



Sørlandet sykehus HF

Postboks 416
4604 KRISTIANSAND S

Saksbehandler, innvalgstelefon

Anne Stiansen, 37 01 75 74

U.off. jf.offl. § 13, jf. fvI. § 13

Avsluttende brev etter tilsyn med Sørlandet sykehus HF's behandling og oppfølging av NN

Det vises til tidligere korrespondanse i saken (jf vedlegg). Vi takker for godt samarbeid gjennom hele prosessen.

Konklusjon:

Sørlandet sykehus HF (SSHF) har arbeidet grundig med forbedringsarbeid knyttet til funnene fra tilsynsrapporten datert 7.2.2018.

Fylkesmannen vurderer at praksis har beveget seg i riktig retning når det gjelder å sikre alle pasienter faglig forsvarlig utredning og behandling. Vi har imidlertid gjennom oppfølgingstilsyn 27.8. – 23.9.2019 identifisert noen områder der det fortsatt er behov for ytterligere forbedringsarbeid i klinikken.

Fylkesmannen vurderer det som hensiktsmessig å avslutte tilsynet i den konkrete pasientsaken nå, og vil følge opp områdene der det ble identifisert fortsatt risiko for svikt i et eget tilsyn i 2020. Vi varsler med dette nytt tilsyn med ABUP i 2020.

Innledning

SSHF har fulgt opp alle de frister som er satt i oppfølging av tilsynet, og det er grundig redegjort for ulike tiltak som er iverksatt i prosessen. For å undersøke om de nye tiltakene har blitt omsatt i praksis, utførte Fylkesmannen 27.8.- 23.9.19 et nytt tilsyn på utvalgte områder, jfr. konklusjoner i tilsynsrapport av 7.2.2018.

Vi har gjennomført en journalgjennomgang for pasienter i behandling ved ABUP, og der barnevernet hadde overtatt omsorgsansvaret og ungdommen var plassert i institusjon. Disse barna er blant de mest sårbare. Mange har blitt flyttet flere ganger, og barnevernstjenesten (omsorgsansvarlig) befinner seg ofte et annet sted i landet. Det at pasienten bor i institusjon der det arbeider mange ansatte, skaper også utfordringer. ABUP arbeider således under krevende



arbeidsbetingelser, og de vet heller ikke hvor lenge pasienten vil være under behandling i Agder. Ungdommen har gjennom flyttinger hatt mange brutte relasjoner, med familie, venner, skole, og oppfølgings- og behandlingsapparat. Den manglende kontinuiteten dette medfører forsterker problemene til ungdommen. Vi erkjenner at det også vil kunne gjøre det mer utfordrende for spesialisthelsetjenesten å komme i posisjon og etablere en (ny) god behandlingsrelasjon.

Gjennomføring

Vi gikk gjennom 17 pasientjournaler for barn/ungdom i alderen 12-18 år, hvorav de fleste var over 15 år. Alle var plassert i barneverninstitusjon i Agder. For ti av 17 var omsorgskommunen utenfor Agder. To var tatt inn i behandling før pakkeforløp ble implementert 1.1.2019. Fem pasienter hadde på tidspunkt for journalgjennomgang avsluttet behandlingen: to var overført annen BUP; en ønsket ikke videre oppfølging, og en søknad til ABUP var avslått¹

14 av 17 pasienter hadde vært innom BUP tidligere, enten i Agder eller annet sted, en eller flere ganger. Alle 17 henvisningene var vurdert innen frist, og de 16 som fikk tilbud om behandling ble gitt dette innen angitt frist.

Journalgjennomgang ble utført av et tverrfaglig team med fire ansatte fra Fylkesmannen (lege, to jurister med barnevernfaglig erfaring, sosionom). Det er gjennomført samtale med klinikkssjef, faglig rådgiver i klinikken og direktør.

