



SYKEHUSET INNLANDET HF  
Postboks 104  
2381 BRUMUNDDAL

Saksbehandler, innvalgstelefon

Tony Heyerdahl, 61 26 61 07

**Avgjørelse i tilsynssak – påpekt brudd på helselovgivingen - Pasient: [REDACTED]**  
[REDACTED] d. 05 08 2019

**Sammendrag**

Dette dokumentet gir en samlet framstilling av avgjørelsen av tilsynssaken som ble opprettet etter at en psykisk syk person ble drept av politiet etter at de var anmodet om bistand fra helsetjenesten. Statsforvalteren åpnet tilsynssak mot Sykehuset Innlandet HF og pasientens fastlege.

Statsforvalteren er kommet til at helsepersonellet ikke brøt helselovgivingen, da de ba politiet om bistand 05.08.2019 for å kunne bringe pasienten til lege for å få undersøkt pasienten og vurdert behov for nødvendig akutt helsehjelp eller tvungen helsehjelp.

Statsforvalteren i Innlandet er kommet til at fastlegens manglende aktive oppfølging av informasjonen om pasientens mulige psykoselidelse, var avvik fra god praksis, men ikke brudd på helsepersonelloven § 4 siden spesialisthelsetjenesten hadde konkludert med avslutning.

Videre er Statsforvalteren i Innlandet kommet til at den mangelfulle oppfølgingen av mulig psykose-tilstand hos pasienten, var et markant avvik fra god praksis, og brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

**Innledning og saksgang**

Daværende Fylkesmannen i Innlandet besluttet 21.08.2019 å undersøke bakenforliggende årsaker til hendelsen på bakgrunn av opplysninger i media om at [REDACTED] (pasienten) hadde blitt skutt av politiet under en politiaksjon i Gran kommune 05.08.2019. Pasienten døde av skuddskader under aksjonen. Det framkom i medias dekning av saken at den drepte hadde psykisk sykdom og at det initiale oppdraget var iverksatt etter bekymringsmelding til AMK fra pasientens nabo om avvikende adferd hos pasienten.

Det kom senere anmodning om vurdering av mulig brudd på helselovgivingen fra [REDACTED], [REDACTED].

Statsforvalteren har tatt saken opp til behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 og



§ 4 i lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. I henhold til disse bestemmelsene skal Statsforvalteren føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og bl.a. foreta en vurdering av om det foreligger brudd på en eller flere av bestemmelsene i helselovgivningen (kalt pliktbrudd).

Følgende dokumenter danner grunnlaget for Statsforvalterens vurderinger:

<b>Dokument</b>	<b>Dokumentdato</b>
Bedt om opplysninger etter alvorlig hendelse – Gran kommune	21.08.2019
Bedt om opplysninger etter alvorlig hendelse – Jaren helsesenter	21.08.2019
Anmodning om opplysninger etter alvorlig hendelse – Sykehuset Innlandet Divisjon prehospitale tjenester	21.08.2019
Tilbakemelding fra Gran kommune	06.09.2019
Dokumentasjon fra Sykehuset Innlandet HF	17.09.2019
Dokumentasjon fra Jaren helsesenter	17.08.2019
Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd fra etterlatt	07.10.2019
Lydfil fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon prehospitale tjenester	14.10.2019
Åpning av tilsynssak etter anmodning etter prl. § 7-4 – Sykehuset Innlandet HF	17.10.2019
Åpning av tilsynssak etter anmodning – pasientens fastlege/Jaren legesenter	17.10.2019
Dokumentasjon fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern	28.10.2019
Oversending av dokumentasjon for kontradiksjon til etterlatt	03.12.2019
Påminnelse om uttaleretten for helsepersonell under tilsyn – fastlegen	05.12.2019
Uttalelse fra fastlege	02.01.2020
Anmodning om innsyn i politiets dokumentasjon i saken – Spesialenheten for politisaker	28.04.2020
Dokumentasjon fra Spesialenheten for politisaker – delvis innsyn	01.07.2020
Innsyn i deler av saksopplysninger til kommuneoverlegen i Gran etter fullmakt fra etterlatt	02.11.2020

Saken anses tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven § 17. Vi beklager på det sterkeste den svært lange saksbehandlingstiden.

