Egenvurderingsskjema

|  |  |
| --- | --- |
| Helseforetakets navn eller «privat» sykehus |  |
| Poliklinikkens navn |  |
| Totalt antall mottatte henvisninger siste 12 mnd. |  |
| Antall psykologspesialister\* |  |
| Antall psykologer under spesialistutdanning |  |
| Antall barne- og ungdomspsykiatere\* |  |
| Antall leger under spesialisering |  |

\* Oppgis i % stilling, inkluderer også eventuelle avtalespesialister.

Egenvurderingene er gjennomført under ledelse og godkjenning av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri/psykologspesialist (navn, stilling og dato): ……………………………………….

Egenvurderingene er signert av leder for poliklinikken (navn, stilling og dato): …………………………

1. **Mottak og vurdering av henvisning**

På grunn av situasjonen med personer fordrevet fra Ukraina er det fremmet forslag om midlertidig lovendring, jf. [Prop. 107 L (2021-2022](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-107-l-20212022/id2910763/)). Det er foreslått en forskriftshjemmel som gir mulighet for helt eller delvis unntak blant annet fra bestemmelsene om rett til vurdering og frist for vurdering. Nye regler kan få betydning for journaluttaket. Det kan i så fall bli nødvendig å velge journaler hvor henvisningene er vurdert før eventuell ny forskrift trådte i kraft. Helsetilsynet kan kontaktes for spørsmål.

**Sjekkpunkt 1:**

* Vurderes alle henvisninger, også mangelfulle henvisninger, innen 10 virkedager fra henvisningen mottas, herunder at det er satt frist for oppstart av nødvendig helsehjelp for de som vurderes å ha slik rett?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruk totalt 30 *henvisninger* for barn mellom 7 og 15 år med *behov for* helsehjelp på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD, og barn og ungdom over 12 år med *behov for* helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon. Velg de 30 nyeste henvisningene for disse to pasientgruppene samlet sett. Journalene skal nummereres fra 1 til 30. Virksomheten beholder oversikten over hvem disse pasientene er.

Registrer datoene for henholdsvis mottatt henvisning og vurdering av henvisning, og beregn antall virkedager fra dagen henvisningen ble mottatt til vurderingen er gjennomført.

**Lovgrunnlag:**

**Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2** *Rett til vurdering:* Første ledd: Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han/hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1b andre ledd.

Dette er også konkretisert i pakkeforløpet «Psykiske lidelser – barn og unge».

**Veiledning til vurderingen:**

Virksomheten skal sørge for rask vurdering av alle innkomne henvisninger for å vurdere alvorlighet og hastegrad inkludert konkludere om pasienten har rett eller ikke rett til nødvendig helsehjelp. Henvisningen skal være vurdert i løpet av maksimalt 10 virkedager fra den er mottatt første gang i spesialisthelsetjenesten. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsi at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part.

Dersom journalgjennomgangen viser at 10 dagers fristen ikke alltid overholdes, må det vurderes om det er enkelthendelse(r) eller en del av et mønster (poliklinikkens praksis). For å vurdere om det er enkelthendelser eller resultat av en uønsket praksis, må det utøves noe skjønn. Forutsatt at ledelsen har rutiner for å følge med på at fristene overholdes, kan antydningsvis følgende aksepteres: <4 av 30 vurderinger er 1-2 dager forsinket eller 1 vurdering er 3-4 dager forsinket.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Funn i 30 henvisninger | | | | | | |
| Pasient | Dato for mottak av henvisning | Dato for vurdering av henvisning | Antall virkedager fra mottatt henvisning til vurdering | Vurdert innen 10 dager? Ja eller nei | Har pasienten, fått rett til helsehjelp? Ja eller nei | Hvis pasienten har fått rett til helsehjelp, er det satt frist for oppstart? Ja eller nei |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har virksomheten en etablert praksis (allment kjent og etterlevd) for å opplyse og vurdere mangelfulle henvisninger innen 10 dager? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger ledelsen ved poliklinikken med på at 10 dagers fristen overholdes? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Overholdelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp, del 1**

På grunn av situasjonen med personer fordrevet fra Ukraina er det fremmet forslag om midlertidig lovendring, jf. [Prop. 107 L (2021-2022](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-107-l-20212022/id2910763/)). Det er foreslått en forskriftshjemmel som gir mulighet for helt eller delvis unntak blant annet fra bestemmelsene om rett til vurdering og frist for vurdering. Nye regler kan få betydning for journaluttaket. Det kan i så fall bli nødvendig å velge journaler hvor henvisningene er vurdert før forskriften trådte i kraft. Helsetilsynet kan kontaktes for spørsmål.