Tema for oppfølgingstilsyn

I journalgjennomgangen tok Fylkesmannen utgangspunkt i de to lovbruddene som ble avdekket i tilsynssaken:

Lovbrudd 1: Sørlandet sykehus HF har ikke gjort en forsvarlig utredning.

Lovbrudd 2: Sørlandet sykehus HF har ikke gitt NN forsvarlig behandling.

I journalgjennomgangen hadde vi fokus på følgende utvalgte tema:

1) Utredningsfasen

- At det er gjort en grundig anamnese (med en klar «livslinje»), innhenting av komparentopplysninger, suicid- og voldsriskoscreening og systematisk bruk av kartleggingsverktøy.
- At det er gjort tverrfaglige diagnostiske vurderinger og evt. revurderinger av disse

2) Behandlingsfasen

- Om det foreligger behandlingsplan, og om denne er evaluert
- Om det foreligger krise – og mestringsplan
- Om pasienten har Individuell plan (IP) eller om det er vurdert behov for IP
- Om det er etablert samarbeid med barnevernstjenesten eller andre, og om det foreligger referater som viser planmessighet og tydeliggjøring av hvem som koordinerer/er «kaptein»
- Om det er gitt veiledning til omsorgsbasen

¹ I lys av sykehusets egne rutiner for behandling av henvisninger er ledelsen anmodet om å vurdere denne saken internt.



- Om pasienten har vært/burde vært drøftet i ABUPs fagråd
- 3) Medvirkning
- Hvordan er ungdommens mening hørt, vurdert og vektlagt.
 - Om behandlingsplaner og evt. krise – og mestringsplaner er utarbeidet, og evt. i samarbeid med pasient

Funn fra journalgjennomgang og Fylkesmannens vurdering

Utredningsfasen

Sykehuset har tidligere oversendt rutiner for vurdering av henvisning, diagnostiske prosedyrer / verktøy for systematisk diagnostikk.

Når det gjelder *anamnese* har vi sett spesielt på enkelte særskilte forbedringsområder som ble identifisert og beskrevet i rapporten 7.2.2018. Vi påpekte i tilsynssaken at tjenestene synes å operere «historieløst». Med dette mener vi at det er viktig å ta med *hele* ungdommens *livsline* inn i sykehistorien. Inklusiv oversikt over omsorgsbaser/flyttinger og etnisk/kulturell bakgrunn. I dette vil det være vesentlig å innhente opplysninger fra komparenter, hvilket vi i altfor liten grad så spor av i den opprinnelige saken. I vår journalgjennomgang fant vi informasjon fra komparenter i 16 av 17 saker. Det var påfallende at bakgrunnsopplysninger fra de kommunale barneverntjenestene i mange av sakene var fraværende, og dette var uavhengig av geografisk nærhet/avstand. Det var derimot i mye større grad kontakt med institusjonene. Det er å bemerke at det var svært varierende i hvilken grad opplysningene fra komparenter fremsto som utfyllende. I sju av 17 saker var det mangelfulle opplysninger om tidligere og nylige viktige hendelser i ungdommens liv². Hos mange av ungdommene hadde det vært mange flyttinger, dette var i liten grad notert i inkomstnotatene. Flere av pasientene hadde annen kulturell bakgrunn uten at det fremkom nærmere informasjon eller vurderinger knyttet til det. Fylkesmannens vurdering er at det fortsatt er forbedringspotensial knyttet til utfyllende inkomstnotater som grunnlag for videre utredning.

Sykehuset har fulgt egen intern retningslinje for *selvmordkartlegging* i 10 av 17 saker. I de øvrige sju var de enten ufullstendige eller gjort på et senere tidspunkt enn rutinen tilsier. Det er ikke anført hvorfor rutinen er fraveket.

