED]

07.10.2019 og 08.10.2019 oppsøkte pasienten to personer i nabolaget og fortalte belastende ting til dem og politiet ble varslet om samtalen. [REDACTED]

På bakgrunn av denne samtalen og måten pasienten fremstod, ble pasienten fulgt til legevakt på Lillehammer og samme kveld innlagt på Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll. 09.10.2019 mottok politiet beskjed om at pasienten ville bli utskrevet samme dag. [REDACTED]

[REDACTED]

Politiet var i perioden fram til drapsforsøket flere ganger i kontakt med pasientens oppfølgingsperson i Ringeby kommune. Et av temaene var bl.a. fortløpende vurdering av pasientens adferd opp mot ev. vurdering av tvangsinnleggelse fra helsevesenets side. Mandag 28.10.19 kontaktet politiets rapportskriver psykiatrisk sykepleier med tanke på å gjennomføre en avklaringsamtale med pasienten i forbindelse med hans adferd høsten 2019. Vedkommende var imidlertid redd for at dette ville uroe pasienten i den situasjonen han nå var i, idet det gikk bedre med ham og han var tilbake på jobb 2-3 dager pr. uke. Det ble ut fra denne vurderingen ikke gjort avtale om avklaringsamtale. Onsdag 30.10.19 ble så pasienten pågrepet og siktet for drapsforsøk i Ringeby.

Vitneavhør etter drapsforsøket

Nedenfor er det gjengitt utdrag fra noen vitneavhør etter drapsforsøket. Disse viser at det i tiden før hendelsen var kjent risikoinformasjon i miljøet pasienten var i. I tillegg til de nevnte nedenfor er det flere vitnemål som omtaler mye av det samme, pasienten har spredt sitt budskap ganske like-lydende til mange som er i en offentlig rolle. Det er ikke dokumentasjon i saken som viser at informasjonen nedenfor ble distribuert til de som hadde ansvar for helheten i tiltakene rundt pasienten.

Vitneavhør 30.10.2019 – daglig leder arbeidssted

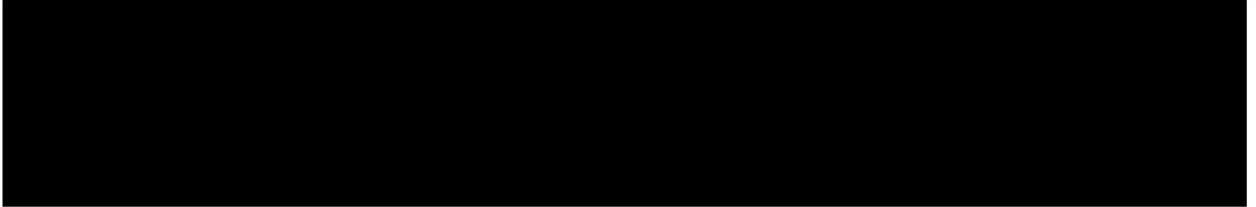
Avhør med annen leder på arbeidsplass - 30.10.2019



skremmende angående sex spesielt mot ei jente ved arbeidsstedet. Pasienten skal ha kommet inn på et rom hvor hun hadde vært og stengt igjen døra.

Avhør av ansatt på arbeidsplassen - 30.10.2019

Vedkommende uttalte:



De sentrale vurderingstemaene saken reiser

Vurderingstema i saken er avgrenset til:

- Var tiltak og tjenester fra Ringebu kommunes psykiske helsetjeneste/tildelingskontor forsvarlige sett i lys av det utfordringsbildet man stod overfor, spesielt siste halvår før drapsforsøket, og ble forsvarlige tiltak satt i verk til riktig tid?
- Var allmennlegetjenestens involvering forsvarlig?
- Var vurderinger/diagnostisering/medisinering og andre behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern og habiliteringstjeneste forsvarlige og gitt til rett tid?

Rettslig ramme

Grunnleggende om rettigheter til menneske med nedsatt funksjonsevne

Statsforvalteren legger *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*⁴ til grunn for sitt syn på de rettigheter mennesker med nedsatt funksjonsevne har. Konvensjonens formål er fastsatt i artikkel 1: «...å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdige rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet».

Dette utgjør et verdimeessig grunnlag for tjenestetilbud til personer med utviklingshemming. I konvensjonen blir det understreket at mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme rettighetene som alle andre. Konvensjonen slår blant annet fast at menneskerettighetene er uavhengig av individenes egenskaper, også kognitiv fungering. I artikkel 25 heter det: «Partene erkjenner at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne».

Forsvarlig helsehjelp

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om virksomhetene er organisert og styrt slik at pasienter som kommer i tilsvarende situasjoner er sikret forsvarlig helsehjelp.

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder for virksomheter som yter helsehjelp og for det enkelte helsepersonell, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven § 16 og helsepersonelloven § 4. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer en plikt for helsepersonellet til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lov-

⁴ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf



bestemte krav til yrkesutøvelsen. Virksomheten har samtidig en plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 c.

Forsvarlighetskravet tar utgangspunkt i hva som kan forventes av virksomheter og helsepersonell i det enkelte og konkrete tilfellet. Hva som kan anses som god faglig praksis kan endre seg i tråd med fagutvikling, endringer i verdioppfatninger og situasjonen ellers. Å definere hva som er god faglig praksis er nødvendig for å kunne si hvor grensen mot det uforsvarlige går. God praksis-beskrivelser er beskrevet i vurderingskapitlet.

Krav til kommunen

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester som følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Når tjenestetilbudet i en kommune planlegges og organiseres, må det tas hensyn til kompetanse og ressurser i kommunen. Både faglige og etiske vurderinger må ligge til grunn for hvordan tjenestene utføres og vedlikeholdes. Kommunen har plikt til å sørge for forsvarlige helsetjenester som imøtekommer dagens behov, samtidig som det må tas høyde for varierende behov og fremtidige behov. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tjenestetilbudet til den enkelte blir helhetlig og koordinert. Det er ikke tilstrekkelig at de enkelte tjenestene er forsvarlige, også tjenestetilbudet som helhet skal være forsvarlig.

Kommunen er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 pålagt en plikt til å legge til rette for samarbeid. Dette gjelder samarbeid mellom deltjenestene i kommunen, mellom kommune og andre tjenesteytere, og med fylkeskommune, helseforetak og stat. Dette skal bidra til at de helse- og omsorgstjenestene som tilbys og ytes er forsvarlige også i helhetlig perspektiv.

Krav til spesialisthelsetjenesten

Forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesten framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Forsvarlighetskravet gjelder all spesialisthelsetjeneste, herunder de regionale helseforetak, helseforetakene og private tjenesteytere. Innholdet i forsvarlighetskravet vil variere ut fra hvilken type tjeneste det dreier seg om. Innholdet endrer seg også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner hvor god praksis beskrives.