**Sjekkpunkt 2:**

* Overholdes individuelt satt frist for oppstart av nødvendig helsehjelp?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruk totalt 30 *journaler* for pasienter mellom 7 og 15 år med *rett til helsehjelp* på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD, og pasienter over 12 år med *rett til helsehjelp* på grunn av tristhet og mistanke om depresjon. Velg de 30 nyeste journalene (dato for mottatt henvisning) som er *mer enn 6 måneder gamle*, for disse to pasientgruppene samlet sett. Virksomheten beholder oversikten over hvem disse pasientene er.

Registrer datoene for henholdsvis individuelt satt frist og dato for første konsultasjon. Regn ut antall dager for ev. fristoverskridelse.

**Lovgrunnlag:**

**Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b.** *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:* Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

**Veiledning til vurderingen:**

Dersom pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få helsehjelp. Fristene fastsettes individuelt for hver pasient. For å vurdere om fristen overholdes, må tidspunktet for første konsultasjon vurderes mot pasientens individuelle frist for oppstart av helsehjelp.

Fristoverskridelser på grunn av pasientutsatte konsultasjoner eller konsultasjoner som er utsatt med en faglig begrunnelse, regnes ikke med som brudd på fristen for oppstart av helsehjelp.

Ved enkeltstående og korte overskridelser kan det utøves noe skjønn, forutsatt at poliklinikken har innarbeidet praksis for oppfølging av frister.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | | | |
| Pasient | Dato for individuelt satt frist | Dato for påbegynt utredning eller behandling (første konsultasjon) | Er fristen overholdt? Ja eller nei. Ved nei oppgis antall dager fristoverskridelse | Hvis nei, er det dokumentert i journal at konsultasjonen er pasientutsatt eller at utsettelsen er faglig begrunnet? Ja eller nei |
|
|
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har poliklinikken en etablert praksis (innarbeidet og etterlevd) for oppfølging av fristene? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har poliklinikken en etablert praksis (innarbeidet og etterlevd) for oppfølging av pasientutsatte timer? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Overholdelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp, del 2**

**Sjekkpunkt 3:**

* Er første konsultasjon starten på et sammenhengende og planlagt utredningsforløp?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruk de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2.

Registrer dato for henholdsvis første og andre konsultasjon. Regn ut antall uker mellom første og andre konsultasjon.

**Lovgrunnlag:**

**Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b.** *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:* Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

**Veiledning til vurderingen:**

Når barn/unge er henvist for mulig psykisk lidelse, forutsettes det igangsetting av et sammenhengende utredningsløp fra oppstart til diagnose foreligger, noe som også fremgår av pakkeforløpet «Psykiske lidelser – barn og unge». Et langt avbrudd etter første konsultasjon vil i de fleste tilfeller innebære at fristen ikke er innfridd.

God praksis tilsier at det i de fleste pasientforløpene innen psykisk helsevern for barn og unge, bør være hyppige kontakter slik det er konkretisert i pakkeforløpet, med konsultasjoner ukentlig eller eventuelt hver andre uke. Det kan være gode grunner for at det kan ta lengre tid mellom konsultasjoner, både faglige grunner og etter ønsker fra pasient/pårørende. Dersom det foreligger slike grunner, må dette dokumenteres i pasientens journal.

Langt opphold mellom første og andre konsultasjon kan også ha sin årsak i at virksomheten har problemer med å igangsette utredningen (helsehjelpen) til fastsatt tid, for eksempel på grunn av organisatoriske forhold og/eller kapasitetsproblemer. Dersom det er et tydelig mønster at det går lang tid mellom første og andre konsultasjon, er det en indikasjon på at poliklinikken har en praksis der første konsultasjon ikke er starten på et sammenhengende og planlagt utredningsforløp.