Mange av ungdommene i institusjon har utagerende atferd som tilleggsproblematikk, dette var også beskrevet i journalene, og i noen av sakene var dette av alvorlig karakter. I sykehusets egne rutiner fremgår det at det skal gjøres en voldsrisikokartlegging ved innkommst i alle saker. Dette innebærer at alle skal spørres om eventuelle tidligere hendelser og om impulsivitet. Vi fant at *voldsrisikokartlegging* var tilfredsstillende utført i bare fire av 17 saker. I de øvrige manglet dette helt eller delvis uten at det var kommentert hvorfor det ikke er utført / fullført. Dette gjaldt også i saker der det etter vår vurdering var indikasjon for dette ved at det i foreliggende dokumentasjon var beskrevet at utagerende atferd eller vold kunne være en del av utfordringsbildet. I kun en sak hadde man gått videre med full voldsrisikovurdering og drøfting i voldsrisikoteamet. Fylkesmannens vurdering er at nye rutiner for voldsrisikovurdering ikke er

² Det gjaldt vesentlige og tilgjengelige opplysninger fra tidligere epikriser, henvisninger o.l



godt nok implementert i praksis. Det er derfor et betydelig forbedringspotensial når det gjelder kartlegging av risikoatferd for at utredningen blir forsvarlig.

Vi fant at i 16 av 17 saker var pasienten systematisk utredet med bruk av kartleggingsverktøy, eller det forelå en konkret plan for å gjøre dette. Det var satt foreløpig diagnose i 16 av 17 saker. Vi fant i to saker at diagnoser satt ved annen BUP ikke var tatt med i den videre vurderingen og at denne var «forsvunnet»³. I åtte av 17 saker var revisjon / evaluering av diagnose ikke aktuelt på grunn av kort oppfølgingstid, og i de øvrige ni sakene var det gjort en tilfredsstillende revurdering i sju av sakene. Diagnostiske vurderinger ble gjort i tverrfaglig team og journalført i eget notat. Fylkesmannens vurdering er at rutineene når det gjelder diagnostisering er implementert og i samsvar med god praksis.

Behandlingsfasen

Et av de alvorligste funnene i rapporten av 7.2.2018 var mangel på *behandlingsplan* under store deler av behandlingsforløpet. I 15 av sakene forventet vi å finne en behandlingsplan, og vi fant det i 11 av disse. Evaluering av behandlingsplanen ble vurdert å være aktuelt i sju av sakene, og vi fant slik i samtlige sju. Her har det skjedd en betydelig forbedring av praksis, og det er viktig at sykehuset fortsatt har fokus på dette da behandlingsplan er et viktig verktøy for å sikre god behandling.

Utarbeidelse av krise- og mestringsplan ved identifisering av potensielle risikosituasjoner som kan utløse en krise (utagering, selvskading mv) kan være vesentlig for riktig håndtering av situasjoner som kan oppstå. Det kan gi en trygghet og forutsigbarhet for alle parter, og ikke minst for ungdommen selv. Det er gjenstand for vurdering når slik plan bør foreligge. Etter vår vurdering kan det være hensiktsmessig med en krise- og mestringsplan *også når pasienten selv ikke ønsker dette*. Når pasienten bor i institusjon med mange ansatte kan det være nyttig å utarbeide en krise- og mestringsplan også i samarbeid med institusjon. Vi fant krise- og mestringsplan i tre av de 17 journalene vi gjennomgikk. Sykehuset har utarbeidet en rutine for dette, og etter vår vurdering burde det vært krise – og mestringsplan i flere av sakene. Dette er etter vår vurdering også et område sykehuset har et klart forbedringspotensial på.

Individuell plan (IP) var verken omtalt eller utarbeidet i noen av sakene. Vi fant som nevnt behandlingsplan i et flertall av sakene, men savner fokus på å vurdere behovet for en mer overordnet koordinerende plan. I beslutningsskjema i pakkeforløp er IP et eget punkt som skal besvares, men i sakene vi så på var dette feltet stort sett ikke fylt ut. Det må forventes at sykehuset medvirker i den enkeltes IP, initiert av barneverntjenesten, men spesialisthelsetjenesten har også en selvstendig plikt til å vurdere behov og medvirke i utarbeidelsen av en slik plan.