### **Saksforholdet Statsforvalteren legger til grunn**

I saksforholdet presenteres relevante utdrag fra journaler, brev, epikriser, uttalelser og politiets dokumentasjon, mottatt fra de instanser/personer pasienten hadde kontakt med siste tiden før hendelsen 05.08.2019. Tilsynssaken avgrenses til vurderinger av Gran kommunes involvering, helsehjelpen fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern og Divisjon prehospitale tjenester, samt fastleges involvering før hendelsen. Statsforvalteren har valgt å lage en samlet framstilling, da vi legger til grunn at opplysningene i hovedsak er kjente for de involverte.

#### *Uttalelse fra Gran kommune 06.09.2019*

Avdøde mottok ingen tjenester eller tiltak fra kommunens helse- og omsorgstjenester, med unntak av sporadisk kontakt med fastlege og legevakt. Kommuneoverlegen hadde ikke hatt noen innbefatning med saken, hverken tidligere behandling eller hendelsesdagen. Til uttalelsen var det vedlagt en redegjørelse for kontakten kommunens kriseteam hadde hatt med familien i etterkant av hendelsen.

Med bakgrunn i uttalelsen fra kommunen er det ikke grunnlag for videre vurdering av om det kan påpekes svikt i tjenester/tiltak i kommunen, da pasienten var ukjent for de relevante helse- og omsorgstjenestene med unntak av fastlege.



#### *Dokumentasjon fra Jaren legesenter 17.09.2019*

Fra Jaren legesenter følger kopi av journalen til pasienten fra 29.03.1991 til 08.08.2019. Den 05.08.2019 er det nedtegnelser som omhandler den aktuelle hendelsen der det fra AMK ber om at pasienten bringes til Jaren legesenter for undersøkelse. Førrige nedtegnelse er fra 2017 da det kom epikrise fra DPS Hadeland, som medførte at fastlegen forges forsøkte å få kontakt med pasienten. Deretter er det tidsspenn tilbake til 2005 som gjelder en somatisk tilstand. I juni 2004 beskrives det i flere nedtegnelser pasientens psykiske tilstand.

#### *Uttalelse fra fastlege 02.01.2020*

Legen begynte som fastlege på Jaren legesenter sommeren 2005. Han har hatt lite kontakt med pasienten, som journalen viser. [REDACTED] Fastlegen forsøkte å få oppmerksomhet fra pasienten etter legevaktkonsultasjon i 2017, bl.a. ved skriftlig tildeling av legetime.

Det framgår at Jaren legesenter ikke hadde fått andre bekymringsmeldinger inntil 05.08.2019 fra AMK, heller ikke fra [REDACTED]

#### *Dokumentasjon fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon prehospitaltjenester 17.09.2019*

Denne beskriver hendelsesforløpet i form av en tidslinje, lydlogg fra flere samtaler fra AMK, aksjonslogg fra 05.08.2019 og ambulanselog, uttalelse fra involvert ambulanspersonell [REDACTED]

#### *Lydfiler fra AMK Innlandet*

Forsendelsen inneholder 16 samtaler:

- 02.02.2019 – innringing av bekymringsmelding fra slektning av pasienten til AMK
- 02.02.2019 – AMK varsler legevakt
- 02.02.2019 – AMK varsler politi – bistand
- 02.02.2019 – politiet varsler AMK om avsluttet oppdrag
- 05.08.2019 – telefon fra pasientens nabo
- 05.08.2019 – AMK varsler fastlege og politi
- 05.08.2019 – AMK varsler ambulanse
- 05.08.2019 – politiet konfererer med AMK
- 05.08.2019 – ambulanspersonell konfererer med AMK
- 05.08.2019 – ambulanspersonell informerer AMK om motstand fra pasient – politiet bevæpner seg
- 05.08.2019 – AMK konfererer med legekantor – ber om at lege informeres om situasjonen og ønske om undersøkelse av lege
- 05.08.2019 – AMK informeres om at politiet får forsterkning
- 05.08.2019 – AMK informeres om at man lurer på om pasienten er psykotisk igjen og må ha det forferdelig, men kan ha våpen
- 05.08.2019 – AMK kontakter oppdragsleder – politiet avventer forhandler fra politiet i Elverum. Legger fram en plan. Trenger ambulanse på stedet til aksjonen er over
- 05.08.2019 – Ambulanse spør om telefonnummer til bror. Får beskjed om at ambulansen skal være der hele tiden.
- 05.05.2019 – AMK informerer legesenter om situasjonen

#### *Dokumentasjon fra Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern 28.10.2019*

Tilsendt journalkopi viser at pasienten var innlagt ved [REDACTED] behandling, [REDACTED]. Han ble innlagt [REDACTED]



[REDACTED] 2004. Videre ble pasienten henvist fra legevakt til DPS Gjøvik, psykiatrisk poliklinikk Gran, Akutt ambulant team 02.07.2017. Epikrise ble sendt pasientens fastlege 10.07.2017. Denne viser at det ikke var noen aktiv behandling.