Spesialisthelsetjenesteloven har også en bestemmelse om samhandling og samarbeid, § 2-1e. Dette innebærer en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid med kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

Virksomhetens plikt til forsvarlig organisering, ledelse og systematisk styring

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette gjelder organisering, planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. Kravet gjelder på alle ledelsesnivå. Det innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleveres. Kravet gjelder både for spesialisthelsetjenesten og for helsetjenesten som ytes i kommunen. Etter HOL § 4-2 pålegges enhver som yter helsetjenester til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Denne plikten understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5, ved at det stilles krav til virksomheter skal etablere et internkontrollsystem, og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9. Internkontrollen skal bidra til at virksomheten overholder lovpålagte plikter, og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir



ivaretatt i hele virksomheten.

Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Dette er en kontinuerlig prosess som innebærer å kartlegge risiko- og forbedringsområder, identifisere årsaker og iverksette effektive tiltak. Virksomheten må på samme måte gjennomgå alvorlige hendelser for å redusere risiko for at tilsvarende hendelser skal skje igjen. Statsforvalteren i Innlandet vil legge stor vekt på disse aspektene ved saken i oppfølgingen.

Krav til helsepersonell

Helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp framgår av helsepersonelloven § 4 og helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Ved vurderingen av om helsehjelpen har vært forsvarlig, skal det tas utgangspunkt i hva som er god praksis for tilsvarende forhold.

Det som står sentralt er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i en konkret situasjon, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Det må tas utgangspunkt i helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og hvilke rammer og betingelser som er satt av ledelsen. Vurderingen av helsepersonellens handlinger må videre skje med bakgrunn i opplysninger om hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Fagutøvelsen må etter omstendighetene avvike klart fra god praksis før helsehjelpen anses for å være uforsvarlig.

Det følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Yrkesutøvelsen må på denne måten tilpasses etter faglige kvalifikasjoner, slik at man ikke påtar seg andre arbeidsoppgaver enn det kvalifikasjonene tilsier.

Statsforvalterens vurdering i saken

God praksis - kommunale helse- og omsorgstjenester til psykisk utviklingshemmede

Statsforvalteren skal i slike saker ta utgangspunkt i hva som var god helsefaglig praksis på hendelsestidspunktet. Kilder for god praksis må oppgis.

Her avgrenses vurderingene i saken til perioden før drapsforsøket og de utrednings- og diagnoseaktivitetene som skjedde, samt søkelys på samhandlingen og om det kommunale apparatet evnet å tolke den risikoinformasjonen («varsel-lampene») som forelå og iverksette virksomme tiltak.

I det følgende gjennomgås de forventninger som stilles til en kommunes aktiviteter overfor en innbygger med diagnoser innen psykisk utviklingshemmingsområdet. Kildene i dette kapitlet er hentet fra i *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, veileder fra Helsedirektoratet⁵, som bygger på FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. I god praksis-beskrivelsen i vurderingen av kommunen har vi lagt referansene i dokumentet til grunn.

Om kompetanse i kommunen:

For å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, skal kommunen sørge for kompetanse på blant annet følgende områder:

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming-horingsutkast> - I dette dokumentet finnes relevante henvisninger til god praksis mtp. kommunale helse- og omsorgstjenester til psykisk utviklingshemmede.



- kravene i lovverket, menneskerettighetene og nasjonale retningslinjer
- selvbestemmelse, beslutningsstøtte og brukermedvirkning hos personer med utviklingshemming
- habilitering og målrettet miljøarbeid, inkludert metoder for motivasjon, læring og endring
- helseoppfølging (fysisk og psykisk) hos personer med utviklingshemming
- utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming

Familie, pårørende og verge

Sentralt ved godt pårørendesamarbeid:

- Hyppig kontakt og jevnlig møter med pårørende
- Avklaring av pårørendes forventninger
- God informasjon og god tid til dialog, i samråd med tjenestemottaker
- Avtaler om hvem som har ansvar for hva
- Åpenhet; utfordringer og problemer tas opp og løses

Kommunen skal, i samråd med tjenestemottaker:

- sette tjenestemottakers ønsker og preferanser i sentrum
- være bevisst rollene til nærmeste pårørende og øvrige pårørende
- lytte til pårørende som en del av den løpende evaluering av tiltak
- formidle tjenestemottakers mål og tiltaksplaner for nærmeste pårørende og eventuelt øvrige pårørende som er involvert
- formidle og forklare beslutninger som er fattet

Kommunen bør sørge for at pårørendes samlede omsorgsoppgaver, ressurser og belastninger kartlegges, eventuelt i forbindelse med tjenestemottakers individuelle plan. Momenter kan blant annet være:

- totalt omfang av omsorgsoppgaver
- tilknytning til arbeidslivet eller utdanningsløp
- ferie, fritid, mulighet til å forlate hjemmet, sosialt samvær med andre
- psykiske belastninger som følge av situasjonen
- sosialt nettverk og støttepersoner
- Pårørende bør få informasjon om aktuelle lavterskeltilbud, og bistand til å søke om avlastning, pårørendestøtte og omsorgsstønning.

Kommunen skal sørge for nødvendig oppfølging av søsken som pårørende. Mindreårige søsken til barn med utviklingshemming kan oppleve et annerledes søskenliv enn sine jevnaldrende. Noen opplever at søsken har alvorlige tilleggssykdommer, funksjonsnedsettelse eller utfordrende atferd.

Utfordrende adferd

Kommunen skal forebygge utvikling av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. Utfordrende atferd kan defineres som kulturelt avvikende atferd som er så intens, hyppig forekommende eller langvarig at den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre er alvorlig truet, eller at den i stor grad begrenser eller hindrer tilgang til vanlig sosial deltakelse i samfunnet (Emerson, 2001). Eksempler på utfordrende atferd er selvskading, ødeleggelse av gjenstander, angrep på andre/vold mot andre, skadelig seksualisert atferd eller passivitet som hindrer deltakelse.



Utfordrende atferd skyldes som regel et samspill mellom miljøfaktorer og personlige sårbarhetsfaktorer. Utviklingshemming rammer kognitive funksjoner som kan innebære lavere terskel for å reagere med f.eks. vold mot andre ved stress, usikkerhet, opplevd press og andre former av belastninger. Det er viktig å forstå årsaken til den utfordrende atferden, gjøre gode kartlegginger og legge disse til grunn for arbeidet.

Det forebyggende arbeidet bør starte tidlig og være koordinert. Kommunen må sørge for tilstrekkelig avlastende hjelpetiltak for familien. Det må legges til rette for et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom helsestasjon, fastlege, barnehage, skole, avlastningstjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre aktører.