Når det gjelder *koordinator*, eller det vi i tilsynsrapporten har omtalt som «kaptein» for ungdommens samlede tjenestetilbud fant vi ikke dette oppgitt i noen av sakene. Det fremgår tydelig av journalene hvem som er koordinator eller pasientansvarlig behandler for sykehusets tilbud/tiltak. Kontaktperson i institusjon var oppgitt i flere av sakene, men vi fant sjeldnere kontaktperson i barneverntjenesten og BUFetat. Det fremgikk imidlertid ikke om de oppførte kontaktpersonene var koordinatoren for det samlede tjenestetilbudet. I disse sakene er det etter

³ Dette gjaldt ADHD og PTSD som begge vurderes å være betydningsfulle i de aktuelle sakene.



vår vurdering helt klart den kommunale barnevernstjenesten som skal være «kaptein», og det bør klart fremgå hvem dette er, og når og hvordan vedkommende skal kontaktes. At dette mangler vanskeliggjør et samarbeid om et koordinert tilbud til den enkelte ungdom, og det bør etterspørres og registreres på et fast sted på lik linje med at f.eks nærmeste pårørende er registrert. Institusjonene ungdommene bor på er viktige samarbeidspartnere i den løpende, daglige oppfølgingen, men det er barnevernstjenesten som er ungdommenes «mor og far», de er derfor også avhengig av nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten for å koordinere tjenestetilbudet på en best mulig måte.

Hva gjelder samarbeidsmøter hadde det ifølge journal vært slike i seks av sakene. Referat fra møtet forelå i pasientens journal i kun en sak, i de øvrige fem var det enten vist til at møtet hadde funnet sted («referat kommer») uten nærmere opplysninger, eller det var skrevet et notat av den som var tilstede. Et *felles* referat er en forutsetning for å sikre at man har felles mål, og er enig om hva som er bestemt og hvem som er ansvarlig for hva. Rutiner for samarbeid og dokumentasjon knyttet til dette fungerer foreløpig ikke godt nok.

Veiledning til institusjon var planlagt og/eller igangsatt i flere av sakene. Dette er bra, og viser en positiv utvikling på dette området. Av journalene var det i mange saker vanskelig å lese hva det var veiledet på og hvilke råd som ble gitt, og vi var i enkelte saker i tvil om det var gitt veiledning eller kun innhentet opplysninger om hvordan det gikk med ungdommen. Samarbeidet med den kommunale barneverntjenesten var nærmest fraværende i de gjennomgåtte sakene. Sykehuset har etter vår vurdering et forbedringspotensial når det gjelder dokumentasjon knyttet til veiledning og samarbeid.

SSHF har etablert rutine for «second opinion» ved at vanskelige saker kan løftes via enhetsleder til fagråd i ABUP for vurdering. Ingen slike saker var løftet til fagrådet i de gjennomgåtte sakene, og i referat fra fagrådet for siste året ser vi at ordningen kun er benyttet en gang. Fylkesmannen stiller seg spørrende til hvorfor denne ordningen ikke er benyttet mer, sett i lys av at det var flere krevende saker i det gjennomgåtte materialet. Spesielt i en svært alvorlig sak burde fagråd og klinikkledelsen etter Fylkesmannens vurdering vært informert⁴.

Medvirkning

Når det gjelder *medvirkning* fra pasient / pårørende (omsorgsansvarlig barnevernstjeneste) fant vi stor grad av dette i sakene hva gjaldt administrative forhold som tidspunkt for avtaler, hvor slike skulle finne sted og hvem som skulle være med. Når det kommer til utforming av behandlingsopplegg/ behandlingsplan fant vi at disse også i stor grad var utarbeidet i samråd med pasienten.