Relevant innhold fra sykehusets dokumentasjon er gjengitt i hendelsesforløpet som legges til grunn i saken.

*Hendelsesforløpet som legges til grunn i saken – spesialisthelsetjenesten og fastlege*

I pasientjournalen hos fastlegen er det beskrevet at pasienten i 2004 fikk en psykosediagnose. Det fremkommer videre i pasientjournalen hos fastlegen at pasienten i 2004 [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Pasienten ble henvist til DPS fra Gjøvik legevakt i juli 2017. Bakgrunnen for kontakten med legevakten var at politiet fremstilte pasienten for en vurdering etter at han brant bål i hagen. [REDACTED]

[REDACTED]

Ved henvisningstidspunktet i 2017 til DPS var det informasjon tilgjengelig i pasientjournalen i Sykehuset Innlandet, som beskrev [REDACTED]

[REDACTED] Henviser ønsket at DPS vurderte om pasienten hadde en psykotisk tilstand [REDACTED] DPS ringte pasienten flere ganger, uten å få svar. De reiste også på et hjemmebesøk, der pasienten ikke slapp dem inn og gjorde tydelige armbevegelser i vinduet om at han ville de skulle dra derfra.

Det heter avslutningsvis fra DPS:

Vi la igjen et brev med tilbud om time på poliklinikken dagen etter 04. juli. Han tok ikke kontakt, og møtte heller ikke opp til timen. Det ble sendt nytt brev med tilbud om time en uke etterpå, 10. juli, men han har da heller ikke kommet, og heller ikke tatt kontakt. Han avsluttes derfor ved poliklinikken da han tydelig ikke ønsker kontakt.

**De sentrale vurderingstemaene saken reiser**

Vurderingene i saken avgrenses til:

1. Var helsepersonellens anmodning om bistand fra politiet 05.08.2019 innenfor det regelverk som gjelder for samarbeid mellom politi og helsetjenesten?



2. Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp av Sykehuset Innlandet HF og fastlegen i årene før hendelsen 5.8.2019?

### **Aktuelt regelverk**

*Om helsepersonellets anmodning om bistand fra politiet*

Helsepersonell skal ifølge helsepersonelloven § 31 varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

Samarbeid og samhandling mellom helsetjenesten og politiet er i hovedsak beskrevet i *Om Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid*, Helsedirektoratets rundskriv IS-5/2012.

Både helsetjenesten og politiet har forpliktelser overfor personer som har behov for helsetjenester eller det er mistanke om et slikt behov. Det følger av helsepersonelloven § 7 (øyeblikkelig hjelp) at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Det følger av politiloven § 12 (hjelp til syke m .v.) at politiet skal hjelpe eller sørge for helsehjelp til syke personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, når ingen pårørende eller andre ansvarlige er til stede og kan ta seg av dem. Det følger av politiloven § 2 nr. 5 at politiet på anmodning skal yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane.

*Om helsehjelpen til pasienten før hendelsen var forsvarlig*

#### *Krav til spesialisthelsetjenesten*

Forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesten framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forsvarlighetskravet gjelder all spesialisthelsetjeneste, herunder de regionale helseforetak, helseforetakene og private tjenesteytere. Innholdet i forsvarlighetskravet vil variere ut fra forhold til 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.

#### *Kravene til forsvarlig helsehjelp for helsepersonell*

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. 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 lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. 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.

Fastlegens listeansvar skal dekke alle allmennlegens oppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen jf. fastlegeforskriften § 10. I samme forskrift er det nedfelt at en fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Ansvaret forutsetter at fastlegen har kunnskap om behovet og kunnskap om at listeinnbyggeren ikke søker helsehjelp selv. Det stilles ikke krav om at fastlegen skal oppsøke annen informasjon enn den som til enhver tid finnes i legens journalsystem.

#### 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 etterleves. Kravet gjelder både for spesialisthelsetjenesten og for helsetjenesten som ytes i kommunen. 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.