Virksomheten bør undersøke nærmere i de utvalgte journalene der det er mer enn 2 til 3 uker mellom første og andre konsultasjon om oppholdet mellom konsultasjonene har en akseptabel årsak og ikke en organisatorisk og/eller kapasitetsmessig årsak. Jo lengre opphold og jo flere journaler med slike funn, jo sterkere indikasjon på at første konsultasjon i realiteten ikke er oppstart på utredningen. Her må det som vist over, utøves noe skjønn. Det er virksomhetens praksis og ikke enkelthendelser vi ønsker å avdekke.

Enkelte poliklinikker praktiserer heldagskonsultasjoner hvor det gjøres kartlegging, vurdering og diagnostisering på samme dag. Fra faglig hold er det kommet innspill om at det kan være vanskelig å bygge en trygg relasjon rundt et barn på en dag, noe som også gjør det krevende å fullføre en full utredning. Helsetilsynet legger til grunn at en slik praksis uansett må være starten på et sammenhengende og planlagt utredningsløp som inkluderer utredning og konklusjon på alle utredningsområder og at det ikke må ta for lang tid til neste konsultasjon.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | | | |
| Pasient | Dato for første konsultasjon | Dato for andre konsultasjon | Antall uker fra første til andre konsultasjon | Hvis mer enn tre uker, er det dokumentert i journal at konsultasjonen er pasientutsatt eller at utsettelsen er faglig begrunnet?  Ja eller nei |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har poliklinikken en etablert praksis (innarbeidet og etterlevd) for at første konsultasjon er starten på et sammenhengende og planlagt utredningsforløp? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har ledelsen ved poliklinikken identifisert noen risiko for svikt på dette området? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor på hvilke områder og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere risikoen:

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Utredning og diagnostisering, del 1**

**Sjekkpunkt 4:**

* Er det gjort en helhetlig utredning, dvs. utredet og satt konklusjoner på alle seks utredningsområder?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2.

Registrer hvor mange utredningsområder det er vurdert og konkludert på i hver enkelt journal. Sett inn ja eller nei om alle seks områder (se under veiledning til vurdering) er vurdert og konkludert.

**Lovgrunnlag:**  
**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2**. *Plikt til forsvarlighet:* Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Det vises til Helsedirektoratets veilederIS-1570, Helsedirektoratets beskrivelseav indikatoren N-024 «Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge» og pakkeforløpet «Psykiske lidelser – barn og unge».

**Veiledning til vurderingen:**

Diagnostisering av psykiske lidelser hos barn og unge skal baseres på en helhetlig utredning (multiaksial diagnostisering). Innenfor psykisk helsevern for barn og unge dreier det seg ofte om komplekse tilstander som krever utredning på flere områder (ofte betegnet som de seks aksene). Følgende skal utredes, ende opp i konklusjoner/diagnoser og danne grunnlag for valg av behandlingsopplegg:

1. Klinisk psykiatrisk syndrom
2. Spesifikke utviklingsforstyrrelser
3. Psykisk utviklingshemming
4. Somatiske tilstander
5. Avvikende psykososiale forhold
6. Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Kravet til forsvarlighet innebærer at det må være gjort en planlagt og systematisk utredning, og at den gjenfinnes i journalen. Ved diagnosesetting innenfor psykisk helsevern for barn og unge, benyttes «multiaksial klassifikasjon» som verktøy for blant annet å sikre dette. Vurdering og konklusjon på alle seks områder vil kunne være en god indikasjon på om det er gjort en helhetlig utredning.

Diagnostisering er en spesialistoppgave. Utredningen som ligger til grunn for diagnostiseringen kan imidlertid utføres av annet personell. Der pasienten utredes av personell uten spesialistkompetanse, må det dokumenteres både at spesialist har vært involvert i den diagnostiske vurderingen og hva som har vært drøftet. Det er ønskelig at spesialist fysisk ser alle pasienter men det kan ikke stilles krav om dette. Psykologspesialist er likestilt med psykiater med hensyn til faglig ansvar, unntatt i spørsmål om medisinering og differensialdiagnostikk med tanke på somatikk.