Sykehuset bruker i større grad tilnærmingen CAMS (the Collaborative Assessment and Management of Suicidality) der det er selvmordsproblematikk. Dette er en anerkjent metodikk som øker pasientens ansvar og medvirkning. Det er videre en konkret plan for å innføre KOR/FIT (Klient- og resultatstyrt praksis/Feedbackinformerte tjenester). Dette bidrar til mer systematisk brukermedvirkning i alle saker, i tillegg til at det kan gjøre behandlingen og evaluering av behandling mer treffsikker.

⁴ Sykehuset har fått informasjon om hvilke pasient dette gjelder.



I en sak fant vi tydelig eksempel på at en pasient fikk medvirke «for mye», og der medbestemmelse gikk foran hensynet til hva som synes å faglig sett være det beste for jenta. Medvirkning betyr ikke at barn skal bestemme. Barnets/ungdommens mening er et av flere momenter som skal tillegges vekt når beslutninger skal tas, og det må fremgå av dokumentasjonen hvordan denne er vektlagt/vurdert.

Fylkesmannen ser at sykehuset har stort fokus på dette temaet, og oppfordrer sykehuset til å fortsette arbeidet med bevisstgjøring knyttet til forståelsen av begrepet medvirkning og hva det betyr i praksis..

Styring og ledelse

Sykehuset har klare retningslinjer for når avvik skal meldes, og ledelsen er tydelige på at de ønsker at det skal være lav terskel for også å melde saker der det er forbedringspotensial. Antall avviksmeldinger i ABUP har holdt seg stabilt de siste årene. Sykehuset har et system for å følge opp sakene, og det er blitt større fokus på å se saker i sammenheng der det er flere saker på samme pasient. Klinikkledelelsen beskriver videre at de gir konkrete råd og tilbakemeldinger og det følges opp at avtalte tiltak gjennomføres.

Det var meldt to avvik på en av pasientene i vårt utvalg. Dette var på grunn av intoksikasjon, og det var barne- og ungdomsavdelingen (BUA) som meldte saken. I årsaksanalysen fra Kvalitetsrådet fremgår det at de er oppmerksom på tidligere hendelser. Vi fant at samme pasient hadde hatt ytterligere tre intoksikasjoner som ikke var meldt som avvik. Det kan synes som det er noe ulik praksis/oppfatning av hva som skal meldes når det gjelder for eksempel suicidal/selvskadende atferd i ABUP, og det er her heller ikke alltid enkelt å gi et klart svar på hva som her er en meldepliktig uforutsett hendelse. Det er viktig å tematisere dette også videre, og at man i saker med gjentakende alvorlige hendelser stopper opp og gjør nødvendige faglige vurderinger av behandlingsopplegget. Sykehuset er i ferd med å bytte avvikssystem, og beskriver at det nye systemet vil gi bedre mulighet til å se saker i sammenheng og følge med på eventuelle trender.

Sykehuset har iverksatt intern journalgjennomgang (audit) to ganger i året som et ledd i styrke internkontrollen, for å følge opp og sikre at interne retningslinjer følges og at tjenestene utformes og utføres så likt som de individuelle hensynene tillater. Vi fant at det var gjennomført tre slike etter at vår tilsynsrapport ble avlevert. Det synes å være en positiv utvikling fra juni 2018 til juni 2019⁵. I disse auditene undersøkes det om det er opprettet behandlingsplan, om det er gjennomført diagnostisk vurdering og om diagnose er plottet. Flere av svakhetene vi har påpekt over vil ikke bli fanget opp av disse variablene, f.eks. voldsrisiko- og selvmordskartlegging. Det er også vanskelig å vurdere *kvaliteten* på arbeidet og dokumentasjonen kun ved et slikt uttrekk. Vi er kjent med at SSHF fremover planlegger å gjøre auditer i form av Questback, og har gjennomført piloter i ulike avdelinger innenfor klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling. Det blir da undersøkt flere variabler, og det gjøres også en mer kvalitativ undersøkelse av dokumentasjonen. Sykehuset synes å ha solid fokus på å få til en god internkontroll, og det beskrives klinikkledelelsen og ledelsen i de ulike enhetene er tettere på enn tidligere. Fylkesmannen oppfordrer sykehuset til å fortsette fokuset på kvalitetsarbeidet, og videreutvikle auditene/questbackverktøyet for å sikre god og likest mulig praksis i alle sakene.