#### **Statsforvalterens vurderinger**

*Tema 1 - Var helsepersonellens anmodning om bistand fra politiet 05.08.2019 innenfor det regelverk som gjelder for samarbeid mellom politi og helsetjenesten?*

##### Delkonklusjon

Statsforvalteren er kommet til at helsepersonellet ikke avvek fra hva som er beskrevet som norm, jf. helsepersonelloven § 7 og Helsedirektoratets rundskriv IS-5/2012 da de ba politiet om bistand 05.08.2019 for å kunne bringe pasienten til lege for å undersøke pasienten og vurdere behov for nødvendig akutt helsehjelp eller tvungen helsehjelp.

*Tema 2 - Var fastlegens og spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern sin helsehjelp til pasienten før hendelsen forsvarlig?*

##### Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern

##### Norm/god praksis på området

God praksis for oppfølging av pasienter med en psykoselidelse. Deler av denne gjelder også fastlegen. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957) fra 2013, beskriver god praksis for behandling, og samtalerterapi, familie-samarbeid og medikamentell behandling bør inngå som en del av behandlingstilbudet.

Psykoselidelser består av flere psykosediagnoser, der en av de alvorligste er schizofreni. Andre



psykoselidelser er blant annet vrangforestillingslidelse, akutte og forbigående psykoser og rusutløste psykoser.

Ved rusutløste psykoser er psykosesymptomene framkalt av den relativt umiddelbare effekten av det aktuelle rusmiddel, og oppstår vanligvis noen timer eller dager i etterkant av inntak. I klinisk praksis kan det være vanskelig å skille mellom rusutløste psykoser og primærpsykose hos pasienter med samtidig rusmiddelbruk, ettersom rusmiddelbruk og psykosesymptomer ofte opptrer samtidig. Det er en glidende overgang mellom rusutløste psykoser og primærpsykoser, og god praksis vil uansett være å tilby pasienten behandling og oppfølging for aktuelle psykosesymptomer uavhengig av årsak.

Personer med psykoser bruker i større grad illegale rusmidler og alkohol enn normalpopulasjonen, og samtidig rusmiddelbruk har en negativ effekt på prognosen. Samtidig rusmiddelbruk øker også risikoen for voldsbruk. Ved behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales det å ha samtidig fokus på både rus og psykose.

Tilbudet om kontakt med behandler i spesialisthelsetjenesten over lang tid bør vedvare så lenge pasienten fortsatt har symptomer som krever behandling av spesialist. For personer med langvarige og alvorlige psykoselidelser kan det være behov for tjenester fra hjelpeapparatet store deler av livet. Målene med tiltakene bør i størst mulig grad rettes mot å bedre fungeringsevne og gjenvinne tapte ferdigheter.

Ensomhet er ofte fremtredende hos personer med alvorlig psykisk lidelse, og nære relasjoner og godt nettverk kan både bidra til å forebygge psykiske problemer og være til god hjelp og støtte når problemer har oppstått. Kartlegging av nettverk og nettverksintervensjoner er derfor en viktig del av et helhetlig oppfølgingsarbeid. Kommunen bør tilrettelegge for meningsfylte aktiviteter for pasienter med alvorlige psykoselidelser.

Effekten av behandlingstiltak bør vurderes regelmessig i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Personer med alvorlige psykoselidelser kan ha problemer med å skaffe seg bolig, og kan ha behov for hjelp i boligen. Tiltak knyttet til arbeid bør være en sentral del av behandlings- og oppfølgingsstilbudet, og arbeidstrening eller støtte på arbeidsplassen er aktuelle tilnærminger.

Fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å oppdage, behandle og følge opp pasienter med psykose og fare for psykoseutvikling, og er en sentral «døråpner» til andre tjenester og ytelser. Fastlegen er en lett tilgjengelig tjeneste, men for personer med psykoselidelser kan likevel terskelen være for høy. Personer med psykoselidelser kan ha utfordringer knyttet til å selv ta kontakt med fastlegen, og det er viktig at fastlegen har en aktiv holdning til pasienter med kjent eller mistenkt psykoselidelse.

Tverrfaglig samarbeid er en viktig del av fastlegens arbeid, og det er vesentlig at fastlegen er med å vurdere behov for tiltak som sikrer at pasienten får et helhetlig tilbud.