Der behandler er lege i spesialisering (LIS) eller psykolog uten spesialitet, bør involveringen av spesialist være dokumentert i journal eller andre dokumenter som referater fra møter i tverrfaglig team, et telefonnotat eller i andre kilder.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | | |
| Pasient | Er det utredet og konkludert på alle seks utredningsområder?  Ja eller nei | Hvis nei: hvor mange områder mangler? | Har spesialist vært involvert i vurdering og konklusjon?  Ja eller nei |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger poliklinikken med på at spesialist i psykologi/psykiatri er involvert i utredning og diagnostisk vurdering? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger poliklinikken med på at det gjøres planlagte og systematiske diagnostiske vurderinger innenfor alle seks utredningsområder? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Utredning og diagnostisering, del 2**

**Sjekkpunkt 5:**

* Blir utredning og diagnostisering normalt gjennomført innen 12 uker?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2.

Registrer dato for henholdsvis første konsultasjon og for at det foreligger konklusjon på alle seks utredningsområdene. Regn ut antall uker fra første konsultasjon til det er konkludert på alle seks områdene.

**Lovgrunnlag:**  
**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2**. *Plikt til forsvarlighet:* Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Hva som er forsvarlig tidsbruk for utredning og diagnostisering, er omtalt og konkretisert i Helsedirektoratets veilederIS-1570, Helsedirektoratets beskrivelseav indikatoren N-024 «Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge» og pakkeforløpet «Psykiske lidelser - barn og unge».

**Veiledning til vurderingen:**

God praksis forutsetter et godt planlagt utredningsforløp med kontinuitet og god fremdrift. Langvarig utredning fører til at oppstart av behandlingen trekker ut i tid. Det kan få betydning for om pasienten får forsvarlige tjenester.

Utredning og diagnostisering av barn og unge med psykiske lidelser er en omfattende og sammensatt prosess. En lang utredningsprosess kan ha sin årsak i at pasienter og/eller foresatte har behov for pauser og utsettelser underveis i utredningen. Det kan også oppstå behov for andre og mer omfattende undersøkelser enn først planlagt.

Statens helsetilsyn legger til grunn at virksomheter som hovedregel skal kunne ha en diagnostisk vurdering klar innen 12 uker, noe som er i tråd med anbefalingene i pakkeforløpet. Dersom utredningen tar lengre tid enn 12 uker, bør begrunnelsen gjenfinnes i journal.

God fremdrift setter store krav til virksomhetens styring og oppfølging av arbeidet. Dersom utredningsforløpet overskrider 12 uker, skal årsaken undersøkes for å avdekke om pausene i utredningsprosessen, kunne vært forebygget. Målet er å fange opp virksomheter der utredningsløpet drar ut i tid på grunn av mangelfull planlegging, kapasitet og kompetanse med videre.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | | | | |
| Pasient | Dato for første konsultasjon | Dato for når det foreligger konklusjon på alle seks utredningsområdene | Antall uker fra første konsultasjon til det foreligger konklusjon på alle områdene | Er fristen på 12 uker overskredet?  Ja eller nei | Hvis ja, var overskridelsen pasientutsatt eller faglig begrunnet i journal? |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger ledelsen av poliklinikken med på at utredning normalt gjøres innen 12 uker? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Er det identifisert risikofaktorer som kan bidra til at utredning og diagnostisering ikke normalt gjøres innen 12 uker? |  |  |

Hvis ja, beskriv nedenfor hvilke faktorer dette er, hvordan ledelsen følger dette opp og hvilke risikoreduserende tiltak som ev. iverksettes.

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Utredning og diagnostisering, del 3**

**Sjekkpunkt 6:**

* Kartlegges alle pasienter fra 12 års alder og oppover for selvmordsproblematikk som en del av utredningen?

**Undersøkelsesmetode:** Bruk totalt 30 journaler for pasienter over 12 år. Velg de 30 nyeste journalene (dato for mottatt henvisning) som er mer enn 6 måneder gamle, for tilsynets to pasientgrupper. Virksomheten beholder oversikten over hvem disse pasientene er.

Registrer om det er dokumentert at selvmordsproblematikk er kartlagt.

**Lovgrunnlag:  
Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2**. *Plikt til forsvarlighet:* Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Helsedirektoratet gir anbefalinger om at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal kartlegges for selvmordsrisiko, se også «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» og pakkeforløpet «Psykiske lidelser – barn og unge».

**Veiledning til vurderingen:**

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) beskriver at kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre konkret om personen har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Kartleggingen skal baseres på aktuell psykisk tilstand og kunnskap om kjente risikofaktorer for selvskading og selvmord. Kartlegging av selvmordsproblematikk vil være mest aktuelt fra 10-12 års alder og oppover.

Det er vanskelig både å forutsi selvmord og hvem som ikke er i faresonen for å begå selvmord. Derfor bør i utgangspunktet alle pasienter som kommer i kontakt med poliklinikken, kartlegges for selvmordsproblematikk. Unntakene bør være få og faglig begrunnet, og begrunnelsen må nedtegnes i pasientens journal. Dersom ikke alle pasientene kartlegges og følges opp med tanke på selvmordsproblematikk, må det vurderes om det er faglige begrunnede unntak eller om virksomheten har en uønsket variabel praksis. Statens helsetilsyn legger til grunn at dersom det mangler selvmordskartlegging i >3 av 30 pasientjournaler, bør virksomheten vurdere om manglende selvmordskartlegging er velbegrunnet.

Kartlegging av selvmordsproblematikk skal gjøres av helsepersonell som har fått tilstrekkelig opplæring i det å avdekke og kartlegge selvmordsrisiko. Det forutsettes at avdelingsledelsen har tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Dette innebærer at ledelsen må ha tatt stilling til om det kreves egne kurs i selvmordkartlegging eller om opplæringen skal ivaretas i poliklinikken. Opplæringen bør gjentas minst hvert tredje år for å sikre at involvert personell har oppdatert kunnskap om slik kartlegging. Videre må det tas stilling til hvordan slik kompetanse skal vedlikeholdes. I tillegg må det være etablerte rutiner for hvordan slik kartlegging skal gjennomføres.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | |
| Pasient | Er selvmordsproblematikk kartlagt?  Ja eller nei | Hvis nei, er det faglig begrunnet i journal?  Ja eller nei |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har poliklinikken en etablert praksis (innarbeidet og etterlevd) for kartlegging av selvmordsproblematikk? |  |  |

Hvis ja, hvordan gjøres det i praksis?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablert praksis etterleves? |  |  |

Hvis ja,hvordan gjøres det i praksis?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Får alle involverte nødvendig opplæring regelmessig? |  |  |

Hvis ja, hvordan skjer det i praksis og hva består opplæringen i?

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Utredning og diagnostisering, del 4**

**Sjekkpunkt 7:**

* Kartlegges alle pasienter fra 12 års alder og oppover for rusproblematikk som en del av utredningen?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 6.

Registrer om det er dokumentert at rusproblematikk er kartlagt.

**Lovgrunnlag:**   
**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2**. *Plikt til forsvarlighet:* Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Helsedirektoratets veileder IS-1570 gir anbefalinger om at når barn og unge henvises til psykisk helsevern, skal det kartlegges **hvilket forhold den enkelte har til rusmidler**, om det eksisterer et misbruk eller om ungdommen er i fare for å utvikle misbruk. Se også pakkeforløpet «Psykiske lidelser – barn og unge».

**Veiledning til vurderingen:**

Det er viktig å ikke overse eventuelt rusmisbruk hos barn og unge som henvises til det psykiske helsevernet. Derfor bør i utgangspunktet alle kartlegges for rusproblematikk**.** Kartlegging av rusproblematikk vil være mest aktuelt fra 10-12 års alder. Helsedirektoratets faglige retningslinjer må forstås slik at pasienter som kommer til poliklinikken vanligvis kartlegges med tanke på rusproblematikk, og at unntak må være faglig begrunnet. Begrunnelsen bør nedtegnes i pasientens journal. Dersom ikke alle kartlegges og følges opp med tanke på rusproblematikk, må det vurderes om det er faglige begrunnede unntak eller om virksomheten har en uønsket variabel praksis. Statens helsetilsyn legger til grunn at dersom det mangler kartlegging av rusproblematikk i >5 av 30 pasientjournaler, bør virksomheten vurdere om manglende kartlegging er velbegrunnet.