⁵ Under forutsetning av at blanke felt juni 2019 betyr at det ikke er aktuelt. Dersom blanke felt betyr «nei» er status likt som i juni 2018.



Oppsummering

SSHF har planlagt og iverksatt gode tiltak for å sikre bedre utredning og behandling for barn og ungdom. Det er fortsatt utfordringer knyttet til implementering av tiltakene, slik at *alle* barn og unge får et best mulig og likeverdig tilbud. Vi ser at det har skjedd en positiv utvikling på flere områder, men vi ser også at det er enkelte områder det fremdeles gjenstår utfordringer.

Konklusjon

Fylkesmannen vurderer at tiltakene SSHF har planlagt, som er under arbeid og/eller er iverksatt er tilstrekkelige til at vi avslutter tilsynet knyttet til denne konkrete pasientsaken, men vil gjennomføre et nytt tilsyn ved ABUP i 2020 på områder der vi ser det fortsatt er risiko for svikt.

Med vennlig hilsen

Anne-Sofie D. Syvertsen
Fylkeslege

Anne Stiansen
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til: Statens helsetilsyn

Vedlegg: Oversikt over dokumentasjon og korrespondanse



Vedlegg 1

Dokumentasjon/korrespondanse

- Rapport etter tilsyn med SSHF, datert 7.2.2018
- Brev fra SSHF vedlagt A3 problemløsningsark og handlingsplan, datert 29.4.2018
- Fylkesmannens tilbakemelding på plan for å rette opp lovbrudd, datert 27.6.2018
- Svarbrev fra SSHF, datert 12.10.2018
- Samarbeidsavtale mellom SSHF og Bufetat, datert 31.8.2018
- Brev fra Fylkesmannen, datert 18.12.2018
- Svarbrev fra SSHF, datert 1.3.2019
- Brev fra Fylkesmannen, datert 11.4.2019
- Tilbakemelding etter tilsyn fra SSHF, datert 27.5.2019
- Referat fra samarbeidsmøte mellom SSHF og Kr.sand kommune, datert 28.5.2019
- Brev fra Fylkesmannen/varsel om oppfølgingstilsyn, datert 20.6.2019
- Audit juni 2018, desember 2018, juni 2019
- Referat fra møter i Fagråd Abup, datert 18.6.2018, 24.9.2018, 8.4.2019, 17.6.2019
- 2 avviksmeldinger (81348 og 82108)

Retningslinjer/rutiner

II.KPH.2.4.2-26 Basis utredning (standard) for barn og unge ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (pakkeforløp)

II.KPH.2.4.2-27 Utredning i akutfase – psykisk helsevern barn/ungdom og voksen

II.KPH.2.4.2-28 Stabiliseringsopphold – elektiv innleggelse (psykisk helsevern for voksn, barn, unge og rus)

II.KPH.2.1.5-3 Voldelig atferd – vurdering av risiko

II.KPH.ABUP 10.1 Fagråd i Abup

II.KPH.2.5.9-9 Samhandling Abup – barnevernstjenesten i Kristiansand kommune

I.1.3.4-1 Uønskede hendelser - registrering og behandling

II.KPH.5.5-5 Saksbehandling i meldesystemet KPH

I.1.3.4-3 Uønskede hendelser - melding til den nasjonale meldeordningen etter Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3

Mal for vurdering av risiko for voldelig atferd – fullstendig

Mal for tverrfaglige ansvars/samarbeidsmøter – med eksterne aktører

Mal for oppfølgende behandlingsplan

Mal for krise- og mestringsplan