#### *Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.*

Helsehjelp skal som hovedregel gjennomføres på frivillig grunnlag, og bruk av tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige. Målet med bruk av tvang må være å hindre skade, gi tilgang til adekvat behandling og bidra til at den enkelte gjenvinner kontroll over eget liv.

For enkelte pasienter kan helsetilstanden ha en slik karakter at det er nødvendig med vurdering og/eller behandling på tvers av pasientens eget ønske. Innleggelse i en periode inntil tilstanden er avklart og stabilisert kan være aktuelt, eventuelt også etter psykisk helsevernloven § 3-2 og § 3-3.



Vilkår for vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern og vilkår for vedtak om slike inngrep, fremgår av psykisk helsevernloven kapittel 3. For tvungen observasjon stilles blant annet krav til at det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 4-3. For tvungent psykisk helsevern stilles det blant annet krav om at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre enten at utsikten til bedring av helsetilstanden til pasienten reduseres i betydelig grad, eller det er stor sannsynlighet for at pasientens helsetilstand forverres vesentlig uten slik behandling, eller at pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Vilråene om-ales gjerne som behandlings- og farekriteriet.

#### *God praksis for vurdering av nyhenvist pasient med spørsmål om psykose.*

Prioriteringsveilederen anbefaler fire eller to ukers frist for behandlingsstart for pasienter henvist med spørsmål om henholdsvis forverring av symptomer eller alvorlig forverring av symptomer. Tidsfristene gjenspeiler viktigheten av å komme tidlig til for å avdekke og behandle en forverring av en psykosetilstand.

Når det i henvisningen er beskrevet pågående psykosesymptomer i form av vrangforestillinger, samt bedt om en vurdering av om pasienten har en aktuell psykosetilstand, så følger det av dette at DPS har et ansvar for å gjøre en slik vurdering av pasienten. Psykoselidelser er en av de mest alvorlige tilstandsbildene innen psykiatrien, både når det gjelder funksjonstap, lidelsestrykk og økt dødelighet. Psykoselidelser er derfor et av tilstandsbildene som bør prioriteres høyt med tanke på behandling og oppfølging.

Dersom pasienten motsetter seg all kontakt med helsevesenet og det er grunn til å mistenke en pågående psykosetilstand, så vil god praksis være å vurdere om det er nødvendig med bruk av tvang, ved eventuelt å henvise pasienten til tvungen observasjon etter § 3-2 i psykisk helsevernloven. Bruk av tvungen observasjon kan i slike tilfeller være et aktuelt tiltak for å avklare om pasienten har en behandlingstrengende alvorlig psykoselidelse, samt for å gjøre en vurdering av pasientens samtykkekompetanse før selve vedtaket om tvungen observasjon eventuelt fattes inne på sykehuset. Dersom man etter en slik observasjon av pasienten kommer til at vedkommende har en alvorlig psykoselidelse og mangler samtykkekompetanse, så kan det eventuelt fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern både med eller uten døgninnleggelse, og dermed sikre adekvat behandling og oppfølging av pasientens psykoselidelse.

Dersom man i en slik situasjon unnlater å vurdere bruk av tvang, så vil det kunne føre til at pasienter med en behandlingstrengende psykosetilstand og som mangler samtykkekompetanse, går ubehandlet over lang tid uten at det blir satt inn adekvate behandlingstiltak. Dette er alvorlig fordi det kan føre til unødig lidelse for den det gjelder og føre til økt risiko for død, samt at det kan være en stor belastning for pårørende.

Det kan være grunner til at man vurderer at bruk av tvang ikke er riktig, selv om man vurderer at pasienten med stor sannsynlighet er psykotisk og pasienten unndrar seg all form for helsehjelp. Begrunnelsen for dette bør da dokumenteres i journal.

#### Vår vurdering

##### Vurdering av DPS Hadeland.

Ut fra de opplysningene Statsforvalteren har mottatt i saken, både fra helsetjenesten og fra politiet, så er det mye som peker i retning av at pasienten har hatt en ubehandlet psykoselidelse i mange år. Pasienten fikk ingen oppfølging fra hverken fastlege eller spesialisthelsetjenesten for sin diagnostiserte psykoselidelse i 2004, annet enn at det ble skrevet ut resept [redacted] de første månedene





etter utskrivelsen. Som tidligere nevnt var siste nedtegnelse i fastlegejournal der det forskrives [redacted] 15.07.2004. I henvisningen fra legevakta til DPS Hadeland etter legevaktkonsultasjonen i 2017 er det beskrevet pågående psykosesyntomer [redacted] på tidspunktet for vurderingen på legevakten. Det ble i henvisningen bedt om en vurdering av om pasienten hadde en pågående psykosetilstand.