Kartlegging skal gjøres av helsepersonell som har fått tilstrekkelig opplæring i det å avdekke og kartlegge rusproblematikk. Det forutsettes at avdelingsledelsen har tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Dette innebærer at ledelsen må ha tatt stilling til om det kreves egne kurs i rusproblematikk eller om opplæringen skal ivaretas i poliklinikken. Opplæringen bør gjentas regelmessig, for å sikre at involvert personell har oppdatert kunnskap om slik kartlegging. I tillegg må det være etablerte rutiner for hvordan slik kartlegging skal gjennomføres.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | |
| Pasient | Er rusproblematikk kartlagt?  Ja eller nei | Hvis nei, er det faglig begrunnet i journal?  Ja eller nei |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har poliklinikken en etablert praksis (innarbeidet og etterlevd) for kartlegging av rusproblematikk? |  |  |

Hvis ja, hvordan gjøres det i praksis?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablert praksis etterleves? |  |  |

Hvis ja,hvordan gjøres det i praksis?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Får alle involverte nødvendig opplæring regelmessig? |  |  |

Hvis ja, hvordan skjer det i praksis og hva består opplæringen i?

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |

1. **Pasientens og/eller foresattes medvirkning i utarbeidelsen av plan for behandling**

**Sjekkpunkt 8:**

* Involveres pasienter og/eller foresatte i utarbeidelse av plan for behandling?

**Undersøkelsesmetode:**

Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2.

Registrer om pasientens og/eller foresattes ønsker og behov er dokumentert i journal.

**Lovgrunnlag:**

**Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.** *Pasientens eller brukerens rett til medvirkning:* Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, eventuelt foresatte.

Dette er også omtalt i pakkeforløpet «Psykiske lidelser – barn og unge».

**Veiledning til vurderingen:**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 gir rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienter og/eller foresatte skal bli tatt med på råd, og de skal ha mulighet til å uttale seg om det som skal foregå. Pasientens og/eller foresattes ønsker skal inngå i grunnlaget for den videre oppfølgingen inkludert utarbeidelsen av plan for behandling jf. Helsedirektoratets veileder IS-1570. Dette tilsynet skal derfor undersøke om det er dokumentert i journal at pasientens og/eller foresattes ønsker og behov er innhentet, se også pakkeforløpet. Det presiseres imidlertid at det etter regelverket er noen unntak og noen begrensninger hva gjelder foresattes rett til medvirkning og informasjon. Her er vi imidlertid opptatt av at barnets stemme har sin plass i utrednings- og behandlingsforløpet, og velger derfor å omtale det slik det er gjort i pakkeforløpet: pasienten og/eller foresatte.

Pasienters og/eller foresattes ønsker og behov er viktig for at poliklinikken skal kunne gi mest mulig tilpassede tjenester slik at hver enkelt pasient får gode og trygge tjenester. Dersom det mangler slik informasjon i >3 av 30 pasientjournaler, har poliklinikken en praksis der denne rettigheten ikke står sentralt, og vurderes derfor som i strid med god praksis.

**Fylles ut av virksomheten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funn i 30 journaler | | |
| Pasient | Er pasientens og/eller foresattes ønsker og behov for behandlingen dokumentert i journal?  Ja eller nei | Hvis nei, er det faglig begrunnet i journal?  Ja eller nei |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |

Oppfølgingsspørsmål relatert til kravet om systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Har poliklinikken en praksis som gir barn og/eller foresatte mulighet til å medvirke i utarbeidelse av plan for behandling? |  |  |

Hvis ja, beskriv hvordan dette gjøres:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Følger poliklinikken opp hvordan pasienter og/eller foresatte opplever retten til medvirkning i utarbeidelse plan for behandling? |  |  |

Hvis ja, beskriv hvordan det gjøres:

|  |
| --- |
|  |

**Fylles ut av statsforvalteren:**

Statsforvalterens vurdering og konklusjon, er poliklinikkens praksis i tråd med god praksis som beskrevet over?

**Statsforvalterens vurdering:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statsforvalterens konklusjon:** | **Ja** |  |  | **Nei** |  |