Ved arbeid med kartlegging, utforming av mål, tiltak og evaluering bør helse- og omsorgstjenesten sørge for å:

- involvere tjenestemottaker og eventuelt nærmeste pårørende og verge
- involvere aktuelle aktører og arenaer, som hjemmet, barnehage, skole, avlastning, arbeidsplass, dagaktivitetstilbud, transport
- knytte arbeidet opp mot individuell plan der dette er aktuelt

Ved utvikling av en bekymringsfull atferd, bør helse- og omsorgstjenesten tilby tjenestemottaker en kartlegging og vurdering. Tilnærminger til kartlegging, tiltak og evaluering er vernepleiernes arbeidsmodell og sjekklister for målrettet tiltaksarbeid (Løkke og Salthe, 2012). For å avgjøre om atferden er bekymringsfull og/eller utfordrende, er det nødvendig at flere tjenesteytere, personen selv og eller pårørende er med. Kartleggingen bør dekke forekomst og omfang av atferden, grad av alvorlighet/farlighet og risiko. Kartleggingen bør lede frem til flere ulike forklaringer på årsaken til atferden (Strømgren, 2014). Tjenesten bør benytte anerkjente kartleggingsmetoder, som funksjonelle analyser (Institute for Health and Care Excellence, 2015; Sosialstyrelsen, 2018).

Statsforvalteren har også lagt til grunn *IS-10/2015 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming - helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9*. Det heter i pkt.3.5.2 om vurdering av farlighet:

Personer som utøver vold mot andre, kan i noen tilfeller vurderes som farlige. I tillegg til utredning av somatisk og psykisk helse og analyse av hvilke miljøforhold som kan ha betydning for voldelig og farlig utagerende atferd, kan det i disse tilfellene være aktuelt å gjennomføre en farlighetsvurdering. Formålet med farlighetsvurderinger er først og fremst å forebygge farlige voldshandlinger. Helseforetakene har utarbeidet standarder for vurdering av risiko for voldelig atferd. De viktigste utredningsområdene er disse:

- Individuelle, samspillsmessige og sosiale faktorer som er forbundet med økt risiko for vold hos den enkelte.
- Strategier som kan redusere denne risikoen.
- Sikre at de relevante risikostrategiene blir iverksatt og opprettholdt rundt den enkelte.

Vurdering av risiko for vold må dels baseres på en klinisk vurdering på bakgrunn av fagpersonens kompetanse, kunnskap og samlede erfaring vedrørende brukeren. Dels vil det også være mulig å benytte seg av strukturerte kliniske kartleggingsverktøy som helseforetakene har erfaring med. Den samlede vurderingen skal dokumenteres i personens journal. Den vil ha betydning for utforming av tjenestetilbudet, og for vurderingen av om vilkårene for tiltak etter kapittel 9 er oppfylt. Når det gjelder vilkårene i kapittel 9 vil spesialisthelsetjenestens



risikovurdering særlig ha betydning for avgjørelsen av om et tvangstiltak er nødvendig for hindre eller begrense vesentlig skade, og om det kan sies å foreligge en nødsituasjon. Spesialisthelse-tjenestens vurdering vil også ha betydning for om tiltaket kan anses som forholdsmessig.

Kommunen skal legge til rette for at personer med utviklingshemming og deres familier opplever en god overgang til livet som voksen

Overgangen fra skolegang til utdanning, arbeid eller dagaktivitetstilbud krever tverrsektoriell planlegging. Planleggingen må starte tidlig og sees som en prosess. Det kan være nødvendig å starte planleggingen tidlig i tenårene, særlig flytting fra foreldrehjem til eget hjem.

Vurdering av Ringebu kommunes tjenester og tiltak overfor pasienten

Statsforvalteren i Innlandet har ikke gått dypt inn i vurdering av kompetansespørsmålet i denne saken, siden det allerede foreligger et systemtilsyn der det ble avdekket lovbrudd som også omfattet manglende opplæring.⁶ Vi legger til grunn at det som er relevant for kompetanse også knyttet til denne tilsynssaken svares tilfredsstillende ut til Statsforvalteren. Dette gjelder spesielt de momentene som er nevnt i god praksisbeskrivelsen:

- Kunnskap om lovverk
- Selvbestemmelse og medvirkning
- Habilitering og miljøarbeid
- Spesielle krav til helsehjelp til psykisk utviklingshemmede
- Utfordrende atferd

Det er noen av momentene i god praksis-beskrivelsen vi vil peke på. Hyppig kontakt og jevnlig møter med pårørende er et moment som er nevnt. Det er dokumentert kontaktpunkter, samtaler og møter der pasienten og foreldrene var delaktige. Når det gjelder avklaring av pårørendes forventninger, viser disse tydelig en krevende situasjon som etter foreldrenes syn neppe oppfyller god praksis-momentet om god informasjon og god dialog samt at utfordringer og problemer skal tas opp og løses. Foreldrene uttaler at tjenestetilbudet fra psykisk helsetjeneste i kommunen var mangelfullt og ikke i tråd med det de forventet. De hadde lite skriftlig å lene seg på. De mener tilbudet var lite målretta med tanke på pasienten sine behov mht. forutsigbarhet og stabilitet.

På den annen side beskrives det fra kommunens side flere møter, ofte der foreldre/pasient er med, der det nærmest kontinuerlig blir tatt opp hendelser, pasientens tilstand og mulige tiltak. Ofte skjer dette med flere instanser til stede. Det er en utfordring når tjenester og tiltak tross forsøk fra de ulike tjenesteytere ikke treffer helt etter utfordringsbildet. Statsforvalteren ser at det ikke har manglet forsøk på å komme fram til egnede løsninger, men de har som nevnt ikke fungert som ønsket og heller ikke i tide.

Et viktig moment for å yte forsvarlige tjenester er å kartlegge og vurdere pårørendes samlede omsorgsoppgaver, ressurser og belastninger. Momenter som nevnes er totalt omfang av omsorgsoppgaver, psykiske belastninger hos pårørende som følge av situasjonen muligheter for ferie, fritid og mulighet til å forlate hjemmet.

I møte med Statsforvalteren har foreldrene reflektert over at det var en ulempe å bli sett på som ressurssterke pårørende. Statsforvalteren mener dette kan ha vært årsak til at antagelsen om ressurssterke foreldre ble vektlagt for mye i behovsvurderinger fra kommunen og ved tjeneste-/tiltaksdesignen.

⁶ Tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapport 29.04.2020 – vår ref. 2019/21241



Statsforvalteren forventer at man i de aktuelle kommunale tjenestene reflekterer over dette momentet.

Pasienten har en yngre bror og kommunen skal sørge for nødvendig oppfølging av søsken som pårørende og fokusere på at de kan oppleve et annerledes søskenliv enn sine jevnaldrende. Det var i tillegg godt kjent i nærmiljøet at pasienten hadde en utfordrende adferd og opptrådte skremmende. Foreldrene uttaler at situasjonen ble helt uholdbar i perioder. De uttaler at de fikk tilbud om avlastning ved at pasienten angivelig kunne få plass ved Linåkertunet, etter deres oppfatning i skjermet enhet for demente.

Statsforvalteren vurderer at pasienten og de pårørende ikke har fått et samlet tilbud fra Ringebu kommune som er i samsvar med god praksisbeskrivelsen når det gjelder helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Det ble lagt et for stor byrde på foreldrene/familien. Det nevnte avlastningstilbudet kan ikke anses som omsorgsfull eller verdig helsehjelp dersom dette var i eldreomsorgsinstitusjon.