Pasienten ble som nevnt i 2017 henvist til DPS fra legevakt med ønske om en vurdering av om det forelå en aktuell psykose hos pasienten. Ut fra de opplysningene DPS hadde om pasientens sykehistorie med en tidligere langvarig tilstand [redacted] samt opplysningene i henvisningen om at pasienten [redacted] så burde man mistenkt at pasienten kunne ha en pågående psykosetilstand. Da pasienten ikke åpnet døren da man kom på hjemmebesøk, og ga tydelige armbevegelser om at han ville helsepersonellet skulle gå derfra, så var ikke dette noe som ga mindre grunn til bekymring for pasientens tilstand.

Det fremgår av politilogg fra 2017 at politiet vurderte pasienten til å være sannsynlig [redacted] da de var på pasientens bopel, fordi de observerte at pasienten hadde lagt på aluminiumsfolie på vinduer. Om dette ble observert av helsepersonell fra DPS som var på hjemmebesøk er ukjent for Statsforvalteren, men pasientens påfallende atferd tydet uansett på stor grad av mistenksomhet og avvisning av all kontakt fra pasienten sin side.

I en slik situasjon burde et minimum av tiltak ha vært at man tok kontakt med pasientens fastlege og formidlet sin bekymring, samt informerte om at man ikke hadde fått vurdert pasienten slik som ønsket i henvisningen. I en dialog med fastlegen kunne man eventuelt funnet andre tiltak for å forsøke å komme i kontakt med pasienten, der fastlegen også kunne ha hatt en rolle. DPS burde også etterspurt hvilken informasjon fastlegen hadde om pasienten fra tidligere, og om det eventuelt forelå bekymring eller informasjon fra pårørende.

Dersom forsøk på frivillig psykisk helsevern ikke førte frem, burde man gjort en vurdering av om tvungent psykisk helsevern kunne være aktuelt eller ikke, og dokumentert dette i journalen. Dersom man ikke fikk tak i pasienten etter å ha forsøkt dette i samarbeid med fastlegen, kunne det være aktuelt å kontakte kommunelegen for eventuell tvungen legeundersøkelse. Grunnen for at bruk av tvang burde vært vurdert var at pasienten hadde en sykehistorie med en kjent og langvarig psykosetilstand, han ble vurdert til å ha tydelige vrangforestillinger på legevakten kort tid i forkant av henvisningen til DPS, samt fremviste en påfallende atferd som kunne passe med en økt paranoid beredskap når det ble forsøkt å komme i kontakt med ham. Det var derfor grunn til å mistenke at pasienten kunne være psykotisk.

### Delkonklusjon

Statsforvalteren i Innlandet er etter en helhetlig vurdering, kommet til at den mangelfulle oppfølgingen av mulig psykosetilstand hos pasienten fra Sykehuset Innlandet HF, var et markant avvik fra god praksis, var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

### Fastlege

#### Norm for god praksis.

Norm for god praksis på området er beskrevet under aktuelt regelverk mtp. fastlegens listean svar.

God praksis for oppfølging av pasienter med en psykoselidelse hos fastlege er integrert i godpraksisbeskrivelse under vurdering av Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern.



### Vår vurdering

Ut fra de opplysningene Statsforvalteren har mottatt i saken, både fra helsetjenesten og fra politiet, er det mye som peker i retning av at pasienten har hatt en ubehandlet psykoselidelse i mange år. Pasienten fikk ingen oppfølging fra hverken fastlege eller spesialisthelsetjenesten for sin diagnostiserte psykoselidelse i 2004, annet enn at det ble skrevet ut resept på [redacted] de første månedene etter utskrivelsen. Siste nedtegnelse i fastlegejournal der det forskrives [redacted] er 15.07.2004. Det står ingenting i journalen fra fastlegen om at bruk av [redacted] medisin, hans psykoselidelse eller symptomer knyttet til denne, har vært et tema med pasienten. Effekt eller bivirkninger av medisinen er ikke nevnt. I 2005 synes det som at pasienten stopper å bruke [redacted] fordi resepten opphører i journalen. Medikamentell behandling er ikke tema i journalen deretter.