Et godt praksis-krav er at kommunen skal legge til rette for at personer med utviklingshemming og deres familier opplever en god overgang til livet som voksen. Særlig gjelder dette flytting fra foreldrehjem til eget hjem der planleggingen må starte tidlig og sees som en lengre prosess. Kommunen må forholde seg faglig til eventuell uttrykt eller ikke uttrykt skepsis fra den utviklingshemmede selv eller deres omsorgspersoner til at en psykisk utviklingshemmet på et tidspunkt forventes å flytte i egen (bemannet) bolig.

Statsforvalteren har merket seg at det var planlagt egen bolig høsten 2020, altså når pasienten ble 21 år. Vi har merket oss at egen bolig med bemanning ikke ble forsert fra 2. halvår 2019 gitt de hendelsene og opptrinn som da var kjente. Allerede 10.06.2014 påpekte Habiliteringstjenesten utfordringsbildet mtp. omsorgssituasjonen og behov for planlegging av egen bolig og et overgangsregime. Signalet i forbindelse med utskrivningen etter tvangsinnleggelsen var også klar, selv om den kunne oppfattes noe tvetydig mtp. grad av voldsrisiko. Det er verdt å merke seg at potensialet for *voldsutøvelse* ikke var det eneste elementet i den utfordrende adferden.

Om utfordrende adferd heter det i god praksisbeskrivelsen at kommunen skal forebygge utvikling av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. Det forebyggende arbeidet skal starte tidlig og være koordinert. Kommunen må sørge for tilstrekkelig avlastende hjelpetiltak for familien. Det må legges til rette for et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Da situasjonen eskalerte, ble det iverksatt forskjellige tiltak og pasienten ble henvist DPS Lillehammer og fikk også flere tjenester, som støttekontakt og samtaler. Men statsforvalteren finner at det som ble iverksatt ikke hadde den nødvendige effekten, og det skjedde hendelser med ulik alvorlighetsgrad over lang tid uten at risikoen samlet og hver for seg ble tilstrekkelig håndtert tiltaksmessig og samordnet.

Pasienten hadde allerede fått et arbeids-/aktivitetstilbud ved GIAX; den siste tiden med tidsavgrenset 1:1-bemanning pga. den utfordrende adferden. Det som framstår som paradoksalt er at man ikke vurderte sterkere oppfølging personellmessig også utenfor GIAX gitt den utfordrende adferden som tiltok. Det var ikke bare på arbeidsplassen adferden var utfordrende og til stede, det var den også tidvis ellers i lokalmiljøet. Statsforvalteren finner ikke at hensyn til trygghet, også trygghet for publikum fra å bli utsatt for ubehagelige hendelser i nabolaget, har vært noe framtrødende moment i tiltaksvurderingene.

Statsforvalteren legger til grunn at mennesker med nedsatt funksjonsevne også har rett til å bli beskyttet mot å blamere seg selv i det offentlige rom gjennom utfordrende adferd, selv om denne



ikke utgjør noen fare for å skade andre. Dette vil også være et hinder for sosial aksept og integrering i normalbefolkningen.

Håndtering av risikoinformasjonen

Ved gjennomgang av risikoinformasjonen beskrevet i saksforholdet, er det flere steder vist at de samme risikomomentene var meldt fra flere, om enn med nyanseforskjeller med tanke på reell risiko for at tanke skulle følges av handling fra pasientens side. Det framgår av saksforholdet at det var mange tilfeller der den mulige risikoen ikke kunne tolkes ubetydelig, selv om alvorlighetsgraden var langt unna det som skjedde 30.10.2019. Statsforvalteren vurderer at den samlede risikoinformasjonen var av et slikt omfang og art at det kan konkluderes at pasienten før hendelsen befant seg på et for lavt omsorgs- og intervensjonsnivå.■

Statsforvalteren legger til grunn at flere av risikomomentene var kjente i stor grad, men erkjent i varierende grad i de deler av behandlingsapparatet pasienten var i kontakt med før 30.10.2019. Dette innebar at det nok var iverksatt tiltak, men disse var ikke nødvendigvis tilpasset de utfordringene pasienten representerte.

Statsforvalteren legger til grunn at man ikke kan forvente at man på kommunalt nivå har kompetanse til å gjennomføre voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse etter metoder som vanligvis gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Men som omtalt i punktet om god praksis i kommunale tjenester, forventes det at kommunen på selvstendig grunnlag skulle kartlagt voldsrisiko, for å avgjøre om atferden var så bekymringsfull og/eller utfordrende at adekvate tiltak ble satt i verk.⁸

Kommunen skriver selv i sin uttalelse at de kunne vært mer aktive overfor spesialisthelsetjenesten i forhold til vurderinger om vold og trusler. Alt involvert helsepersonell var den siste tiden klar over hva han hadde formidlet om sine voldtanker. Det erkjennes at man støttet seg vel mye på sykehusets vurdering av risiko for voldsutøvelse og at enhet Rus psykiatri i kommunen burde gjennomført sin egen risikoanalyse i fasen etter sykehusinnleggelsen og at dette kanskje kunne bidratt til å forebygge eller avdekke farenivået for den alvorlige hendelsen. En egen selvstendig vurdering ville være basert på den lokalkjennskapet kommunen innehar.

Ringebu kommune vurderer likevel at egen samhandling innad og utad har vært koordinert og helhetlig.

Statsforvalteren vil, når det skal konkluderes på dette punktet, vise til deler av konklusjonen i NOU 2012:14, *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Det heter at det ikke er én årsak alene som kan forklare hendelser, verken for det som sviktet, eller det som fungerte. Kommisjonen mente å ha observert at enkelte grunnleggende forutsetninger var avgjørende for etatenes presentasjoner. Der det sviktet, skyldtes det primært at:

- evnen til å erkjenne risiko var for liten
- evnen til å gjennomføre det man har bestemt seg for, og til å bruke planene man hadde utviklet, var for svak
- evnen til å koordinere og samhandle var mangelfull
- ledelsens evne og vilje til å klargjøre ansvar, etablere mål og treffe tiltak for å oppnå resultater var utilstrekkelig

⁸ Rundskriv IS-10/2015 kap 9 – pkt. 3.5.2 Særlig om vurdering av farlighet



Statsforvalteren i Innlandet mener de samme momentene må tas i bruk også når det skal konkluderes rundt hvordan risikoinformasjonen i forkant av hendelsen 30.10.2019 ble håndtert.

Delkonklusjon – kommunale tjenester

Statsforvalteren i Innlandet er kommet til at helselovgivingen ikke er brutt av Ringebu kommune i denne saken. Men det påpekes flere avvik fra god praksis både når det gjelder samordning og tilrettelegging av tjenester/tiltak til pasienten/pårørende og håndtering av de risikomomentene som forelå i tiden før drapsforsøket. Risikomomentene var kjente for flere involverte tjenester og personer, men samhandlingen for å håndtere den samlede risikoinformasjon var for dårlig.

Allmennlegetjenesten i Ringebu

I dette avsnittet vurderes involveringen av pasientens to fastleger samt LIS-1-legen som undersøkte pasienten etter pågripelsen samlet.

Var fastleges involvering forsvarlig – særlig om samhandling med andre tjenester?

Pasienten behov for koordinerte tjenester besvares ofte ikke godt nok og tjenestene blir ofte fragmenterte, jf. Stortingsmelding nr. 47 om samhandlingsreformen. Samhandling er helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

I denne saken er det en rekke aktører som spiller roller i forhold til pasienten og hans familie. Fastlegen er en av dem. Fastlegen har siste året før hendelsen vært lite kontaktet.

- Det var en konsultasjon i april 2019 som medførte konferering med vakthavende lege på Reinsvoll, utskrivning av beroligende medisin og henvisning til akutt ambulant team for vurdering. Pasienten får vurderingstime 6.5.19 på DPS Lillehammer. Epikrise går til fastlege om medisiner og videre oppfølging fra DPS Lillehammer.
- [REDACTED]
- Vikar for fastlege begynner 01.07.2019
- Første konsultasjon med pasienten 11.10.2019 [REDACTED]
- Ny konsultasjon 15.10.2019 som ble bestilt fra Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll i forbindelse med kortvarig innleggelse der 5-6 dager før. Hva denne bestillingstimen skulle inneholde fremgår ikke av epikriser fra Reinsvoll. Samtale med pasienten bekrefter problematikken i epikrisene.
- Fastlegevikaren deltar på et samarbeidsmøte på DPS 24.10.2019 med pasient, foreldre, psykolog og psykiater. Møtereferat ikke sendt fastlege (og gjenfinnes ikke i papirene fra sykehuset heller). Fastlegen påtar seg oppdrag å bistå pasienten med [REDACTED] Fastlege har i eget notat skissert hvilke tiltak som på møtet ble presentert som igangsatt og planlagt fremover.

For å samhandle må man få kunnskap om at en aktør alene ikke kan håndtere utfordringer rundt pasienten. Den som ser behovet for mer tverrfaglighet må invitere nødvendige faggrupper inn i samarbeidet, opprette individuell plan dersom pasienten ønsker det, og avholde nødvendig antall tverrfaglige møter. Det ble avholdt et ansvarsgruppemøte 02.10.2019 som fastlegen ikke var en del av. Referat har heller ikke gått til fastlegen til orientering. Kriseplanen laget 09.10.2019 er et relativt svakt dokument med få navn og ingen kontaktinfo på de som var nevnt. Fastlegen hadde ingen rolle i dette dokumentet.



Delkonklusjon - fastlege

Vi kan ikke se at det er noen grunnlag for å kritisere fastlegens håndtering av konsultasjoner eller deltagelse i samhandling ut fra ovenstående. Pasienten var ivaretatt både av DPS Lillehammer og av andre kommunale tjenester, og det var så langt Statsforvalteren kan se, ikke etterlyst ytterligere deltagelse fra fastlegen. Fastlegen hadde neppe heller grunn til å tro at pasienten ikke var ivaretatt tilstrekkelig.

LIS-1-legens undersøkelse av pasienten 30.10.2019

Foreldrene har i sin anmodning bedt om vurdering av LIS-1-legens handlinger ved legeundersøkelsen 30.10.2019, og har derfor vurdert denne. [REDACTED]

Politiet framstilte pasienten for en legeundersøkelse etter pågripelsen. Et av klagepunktene er at foreldrene synes det ble tatt for lett på det ved denne undersøkelsen og tatt for lite hensyn til hans psykiske utviklingshemming og aldersmessige funksjonsnivå, dette burde fått konsekvens for soningsforhold.

Statsforvalteren har ikke funnet grunnlag for å åpne tilsynssak mot LIS-1-legen. Det er således ikke innhentet opplysninger fra vedkommende. Statsforvalteren legger til grunn at spørsmålet er tilfredsstillende opplyst i LIS-1-legens journalnotat fra undersøkelsen.

LIS-1-legen hadde svært begrenset erfaring med lignende problemstilling. LIS-1-legen skriver at pasienten var ukjent for ham, kun kjent for fastlegen og kommunal psykiatritjeneste. LIS-1-legen blir gjennom journalen kjent med at pasienten hadde uspesifisert [REDACTED]

[REDACTED] Pasienten forklarte seg også utdypende til LIS-1-legen.

Siden LIS-1-legen, som nevnt ikke kjente til pasienten, og kontaktet psykiater ved akutenheten på Reinsvoll, som nylig hadde vurdert pasienten da han var innlagt der 09.10.-10.10.2019. På bakgrunn av overlegens vurdering ble ikke pasienten vurdert å være akutt psykotisk, og på bakgrunn av det som han tolket å være en fersk og omfattende vurdering av pasientens psykiske tilstand, fant LIS-1-legen at tilstanden ikke oppfylte kriterier for tvungen observasjon i psykiatrien. Overlegen var tydelig på at dette var en politisak og at dersom politijurist ser indikasjon for rettspsykiatrisk vurdering, kan de be om det. LIS-1-legen informerte pasienten om dette, som sa seg enig i vurderingen og motsatte seg ikke å reise med politiet til arresten.

Delkonklusjon LIS-1-lege

Statsforvalteren har med bakgrunn i dette kommet til at LIS-1-legen kompenserte sin manglende kunnskap til pasienten ved å kontakte overlege ved siste behandlingssted som kjente pasienten og hadde diagnostisert ham.

Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern

Var vurderinger/diagnostisering/medisinering og andre behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten v/psykisk helsevern og habiliteringstjenesten forsvarlige og gitt til rett tid?

God praksis for utredning ved mistanke om psykose.

Helsedirektoratet har laget en egen nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.⁹ Utredning av mulig psykoselidelse har flere formål i tillegg til å avklare om det foreligger en primær psykoselidelse, herunder å utelukke andre årsaker til symptomene, avklarer omfang og alvorlighetsgrad av symptomene og funksjonsnivået, kartlegge

⁹ Kilde: IS-1957 - Helsedirektoratet



komorbide lidelser og å følge med på utviklingen av tilstandsbildet for å vurdere behandlingseffekt. Utredningen bør inneholde en grundig anamnese, strukturerte intervjuer rettet både mot psykose-symptomene og for å kartlegge eventuelle komorbide tilstandsbilder. Ved kartlegging av psykose-symptomer skal også omfang av symptomene kartlegges, og i hvilken grad psykosesymptomene påvirker funksjonsnivå. Somatisk undersøkelse skal gjennomføres, både for å avklare om det kan være somatiske årsaker til symptomene og som en del av oppfølgingen ved eventuell oppstart med medikamentell behandling.

Kartlegging av psykosesymptomer

I Norge er PANSS (positive and negative syndrome scale) og SIPS (strukturert intervju for pro-dromal-symptomer) anbefalt brukt. SIPS er det verktøyet som egner seg best for personer der psykose-symptomene ikke er så uttalte, både fordi det kartlegger om det foreligger psykoserisikosyndrom (psykosesymptomer av så kort varighet eller i så lite omfang at det ikke vurderes som over psykose-terskel) og fordi intervjuet inneholder spørsmål der man lettere kan legge inn spørsmål som omhandler basissymptomer/selvforstyrrelsessymptomer som ofte er til stede før eller ved oppstart av en førstegangpsykose.

Ved gjennomføring av PANSS og SIPS er det avgjørende at den som gjennomfører intervjuet er godt kjent med psykoselidelser, samt andre differensialdiagnostiske lidelser. Ved kartlegging av positive psykosesymptomer som for eksempel hørselshallusinasjoner er det viktig at man i tillegg til omfang kartlegger i hvilken grad symptomene påvirker følelser, tanker og atferd. Dette vil gi den viktigste informasjonen om grad av realitetsbrist knyttet til symptomene, for eksempel i hvilken grad personen tillegger en stemme en identitet, mening eller makt.

For noen pasientgrupper, som for eksempel barn og mennesker med psykisk utviklingshemming, kan det være vanskelig å bruke de vanlige diagnoseverktøyene, og man må gjøre tilpasninger slik at man i best mulig grad får innblikk i pasientens følelser og tanker/forestillingsverden. Informasjon fra pårørende eller andre som kjenner pasienten godt er viktig, spesielt for å kartlegge aktuell atferd og atferdsendringer.

Mennesker med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse kan i perioder med mye stress/belastninger utvikle forbigående psykosesymptomer. Noen pasienter kan også ha særinteresser som varer en periode, for så å bli avløst av en ny særinteresse. Noen få pasienter med utviklingsforstyrrelse kan i perioder utvikle omfattende opptatthet av temaer som har et mer bisart preg, og der det er kan være vanskelig å avgjøre om det handler om en særinteresse/»hang up» på et tema, om det er misforståelser og konkret tolkning av ulike situasjoner, eller om det er realitetsbrist og vrangforestillinger. Et verktøy som kan være en hjelp i kartleggingen er PAC (psychopathology in Autism Checklist) som er oversatt til norsk av Nasjonalt kompetansesenter for autisme Oslo Universitetssykehus, i samarbeid med Psykiatrisk avdeling for utviklingshemming og autisme.

Utredning av psykisk lidelse hos pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelse (autisme) er en vanskelig differensialdiagnostisk oppgave, og bør gjøres av fagpersoner med en grunnleggende forståelse av hva som kjennetegner de ulike tilstandene og hva som skiller dem.


God praksis for bruk av antipsykotika

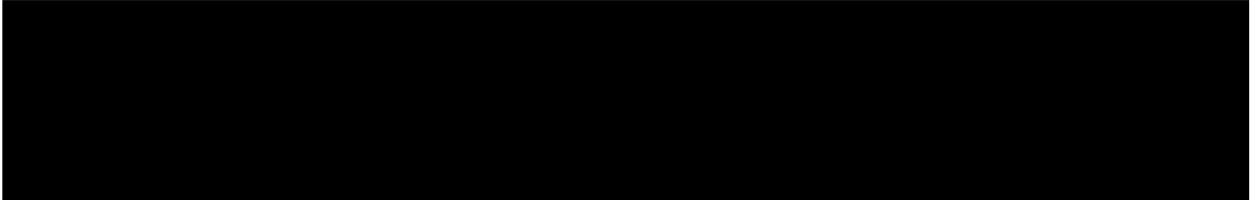
Antipsykotika har som hovedregel psykose og stemningslidelse som indikasjon. Når det gjelder psykose så anbefales det i nasjonal faglig retningslinje for psykoselidelser at man ikke forskriver antipsykotika til pasienter med symptomer som er under psykoseterskel (eks. sporadiske hørselshallusinasjoner som i svært liten grad atferd, uten samtidig realitetsbrist), og som tilsier at pasienten er i en psykoserisikosyndrom gruppe/UHR (ultra high risk)/ARM (at risk mental state). Dersom man vurderer det som riktig å forskrive antipsykotika utenfor godkjent indikasjon, er det viktig at



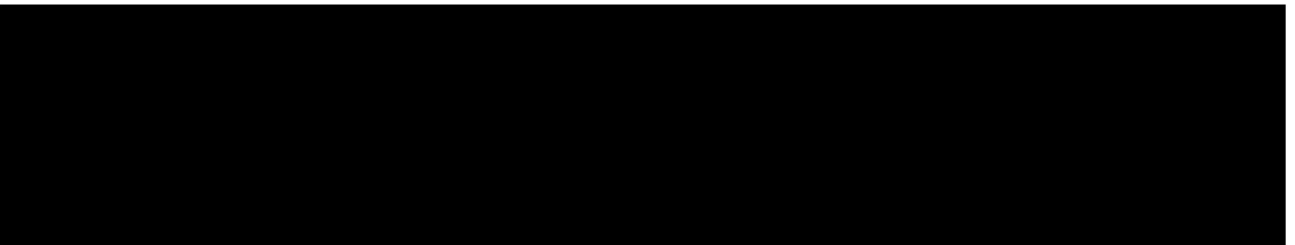
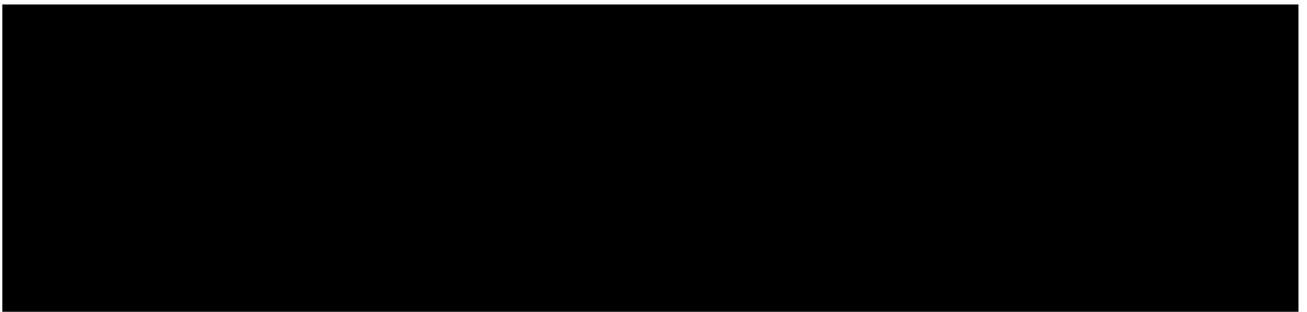
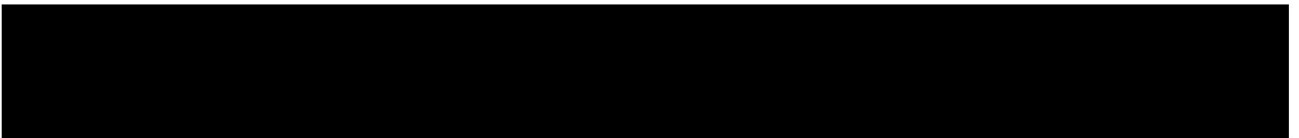
begrunnelsen for dette er dokumentert i journal. Bruk utenfor godkjent indikasjon er som regel knyttet til urotilstander og søvnevansker.

Vurdering av DPS Lillehammer

Ut fra gjennomlesing av journal fremkommer det at man i mai 2109 var usikker på hva pasientens  representerte.



Kartleggingen og utredningen av mulig psykoseutvikling ble gjort i henhold til god praksis.



Psykiatrisk sykepleier reiste på flere hjemmebesøk, noe som vurderes som positivt med tanke på kontakt med pasienten og muligheten for å vurdere ham. DPS hadde i tillegg jevnlig kontakt og dialog med foreldrene.

Voldsrisiko var ikke en aktuell problemstilling ved henvisning og oppstart ved DPS Lillehammer. Pasienten hadde ingen tidligere historie med vold, og det var ingen aktuell bekymring om dette på dette tidspunktet. I journalnotat den 07.05.19 står det under voldsrisiko: «risikoen for vold er lav. Pas er rolig og har aldri vært utagerende». Det fremkommer ingen ytterligere kortfattet



voldsrisikovurdering i journalen fra DPS, utover at man under «vurdering» den 11.09.19 skriver «viser ingen sinne, hat eller aggresjon»

Når det gjelder klagers anførsel om at de fikk for mye ansvar for administreringen av pasientens medikasjon, så ber Statsforvalteren DPS Lillehammer om å merke seg dette. Det fremkommer ikke av journaldokumentasjonen at pårørende på noe tidspunkt har gitt uttrykk for at de syns de fikk et for stort ansvar for dette, eller at de hadde spørsmål eller opplevde uklarheter i den informasjonen de fikk om pasientens medikasjon. Pasienten brukte på det meste to ulike psykofarmaka som faste medisiner, [redacted]. Hans medikasjon var i så måte ikke veldig kompleks, men det ble gjort en del endringer av dosering i behandlingsforløpet som kan ha vært forvirrende for både pasient og pårørende.

Delkonklusjon Sykehuset Innlandet HF, DPS Lillehammer

Statsforvalteren finner ikke at Sykehuset Innlandet HF, DPS Lillehammer, har brutt helselovgivningen. Statsforvalteren ber likevel DPS Lillehammer om å merke seg foreldrenes anførsel om at de opplevde at de fikk for mye ansvar for sønnens medisiner, og at man tar med seg dette i det videre kvalitetsforbedrende arbeidet knyttet til pårørendearbeid.

God praksis for voldsrisikovurdering - spesialisthelsetjenesten.

I Nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning fra Helsedirektoratet anbefales det at hos pasienter der det er opplysninger, eller andre indikasjoner på, at pasienten har utøvd vold mot andre, så bør behandler gjennomføre en samtale/kartlegging. Som verktøy for en innledende kartlegging av voldsrisiko anbefaler Helsedirektoratet V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekkliste – 10) for å avklare om pasienten bør gjennomgå en fullstendig voldsrisikovurdering. BVC (Brøset Violence Checklist) egner seg godt for vurdering av risiko for nært forestående voldsatferd hos inneliggende pasienter over 18 år.

Ved behov for en mer omfattende risikoutredning, anbefales HCR-20V3 og START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) brukt som verktøy for en grundig og strukturert utredning. En vurdering ved bruk av HCR-20V3 skal munne ut i en samlet konklusjon om risiko, samt planer og strategier for risikohåndtering. START brukes til gjentatte målinger over tid, og skal munne ut i en kortfattet risiko- og behandlingsvurdering.

For pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som fremviser voldelig atferd, kan faktorer som er spesifikke for grunntilstanden være en del av bildet. Dette er faktorer som manglende sosial forståelse, repetitiv atferd, lav evne til å forstå konsekvenser av egen atferd og hvordan atferden opplevs av andre.

Verktøy for voldsrisikovurdering kan ikke forventes å fastslå fremtidig vold eller kriminalitet på individnivå, men kan bidra til en plan for risikohåndtering i forebyggende øyemed.

Vurdering av enhet for øyeblikkelig hjelp på Reinsvoll

Pasienten ble innlagt av legevakslege til tvungen observasjon etter § 3-2 i psykisk helsevernloven kvelden den 08.10.2019 ved enhet for øyeblikkelig hjelp på Reinsvoll. Bakgrunnen for innleggelsen var at pasienten [redacted]

[redacted] med familien fordi politiet hadde fått bekymringsmelding om merkelig atferd hos pasienten.

Ved innkomst blir det notert om pasienten har tidligere historie med vold og om pasienten har tilgang til våpen. Voldsrisikoen ble vurdert som lav under oppholdet i sengeposten, men at volds-



risikoen kunne øke ved stress. Pasienten benektet [REDACTED]

Dagen etter innleggelsen ringte sykepleier pasientens fastlege for å avtale et møte, men da fastlegen ikke var til stede ga sykepleier beskjed om at fastlegen ringer tilbake til henne 11.10.19.

Overlegen gjør en paragrafvurdering 09.10.19, der det blir konkludert med at tvungen observasjon ikke etableres. [REDACTED]

Ut fra dette vurderes ikke pasienten til å ha en psykoselidelse/alvorlig sinnslidelse, jf. hovedkriteriet for innleggelse under tvang. Pasientens sære interesser og avvikende atferd blir vurdert som forklart av hans grunntilstand med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og psykisk utviklingshemming. Det blir videre vurdert at en viktig driver for hans avvikende ideer og atferd er et ønske om oppmerksomhet fra omgivelsene.

Voldsrisikoen ble vurdert som lav i nærmeste fremtid, og det ble skrevet et eget notat med voldsrisikovurdering av overlege [REDACTED]

[REDACTED] Pasienten ble vurdert til å ikke ha en klar urealisme for fremtiden og at han samarbeidet greit. Det står videre at pasienten fremviste noe, men ingen høy grad av mistenksomhet overfor andre, og at risikoen var lav for belastende stressituasjoner i nær fremtid.

Pasientens medisinerer blir vurdert under innleggelsen, der man ikke finner grunn til å gjøre endringer i pasientens medikasjon.

Lege [REDACTED] ringte pasientens mor dagen etter innleggelsen for å informere om de vurderinger som er gjort. Det ble vurdert som nødvendig å informere mor fordi pasienten selv ikke evner å videreformidle nødvendig informasjon til familien

Pasienten ble informert om at politiet blir informert om utskrivelsen.



Ved utskrivelse var det avtalt time ved DPS Lillehammer 11.10.19, time hos fastlege 15.10.19 og det var utarbeidet en kortfattet kriseplan. Det står videre i journalen at det er planlagt et videre samarbeid mellom DPS og habiliteringstjenesten. Psykiatritjenesten i kommunen, [REDACTED] blir informert om utskrivelsen.

Vurdering voldsrisiko

Som en del av voldsrisikovurderingen ble alle ti risikofaktorer i V-RISK kartlagt og vurdert. Ut fra dette ble voldsrisikoen vurdert som lav i nærmeste fremtid. Voldsrisikoen ble her kartlagt og vurdert i henhold til god praksis. At man nå i ettertid ser at risikoen for vold sannsynligvis var høyere enn først antatt, betyr ikke at den vurderingen som ble gjort før utskrivelse var forsvarlig. Kartleggingen og vurderingen som ble gjort, var gjort på grunnlag av den informasjonen man hadde på det tidspunktet. Under innleggelsen kartla og vurderte sykehuset om pasienten hadde psykose, i tråd med god praksis. Da man ikke fant at pasienten hadde en psykose ble det ikke etablert tvungent psykisk helsevern, i tråd med lovverket. Selvmordsrisikovurdering ble gjort. Medikamentell vurdering ble gjort. Man kontaktet pårørende, fastlege og psyk helseteam i kommunen. Pasienten hadde «time i hånda» til både DPS Lillehammer (dagen etter utskrivelse) og til fastlegen.

Delkonklusjon

Statsforvalterens konklusjon er at helselovgivningen ikke er brutt ved Sykehuset Innlandet HF Enhet for øyeblikkelig hjelp på Reinsvoll. Da pasienten ikke fylte kriteriene i psykisk helsevernloven § 3-2 for tilbakehold ved innleggelsen ved Enhet for øyeblikkelig hjelp på Reinsvoll, var det grunnlag for å skrive ut pasienten dagen etter innleggelsen.

Vurdering av Sykehuset Innlandet HF Habiliteringstjenesten for voksne

I epikrise fra habiliteringstjenesten fra 2014 er det beskrevet at [REDACTED]

[REDACTED] Det står videre at pasienten krever mye oppmerksomhet og oppfølging fra omgivelsene, og at familiens totale belastning tidvis er stor. Det ble derfor anbefalt med avlastning fra kommunen, og at kommunen etablerer en kommunal avlastningsleilighet der pasienten samtidig får trening i å bo for seg selv.

Statsforvalteren finner at man fra habiliteringstjenestens side har gitt adekvate tilrådinger.

Det bemerkes likevel at pasienten ble henvist habiliteringstjenesten 31.05.2019 fra DPS Lillehammer. Første kontakt var planlagt til 01.10.2019, men habiliteringstjenesten tok kontakt 25.09.2019 og formidlet at de kunne gi veiledning til ansatt i kommunen ved behov. Det tok lang tid (4 måneder) fra habiliteringstjenesten mottok henvisning til første kontakt med pasienten ble satt opp.

Delkonklusjon

Statsforvalteren finner at man fra habiliteringstjenestens side har gitt adekvate tilrådinger til kommunen. Statsforvalteren påpeker at det tok for lang tid fra henvisning ble sendt til det ble gitt respons på denne.

Tilbakemeldingsoppdrag [REDACTED]

Drapsforsøket i Ringebru 30.10.2019 var en alvorlig hendelse og forhistorien hadde mye kjent risiko knyttet til seg. Det var mange aktører som kjente til risikoen som sammen kunne vurdert og utprøvd et spekter av virkemidler for å gripe inn. Dette krever at alle de som var involvert, innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten, sammen går gjennom det som skjedde for å hindre at tilsvarende



skal skje igjen. Denne prosessen innebærer å avdekke og dokumentere områder med risiko, iverksette risikoreducerende tiltak, teste dem ut og iverksette effektive tiltak, jf. de forventninger myndighetene har til virksomheter som yter helsehjelp, gitt i forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene.

De ansvarlige virksomheter bes med bakgrunn i ovenstående gå gjennom saken og vurdere hvordan man kan redusere framtidig risiko for svikt i tjenester til psykisk utviklingshemmede med alvorlige adferdsutfordringer.

Samlet konklusjon

Statsforvalteren i Innlandet er kommet til at helselovgivingen ikke er brutt i denne saken.

Det påpekes likevel at tjenester og tiltak fra Ringeby kommune avvek fra god praksis når det gjelder samordning og tilrettelegging av tjenester og tiltak til pasienten/pårørende. Dette gjelder også håndteringen av risikomomentene som forelå i tiden før drapsforsøket. Risikomomentene var kjente for flere involverte tjenester og personer, men samhandlingen for å håndtere den samlede risikoinformasjon var for dårlig, og tiltakene var ikke tilstrekkelig egnet til å møte utfordringene.

Statsforvalteren ber DPS Lillehammer om å merke seg at foreldrene til pasienten opplevde at de fikk for mye ansvar for sønnens medisinerings, og at man tar med seg dette i det videre kvalitetsforbedrende arbeidet knyttet til pårørendearbeid.

Siden drapsforsøket var en alvorlig hendelse, ber Statsforvalteren om tilbakemelding fra de involverte virksomhetene om hvordan de har vurdert hvordan man kan redusere framtidig risiko for svikt i tjenester til psykisk utviklingshemmede med alvorlige adferdsutfordringer i sine styringssystemer.

Denne avgjørelsen er ikke et enkeltvedtak etter forvaltningsloven og kan derfor ikke påklages jf. forvaltningsloven § 28.

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)
fylkeslege

Tony Heyerdahl
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



Vedlegg

Saksbehandlingsprosessen

Nedenfor gjør vi rede for saksgangen og informasjonsinnhenting i saken.

- Statsforvalteren mottok anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4, fra gjerningspersonens foreldre 13.11.2019 og 18.11.2019
- Statsforvalteren i Innlandet mottok 05.11.2019 varselsak etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3-a (varsel om alvorlig hendelse) fra Statens helsetilsyn etter at Sykehuset innlandet hadde sendt varsel om hendelsen. Statsforvalteren ble anmodet av Statens helsetilsyn om å vurdere om saken skulle undersøkes nærmere.
- Ringebu kommune, Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern og fastlege ved Ringebu legesenter ble anmodet om opplysninger hhv. 18.11.2019 og 29.11.2019. Sykehusets habiliteringstjeneste for voksne ble anmodet om opplysninger 06.01.2020.
- Ringebu kommune svarte 29.11.2019, Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern svarte 05.12.2019, habiliteringstjenesten for voksne 29.01.2020. Ringebu legesenter svarte 06.12.2019.
- Det ble bedt om opplysninger fra Lillehammer interkommunale legevakt 18.11.2019 – som svarte 04.12.2019
- Innlandet politidistrikt ble bedt om opplysninger 06.01.20 og 31.08, svar kom 10.01.2020 og 31.08.2020.
- Det ble bedt om opplysninger fra St. Olavs hospital, Trondheim, 02.09.2020 – svar kom 02.09.2020.
- Dokumentasjon ble sendt klagerne til kontradiksjon 28.08.2020. Det er mottatt merknader og informasjon fra foreldrene 25.11.2019, 19.02.2020, 13.08.2020, 17.08.2020, 03.09.2020, 04.09.2020, 20.10.2020 og 04.02.2021.
- Det er framlagt fullmakt fra pasient/verge til foreldrene om innsyn i dokumentasjonen i saken samt fullmakt til å fremme av klagesak etter prl. § 7-4 27.08.2020.
- Statsforvalteren mottok kopi av dom 13.10.2020. Statsforvalteren har valgt å avvente avgjørelse i saken til rettskraftig dom forelå.
- Norsk pasientskadeerstatning ba 17.03.2021 om opplysninger/avgjørelse i saken etter at søknad om erstatninger kommet fra pasienten