I 2017 fikk fastlegen epikrise fra DPS der det sto at de hadde forsøkt å ringe pasienten flere ganger uten å få svar. Det sto videre at de hadde reist hjem til pasienten, men at han ikke åpnet døren og sto i vinduet og veivet med armene som et tydelig tegn på at han ikke ønsket å snakke med dem og at han ville de skulle dra derfra. De ga tilbud om nye timer i form av brev til pasienten, men da han ikke møtte opp ble kontakten avsluttet fra poliklinikken med begrunnelse av at pasienten tydelig ikke ønsket kontakt.

Ut fra de samlede opplysningene fastlegen hadde fra legevakt, DPS og egen journal så sendte han pasienten et brev med tilbud om time, noe som var i tråd med god praksis. Da pasienten ikke møtte til denne timen burde fastlegen ha gjort en vurdering av om tvungen legeundersøkelse kunne være aktuelt eller ikke, kontaktet kommuneoverlegen for vurdering av et slikt vedtak, og dokumentert denne vurderingen i journalen. Grunnen for at dette burde vært vurdert, var at pasienten hadde en sykehistorie med en kjent psykosetilstand, han ble vurdert til å ha tydelige vrangforestillinger på legevakten kort tid i forkant av henvisningen til DPS, samt fremviste en påfallende atferd som kunne passe med en økt paranoid beredskap når det ble forsøkt å komme i kontakt med ham. Det var derfor grunn til å mistenke at pasienten var psykotisk. Dette er et avvik fra god praksis.

### Delkonklusjon

At fastlegen ikke fulgte opp informasjonen om pasientens mulige psykoselidelse mer aktivt og dokumenterte slik aktivitet i journalen, var et markant avvik fra god praksis. Statsforvalteren konkluderer likevel med at dette ikke var et brudd på helsepersonelloven § 4, siden spesialisthelsetjenesten hadde konkludert med avslutning.

### Oppfølging fra de involverte helsetjenesters side

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. Dette gjelder både den mangelfulle oppfølgingen av en pasient med psykoselidelse og omstendighetene rundt pasientens død.

Statsforvalteren legger til grunn at behov for endringer i virksomhetene selv erkjenner, vil være det viktigste bidraget til å styrke kvalitet og pasientsikkerhet. Statsforvalteren forventer at de berørte virksomhetene sammen analyserer de bakenforliggende forhold som medførte det fatale utfallet av hendelsen 05.08.2019 og kommer fram til tiltak for å skape framtidige forsvarlige og omsorgsfulle tjenester på det aktuelle området der det ofte er snakk om en handlingskjede. I tillegg vil Statsforvalteren i denne saken vise til befolkningens generelle forventning om trygghet i lokalmiljøet. Dette siste fordrer samhandling utover helse- og omsorgstjenestene. Det vil være naturlig å trekke Gran kommune og Innlandet politidistrikt inn i ovennevnte oppfølging av denne hendelsen.



### **Samlet konklusjon**

Statsforvalteren er kommet til at helsepersonellet ikke avvek fra hva som er beskrevet som norm, jf. helsepersonelloven §§ 7 og 31 og Helsedirektoratets rundskriv IS-5/2012, da de ba politiet om bistand 05.08.2019 for å kunne bringe pasienten til lege for å få undersøkt pasienten og vurdert behov for nødvendig akutt helsehjelp eller tvungen helsehjelp.

Statsforvalteren i Innlandet er kommet til at fastlegens manglende aktive oppfølging av informasjonen om pasientens mulige psykoselidelse, var avvik fra god praksis, men ikke brudd på helsepersonelloven § 4 siden spesialisthelsetjenesten hadde konkludert med avslutning.

Videre er Statsforvalteren i Innlandet kommet til at den mangelfulle oppfølgingen av mulig psykose-tilstand hos pasienten, var et markant avvik fra god praksis, og brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Statsforvalteren ber Sykehuset Innlandet HF spesifikt om:

- å gjøre sin egen vurdering av hvilke forhold som har påvirket og bidratt til den mangelfulle oppfølgingen av denne pasienten
- å evaluere om de aktuelle enhetene på DPS-nivå i Sykehuset Innlandet HF Divisjon psykisk helsevern sikrer at alle pasienter med mulig psykoselidelse følges opp etter god praksis.

Denne avgjørelsen er endelig og kan ikke påklages, jf. forvaltningsloven § 28.

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)  
fylkeslege

Tony Heyerdahl  
seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent*