

Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09
med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre

DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 4/2009

MARS 2009

Rapport fra Helsetilsynet 4/2009

DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsykiatriske sentre

Mars 2009

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1 Innledning	6
1.1 ”Midtveis”-rapport fra et toårig landsomfattende tilsyn	6
1.2 Hva er et DPS?	7
1.3 Bakgrunn og områder for tilsynet	7
2 Metode og gjennomføring av tilsynet.....	10
3 Funn og vurderinger	12
3.1 Innledning	12
3.2 Pasientenes vei inn i DPS – vurderinger og prioriteringer av henviste pasienter	12
3.2.1 Krav til håndtering av henvisninger	12
3.2.2 Funn og vurderinger knyttet til håndtering av henvisninger.....	13
3.3 Utrednings- og behandlingsprosessen må være planmessig og styrt	13
3.3.1 Krav til utredning, behandling og oppfølging.....	13
3.3.2 Funn og vurderinger knyttet til utredning og behandling	14
3.4 Styrking av internkontrollen i DPS er nødvendig	16
4 Statens helsetilsyns vurdering	18
Vedlegg	
Distriktpsikiatriske sentre som har inngått i tilsynet i 2008	19
Čoahkkáigeassu.....	20
English summary.....	21

Sammendrag

Statens helsetilsyn har i 2008 ført tilsyn med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) til voksne med psykiske lidelser. Dette tilsynet er toårig og fortsetter i 2009.

Et DPS er en faglig selvstendig enhet med ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykisk helsevern for voksne i et gitt geografisk område. Etableringen av DPS har utgjort en viktig del av Opptrappingsplanens målsetting om et mer desentralisert hjelpe-tilbud.

Tilsynet er utført som systemrevisjon av regionale tilsynslag. Hvert tilsynslag er styrket med to eksterne fagrevisorer, en psykologspesialist og en psykiater. Det ble i 2008 gjennomført tilsyn i 28 av landets 75 DPS. I 22 DPS ble det avdekket brudd på myndighetskrav og påpekt ett eller flere avvik. Hensikten med denne rapporten er å gi en samlet framstilling av problemområder som er avdekket i første halvdel av dette tilsynet. En slik oppsummering kan også gi nyttig informasjon til helseforetak som ønsker å gjennomgå og sikre driften i sine DPS.

Tilsynet er rettet mot helsetjenester som ytes ved DPS til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I denne ”midtveis”-rapporten presenterer vi funn fra noen tilsynstemaer: *håndtering av henvisninger, utredning og behandling/oppfølging*. I den endelige oppsummeringsrapporten tar vi også med funn og vurderinger for temaene *brukermedvirkning, samhandling, tilgjengelighet*

og *forebygging/bruk av tvang*.

Håndteringen av henvisninger må kvalitetssikres

Ved 15 av 28 DPS fant tilsynet at vurdering og prioritering av henvisningene ikke alltid var i overensstemmelse med kravene som er fastsatt i lovgivningen. Flere DPS manglet et system for å sikre fortløpende spesialistvurderinger av innkomne søknader og fange opp hastehenvisninger. Ved noen DPS ble det satt behandlingsfrister som ikke tok tilstrekkelig hensyn til pasientens tilstand og situasjon, og det forelå heller ikke oversikt over gjennomsnittlig ventetid til første konsultasjon. En del DPS avviste pasienter på feil grunnlag, for eksempel begrunnet med at henvisningene var mangelfulle eller at pasienten ikke tilhørte DPS-ets opptaksområde. Tilsynet avdekket også at ledelsen i flere av DPS-ene ikke hadde foretatt risikovurderinger og/eller gjorde systematiske gjennomganger av rutiner og praksis for å sikre forsvarlig vurdering og prioritering av pasientene. Statens helsetilsyn ser med bekymring på at det fortsatt synes å være utbredt svikt når det gjelder å sikre håndteringen av henvisninger i DPS. I tillegg til at dette kan ha konsekvenser for helsehjelpen til den enkelte pasient, kan det svekke samhandlingen mellom DPS og henvisende instanser.

Utrednings- og behandlingsprosessen må være planmessig og styrt

Ved 16 av 28 DPS ble det påpekt avvik fordi foretaket ikke hadde sørget for at utredning, behandling og oppfølging

samt dokumentasjonen av disse prosessene var forsvarlig på alle områder. Noen DPS manglet prosedyrer og/eller en omforent praksis for hva som skal kartlegges ved utredningene, mens det ved andre DPS forelå prosedyrer uten at de var i vanlig bruk. Det ble også påpekt at det var for stor variasjon i kvaliteten på utredningene av pasienter med psykose eller alvorlig depresjon. Det manglet flere steder en etablert praksis som sikret at alle utredninger ble kvalitetssikret av spesialist, det samme gjaldt sikring av at det ble foretatt nødvendige somatiske utredninger og farlighetsvurderinger. Tilsynet fant at selvmordsvurderinger i hovedsak ble foretatt og kvalitetssikret, men at dokumentasjonen av vurderingene ofte var mangelfull.

Det ble også påpekt at ledelsen ikke foretok systematiske gjennomganger for å vurdere kritiske trinn i utredningene og fange opp fare for svikt. Konsekvensen av disse forholdene kan bli at pasientene ikke får den hjelpen de trenger og at den diagnostiske prosessen forsinkes eller blir ufullstendig og feilaktig. Det kan igjen påføre pasienter unødig lidelse og få uheldige konsekvenser for pasientens prognose. Statens helsetilsyn vurderer det også som alvorlig dersom DPS ikke følger opp og bruker anerkjente metoder i det diagnostiske arbeidet.

Ved DPS der det ble gitt avvik knyttet til *behandling og oppfølging*, var det fordi behandlingstilbudet manglet systematikk og planmessighet. Ved journalgjennomganger ble det ofte ikke funnet noen sammenhengende fremstilling av opplegg for videre behandling. Ved noen DPS fantes prosedyre eller maler for bruk av behandlingsplan, men disse var i liten grad i vanlig bruk. Flere DPS manglet en systematisk framstilling i journalene av hvilke behandlingsformer pasienter med alvorlig depresjon ble tilbudt, og det forelå heller ikke noen omforent praksis for behandlingsopplegget av disse pasientene. Epikrisenes kvalitet varierte betydelig, bl.a. manglet epikriser diagnostiske vurderinger og råd om videre tiltak og oppfølging, og det manglet rutiner eller felles praksis for hvordan disse skulle utformes.

Styrking av internkontrollen i DPS er nødvendig

Tilsynet har vurdert styringssystemet ved DPS der det ble påpekt avvik. Vurderingene tyder på at mange DPS fortsatt har en vei å gå før de har en vel-fungerende internkontroll som reduserer risikoen for svikt og sikrer at virksomhetens oppgaver løses i henhold til kravene i helselovgivningen. At det i en såpass stor andel som 22 av 28 DPS ble avdekket brudd på krav i lov og forskrift på et eller flere områder, gir etter Statens helsetilsyns vurdering grunn til bekymring for kvaliteten på det tjenestetilbudet som DPS-ene har ansvar for. Opptrappingsplanen er avsluttet, og det må forventes at DPS-ene i større grad har etablert systemer som sikrer at pasientene får et forsvarlig tilbud. Det er etter Statens helsetilsyns vurdering viktig at helseforetak og DPS nå bruker funn og erfaringer fra første årets tilsyn i eget forbedringsarbeid.

1 Innledning

1.1 "Midtveis"-rapport fra et toårig landsomfattende tilsyn

Statens helsetilsyn ved Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen gjennomfører hvert år landsomfattende tilsyn med utvalgte deler av spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjenester. I 2008 har tilsynet med spesialisthelsetjenesten vært rettet mot distriktpsykiatriske sentre (DPS), og tilsynet fortsetter i 2009. Opptrappingsplanen for psykisk helse har hatt som en av sine intensjoner å tilby tilgjengelige og helhetlige spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov. Å etablere DPS over hele landet har vært et hovedgrep i utbyggingen av en slik desentralisert spesialisthelsetjeneste.

Det er første gang tilsynsmyndigheten i hele landet har oppmerksomheten rettet mot samme del av spesialisthelsetjenesten i to påfølgende år, og vi forventer at tilsynserfaringer fra det første året kan brukes til læring og forbedring i samtlige DPS. Statens helsetilsyn har derfor valgt å skrive en rapport etter "halvgått løp" i tillegg til den oppsummeringsrapporten som utgis når hele tilsynet er gjennomført. En presentasjon av hva som på landsbasis er gjort av funn i den første delen av tilsynet antas å gi nyttig informasjon til helseforetak som ønsker å gjennomgå og sikre driften i sine DPS.

Vi har i denne rapporten valgt å fokusere på noen tilsynsystemaer: *håndtering av henvisninger, utredning og*

behandling/oppfølging. I den endelige oppsummeringsrapporten kommer vi også med en samlet presentasjon av funn og vurderinger for temaene *brukermedvirkning, samhandling, tilgjengelighet og forebygging/bruk av tvang*. Rapporten bygger på funn fra tilsyn i 28 DPS, hvilket utgjør vel en tredjedel av landets DPS. Bakerst i rapporten er det tatt med en oversikt over hvilke DPS som hadde tilsyn i løpet av 2008. Både enkeltrapper og denne nasjonale rapporten er lagt ut på vår nettside www.helsetilsynet.no.

Tjenestene i DPS har i løpet av 2008 vært gjenstand for flere statlige instansers oppmerksomhet. I løpet av 2008 har både Riksrevisjonen¹ og Statens helsetilsyn undersøkt tjenestetilbudet ved DPS. I regi av Helse- direktoratet har det vært gjennomført en landsdekkende kartlegging i landets DPS av ressursbruk, faglig innhold, tjenestetilbud og organisering². Som ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse som Norges forskningsråd gjennomfører på oppdrag av Helsedirektoratet, utga SINTEF Helse i 2008 en revidert rapport om utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre som bygger på data innsamlet i 2002, 2005 og 2007³. Metodebruk og datagrunnlag ved disse undersøkelsene er såpass forskjellig at de må sies å utfylle hverandre og til sammen gir et oppdatert bilde av tjenestetilbudet ved landets DPS.

1. Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetjenestene sitt tilbud til voksne med psykiske problemer. Dokument nr. 3:5 (2008-2009). Oslo: Riksrevisjonen, 2008. http://www.riksrevisjonen.no/Revisjonsresultater/Dokumentbase_Dok_3_5_2008_2009.htm (11.2.2009)

2. Kartlegging av de Distriktpsykiatriske sentrene i Norge 2008. Rapport. Oslo: Muusmann / AGENDA, 2008. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00080/Kartlegging_av_de_Di_80869a.pdf (11.2.2009)

3. Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Revidert rapport. Oslo/Trondheim: SINTEF Helse, 2008. Finnes i fulltekst på www.sintef.no/

1.2 Hva er et DPS?

Et DPS er en faglig selvstendig enhet med ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykisk helsevern for voksne i et gitt geografisk område. Etableringen av DPS har utgjort en viktig del av Opptrappingsplanens målsetting om et mer desentralisert hjelpe-tilbud.

I 2006 utga Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) en egen veileder⁴ som hadde som formål å gi tydelige føringer for videreutviklingen av det desentraliserte psykiske helsevernet, og å fokusere på utfordringer som er særlig aktuelle for å innfri Opptrappingsplanens intensjoner. DPS-enes *kjerneoppgaver* er i følge denne veilederen:

- Akutt- og krisetjenester
- Vurdering og utredning av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
 - poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par eller familier
 - ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser
 - strukturert dagbehandling
 - krise- og korttidsbehandling på døgnenhet
 - lengre tids døgnbehandling
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Veiledning til psykisk helsearbeid i kommunen
- Forskning og kvalitetsutvikling
- Utdanning av helsepersonell

Det understrekes i veilederen at behandlingen av psykiske lidelser i størst mulig grad bør gis poliklinisk, ambulant og som dagbehandling, og at tilbudet lett bør kunne tilpasses befolkningens behandlingsbehov. Videre påpekes at ledelsen har ansvar for å tilrettelegge for en funksjonell oppgaveløsning og koordinering på tvers av enheter og innen DPS som helhet, og at DPS-ene skal ha tydelige ledelses- og ansvars-

forhold og klare rapporteringslinjer.

Statens helsetilsyn legger til grunn Helsedirektoratets angivelser når det gjelder antallet DPS. Per 1. januar 2008 var det på landsbasis 75 DPS, med følgende fordeling mellom helse-regionene: Sør-Øst 34, Vest 16, Midt-Norge 11 og Nord 14.

1.3 Bakgrunn og områder for tilsynet

Statens helsetilsyn har de senere år gjennomført flere landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten til mennesker med psykiske lidelser⁵:

- 2002 Tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer (kommunale helsetjenester og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker)
- 2003 Tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer (akuttavdelinger og distriktpsikiatriske sentre)
- 2005 Tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til personer med langvarige og sammensatte behov
- 2006 Tilsyn med tværfaglige spesialiserte tjenester til rusmisbrukere
- 2007 Tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

Statens helsetilsyn har i samme periode også utgitt to større rapporter om tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser^{6,7}. Kunnskapsgrunnlaget i disse rapportene har i hovedsak vært våre samlede tilsynserfaringer, henholdsvis fra periodene 2000-2004 og 2005-2006. På bakgrunn av våre tilsynserfaringer har Statens helsetilsyn sett det som viktig å videreføre oppmerksomheten på tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, blant annet med ulike typer av tilsynsaktivitet når det gjelder det desentraliserte tjenestetilbudet. Det ble

4. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunen og sentralisere sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder 2006/9. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf (11.2.2009)

5. Rapporter fra samtlige tilsyn finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

6. Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Brev fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsministeren 17.3.2005. http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks___7172.aspx (11.2.2009).

7. Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007. Oslo: Statens helsetilsyn 2007. http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks___9081.aspx (11.2.2009).

derfor gjennomført tilsyn med *kommunale helse- og sosialtjenester* til voksne med psykiske lidelser i 2007 og besluttet å gjennomføre et landsomfattende tilsyn med *spesialisthelsetjenestene ved distriktpsikiatriske sentre* i 2008-2009.

I den siste av de to rapportene inngår en oppsummering av samtaler med et utvalg Helsetilsyn i fylkene og fylkesmenn om deres lokalkunnskap og -erfaringer angående helse- og sosialtjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Her omtales en rekke forhold som vi ut fra en risikovurdering fant det viktig å følge opp under utformingen av DPS-tilsynet. Flere av de samme forholdene ble for øvrig også påpekt som problemområder i oppsummeringsrapporten om det landsomfattende tilsynet i 2003. Dette gjelder bl.a. ulik praktisering av regelverket rundt inn-taket av pasienter i DPS-ene, at det mange steder er lang ventetid for å komme til behandling og at det er betydelige forskjeller når det gjelder kvalitetssikring av utredning og behandling, evaluering av igangsatte tiltak og dokumentasjonen av disse prosessene. Mangelfull samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og med det kommunale tjenestetilbudet går også igjen som bekymringstema. Samlet sett viste våre erfaringer at det synes å være stor variasjon i kvaliteten på tjenestene og i hvor langt man er kommet i den reelle omleggingen til et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud.

I forbindelse med forberedelsene til dette tilsynet avholdt Statens helsetilsyn møter med representanter fra bruker- og fagmiljøer og med Helsedirektoratet. Informasjon fra disse møtene var også viktig som grunnlag for våre samlede vurderinger av risiko og sårbarhet i tjenesten og derved for valg av temaer oppmerksomheten skulle rettes mot ved tilsynet.

Tilsynet er rettet mot helsetjenester som ytes ved DPS til voksne med *alvorlige psykiske lidelser*. Alvorlig psykisk lidelse er ikke en klart avgrenset sykdomsgruppe, men omfatter personer som er rammet av psykoselidelser, alvorlige depressive tilstander og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Dersom pasienter som trenger helsehjelpen mest ikke blir gitt nødvendig prioritet og hjelp til rett tid, eller tilbudet de mottar ikke er tilpasset deres tilstand eller ikke gis av personell med rett kompetanse, kan følgen bli at pasienten får forringet sin helsetilstand og videre livskvalitet. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil dette kunne få særlig alvorlige konsekvenser, som også kan være livstruende. Vi har derfor valgt både å ta med forhold knyttet til pasientenes tilgang til tjenestene, dvs. til *vurdering og prioritering av henviste pasienter*, og forhold knyttet til de tjenestene DPS yter i form av *utredning, behandling og oppfølging*.

I tillegg til å undersøke om generelle krav til forsvarlig utredning er ivaretatt, fokuseres spesielt på pasienter med nyoppdagede symptomer forenlig med psykoselidelse og på pasienter med alvorlig depresjon. Disse to gruppene er valgt fordi det kan ha avgjørende betydning for pasientens prognose å sikre rask igangsetting og gjennomføring av utredningsprosessen. For begge sykdomskategoriene foreligger også en rimelig nasjonal konsensus om innhold og omfang av utredning.

Når det gjelder behandling og oppfølging, skal tilsynet etterse om DPS sikrer at behandlingstilbudet generelt sett er forsvarlig, og spesielt om pasienter med alvorlig depresjon sikres forsvarlig behandling og oppfølging. Dette er en velavgrenset pasientgruppe der det er faglig konsensus om hvilke elementer som må inngå i behandlingen. Pasienter med nyoppdaget psykose er derimot en mer heterogen pasientgruppe der behandlingen innrettes etter pasientens grunnlidelse.

Innen disse hovedområdene rettes også oppmerksomheten mot brukermedvirkning, samhandling med aktuelle samarbeidspartnere, tilgjengelighet til tjenestetilbudet når behovene tilsier at det haster med å få nødvendige tjenester, samt forebygging og reduksjon av bruk av tvang – herunder gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold der DPS er ansvarlig for gjennomføring av vernet.

Myndighetskravene som er knyttet til de områdene for tilsynet som omtales videre i denne rapporten, er i hovedsak avledet fra lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Hovedbestemmelsen om at tjenestene som DPS gir skal være forsvarlige, er spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Bestemmelsene i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven bidrar til konkretisering av kravet om at tjenestene skal være forsvarlige. Alle pasienter som henvises til DPS har i følge pasientrettighetsloven § 2-2 rett til å få sin helsetilstand vurdert. Prioriteringsforskriften utdyper vilkårene for vurdering av pasientenes rett til nødvendig helsehjelp. DPS må sikre at journalføringsplikten overholdes i henhold til kravene i forskrift om pasientjournal. Ved tilsynet ses faglige og styringsmessige krav i sammenheng. Internkontrollen må i følge forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten være tilstrekkelig til å ivareta oppgavene som DPS skal utføre.

2 Metode og gjennomføring av tilsynet

Tilsynet med spesialisthelsetjenester ved DPS gjennomføres av regionale tilsynslag ledet av en revisjonsleder og satt sammen av medarbeidere med helsefaglig og juridisk kompetanse fra Helsetilsynet i fylkene innen hver helseregion. Ved dette tilsynet har Statens helsetilsyn også oppnevnt eksterne fagrevisorer for å sikre de faglige vurderingene i tilsynet. Hvert tilsynslag har med en psykiater og en psykologspesialist.

Statens helsetilsyn gjennomfører landsomfattende tilsyn som *systemrevisjon*. Systemrevisjon er en velkjent og internasjonalt anerkjent revisjonsmetode og godt egnet til å undersøke om virksomhetens praksis er underlagt systematisk styring og derved få fram sammenhengen mellom faglige og styringsmessige utfordringer. Hvordan systemrevisjoner planlegges, utføres og gjennomføres er beskrevet i en egen prosedyre som finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Der finnes også en kort omtale av hovedelementene som inngår i denne formen for tilsyn.

Ved landsomfattende tilsyn utarbeider Statens helsetilsyn et internt arbeidsdokument, en *veileder*, som Helsetilsynet i fylkene skal legge til grunn ved planleggingen og gjennomføringen av sine tilsyn. Den inneholder bl.a. en nærmere operasjonalisering av det aktuelle regelverket som anvendes ved tilsynet. Veilederen offentliggjøres på www.helsetilsynet.no når tilsynsperioden er avsluttet og vil kunne egne seg for virksomheter som vil følge opp

temaer fra tilsynet med interne revisjoner.

For hver systemrevisjon blir det utarbeidet en *skriftlig rapport* som beskriver de faktiske forholdene som tilsynet har undersøkt og hvilke konklusjoner som er trukket på bakgrunn av opplysningene som er innhentet. Når det i løpet av tilsynet blir avdekket regelbrudd, blir dette påpekt som *avvik* fra aktuelt regelverk. Disse underbygges med fakta som er knyttet både til selve tjenesteytingen og til styringen. Avvikene følges opp av Helsetilsynet i fylket. *Merknader* gis når tilsynsmyndigheten ønsker å påpeke forbedringsområder uten at det foreligger regelbrudd.

Ved avslutningen av landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten utarbeider Helsetilsynet i de aktuelle fylkene også *regionale rapporter* som sendes til det regionale helseforetaket og deres helseforetak. Rapportene er tilgjengelige på www.helsetilsynet.no. Der legges også denne rapporten samt den endelige oppsummeringstrappen i 2010.

Denne rapporten bygger på resultatene fra tilsyn i 28 DPS. Dette utgjør vel en tredjedel av landets DPS. Det ble i 2008 ført tilsyn med minst ett DPS i hvert helseforetak (unntatt i ett helseforetak og to private sykehus). Lokal kunnskap og risikovurderinger har vært medvirkende for valg av DPS. Utvalget av enheter er dermed ikke tilfeldig, og funnene fra tilsynene kan ikke ubetinget

generaliseres til landet som helhet. Likevel gir de etter vår vurdering viktig informasjon om sentrale utfordringer på området.

Vi har i denne rapporten ikke funnet det hensiktsmessig å ta med detaljerte henvisninger til regelverket. I stedet er det for hvert av hovedtemaene i kap. 3 gitt en kortfattet framstilling av kravene. Det er heller ikke referert direkte til avvik og merknader, men i stedet gitt en sammenfatning av tilsynsfunnene og det som faktisk er observert og beskrevet i tilsynsrapportene.

3 Funn og vurderinger

3.1 Innledning

I alt ble det ved 22 av 28 tilsyn funnet brudd på myndighetskrav og påpekt ett eller flere avvik. I de øvrige seks tilsynene ble det ikke påpekt avvik, men ved tre av dem ble det gitt merknader, dvs. at tilsynsmyndigheten påpekte forbedringspotensial. Det ble også gitt en eller flere merknader ved 12 av de 22 tilsynene der det ble påpekt avvik.

I det følgende beskrives nærmere hva som ble gjort av funn i tilsynet når det gjelder håndtering av henvisninger og utredning/behandling/oppfølging samt våre vurderinger av disse funnene. Innledningsvis er tatt med en kort omtale av kravene på hvert område.

3.2 Pasientenes vei inn i DPS – vurderinger og prioriteringer av henviste pasienter

3.2.1 Krav til håndtering av henvisninger

Når DPS mottar en henvisning, gir det pasienten rett til å få sin helsetilstand og sitt behov for helsehjelp vurdert av spesialisthelsetjenesten. Retten til vurdering gjelder alle henviste pasienter. Regelverket er utformet for at pasienter som har størst behov for helsehjelpen skal bli prioritert og få nødvendig hjelp innen en forsvarlig frist. Det skal foretas en reell faglig vurdering av pasientens behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. For de pasientene som vurderes å ha *rett til*

nødvendig helsehjelp skal det besluttes innenfor hvilken *frist* det er medisinsk forsvarlig at hjelpen blir gitt. De øvrige henviste pasientene vil bestå av to grupper: pasienter som vurderes å kunne ha nytte av hjelp fra spesialisthelsetjenesten, men uten at det anses nødvendig å sette en behandlingsfrist, og pasienter som vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som ofte vil ha behov som kan/bør ivaretas innenfor rammen av førstelinjens tjenestetilbud. Disse vurderingene skal det være mulig å gjenfinne i pasientens journal. DPS må sørge for at vurdering og prioritering sikrer alvorlig syke pasienter rask behandling, og at det gis rask tilbakemelding til pasient og pasientens fastlege om hvordan pasienten vil bli tatt hånd om.

Dersom henvisningen ikke er tilstrekkelig til at det kan foretas en vurdering, skal ikke slike søknader avvises, men DPS må innhente supplerende opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse. Ordningen med fritt sykehusvalg innebærer at DPS er forpliktet til også å vurdere henvisninger av pasienter utenfor DPS-ets opptaksområde. DPS kan heller ikke avvise henvisninger som omhandler problemstillinger som DPS ikke er tillagt oppgaven å håndtere, men er forpliktet til å oversende henvisningen til rett instans raskest mulig for å overholde regelverkets frister.

3.2.2 Funn og vurderinger knyttet til håndtering av henvisninger

Ved 15 av de 28 DPS-ene fant tilsynet at vurdering og prioritering av henvisninger ikke alltid var i overensstemmelse med kravene som er fastsatt i lov og forskrift. Flere DPS foretok ikke en vurdering av pasientens behov for helsehjelp, før det ble vurdert om pasienten hadde rett til *nødvendig* helsehjelp. Ved noen DPS ble nesten alle pasienter gitt rett til nødvendig helsehjelp uavhengig av prioriteringsforskriftens bestemmelser. Tilsynet fant også at flere DPS igangsatte behandling uten at det var foretatt en vurdering av om pasientene hadde et reelt behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Ved noen DPS ble ventetiden funnet å være opptil et halvt år for første konsultasjon, og behandlingsfrister ble satt uavhengig av pasientens tilstand og situasjon. Flere DPS manglet system for å sikre fortløpende, foreløpige spesialistvurderinger av innkomne søknader og fange opp henvisninger som haster. Disse forholdene kan til medføre at det blir tilfeldig og uforutsigbart hvorvidt henviste pasienter med alvorlige psykiske lidelser reelt prioriteres.

Tilsynet undersøkte også hvilke forhold som hadde ligget til grunn når det var gitt avslag på henvisninger. I flere DPS ble det gitt avslag på henvisninger på grunnlag av mangelfulle henvisningskriv og uten at nødvendige tilleggsopplysninger ble innhentet. Ved disse DPS var det heller ikke praksis å innkalle pasienten til en vurderingssamtale. Noen DPS avviste pasienter som hadde bosted utenfor deres eget opptaksområde. Henvisninger som i følge DPS var feilsendt eller gjaldt problemstillinger DPS ikke kunne håndtere, ble ved noen DPS returnert til henviser i stedet for å bli videresendt til rett instans.

I de 15 DPS-ene der det ble avdekket avvik når det gjaldt håndteringen av henvisninger, ble det funnet flere typer mangler ved styring og ledelse av denne delen av DPS-ets oppgaver. Dette gjaldt bl.a. manglende risikovurderinger og systematisk gjennomgang av rutiner for vurderinger og prioriteringer av henviste pasienter, herunder mangelfull oversikt over gjennomsnittlig ventetid

til første konsultasjon. Ved flere av DPS-ene var heller ikke et fungerende avvikssystem som sikret at uheldige hendelser som gjaldt håndteringen av henvisninger ble avdekket og rettet opp.

Funnene som hittil er gjort, er velkjente fra tidligere tilsyn. Statens helsetilsyn ser med bekymring på at det fortsatt synes å være utbredt svikt når det gjelder prioritering og vurdering av pasienter som henvises til DPS. I tillegg til at dette kan ha alvorlige konsekvenser for helsehjelpen til den enkelte pasient, kan feil og mangler på dette området også bidra til å svekke samarbeidet mellom DPS og henvisende instanser som fastleger og andre deler av helsetjenesten. Statens helsetilsyn stiller spørsmål ved om svikt i den overordnede styringen kan ligge bak at regelverket mange steder ikke synes å være godt nok kjent og at det legges for liten vekt på å følge med på om pasientenes rettigheter ivaretas. Det er imidlertid grunn til å bemerke at tilsynet også har vist at mange DPS håndterer henvisninger på en systematisk og god måte.

3.3 Utrednings- og behandlingsprosessen må være planmessig og styrt

3.3.1 Krav til utredning, behandling og oppfølging

DPS må ha bred kompetanse innen utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med psykiske lidelser, og oppgavefordelingen mellom DPS og andre deler av det psykiske helsevernet i foretaket må være avklart. Ansvar, oppgaver og myndighet må være tydelig fordelt, og det må være kjent hvem som har ansvar for å sikre forsvarlig utredning, behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Utrednings- og behandlingstilbudet må være i tråd med nasjonale retningslinjer og anerkjent praksis. DPS må sørge for at behandlingstilbudet er fleksibelt nok til å imøtekomme behov for oppfølging som haster og for å kunne tilby oppfølging av pasienter også utenom DPS-ets egne lokaler.

Det må være avklarte samhandlingsrutiner med aktuelle deler av spesialisthelsetjenesten innen psykiatri og somatikk, og med fastleger og kommunale tjenester i opptaksområdet. Rundt den enkelte pasient må DPS legge til rette for at samarbeid kan igangsettes og gjennomføres der dette er nødvendig allerede i utredningsfasen og/eller som ledd i oppfølgingen mens pasienten behandles i DPS. Dette gjelder samarbeid om bl.a. håndtering av akutte kriser, legemiddelforskrivning, utarbeidelse og oppfølging av individuell plan og opplegg for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

DPS må sørge for at alle typer av utredning og behandling foretas av personell med tilstrekkelig kompetanse for dette arbeidet. Det må være etablert ordninger som sikrer at det diagnostiske og behandlingsmessige arbeidet blir kvalitetssikret av spesialist (psykiater/psykologspesialist). DPS må foreta risikovurderinger for å identifisere kritiske trinn i utrednings- og behandlingsarbeidet og sørge for at informasjon om svikt blir oppfanget og at feil rettes opp.

DPS må ha etablert nødvendige tiltak som sikrer forsvarlig utredning og behandling av den enkelte pasient. DPS må også sørge for at det er kjent og forstått av alle, og blir fulgt opp i praksis hvordan disse prosessene skal foregå, hva de skal inneholde og hvordan de skal dokumenteres.

I utredningsprosessen skal relevante forhold kartlegges og dokumenteres og kunne ut i en diagnostisk beslutning. DPS må sikre at standardiserte diagnostiske hjelpemidler/verktøy er kjente og tilgjengelige for dem som foretar utredningene. Vurdering av selvmordsrisiko skal inngå som standard ved alle første gangs vurderinger og om nødvendig gjentas i løpet av behandlingskontakten. Det skal tas konkret stilling til selvmordfare og til adekvate tiltak. Vurderinger og konklusjoner skal dokumenteres, og DPS må sørge for nødvendig kvalitetssikring fra spesialist. For enkelte pasienter er det også nødvendig å vurdere om pasientene kan

være til fare for andre. DPS må også sikre at nødvendige somatiske undersøkelser blir foretatt og at det finnes personell som kan vurdere resultatene.

Pasientene må også kunne forvente å møte et målrettet og strukturert behandlingstilbud i DPS. Dette forutsetter at det utarbeides en planmessig oversikt over behandlingen som også kan gjenfinnes i pasientens journal. Pasienten må få ivarett sin rett til informasjon og medvirkning i alle ledd av behandlingen, herunder informasjon om rett til individuell plan dersom dette er aktuelt. Samhandling med pasientenes tjenesteytere og eventuelle andre, for eksempel pårørende, er også viktig i behandlings- og oppfølgingsfasen av personer med alvorlige psykiske lidelser. Forholdene må så langt som mulig tilrettelegges slik at frivillig deltakelse kan oppnås. For pasienter som er under tvungent vern uten døgnopphold i institusjon, må DPS sørge for å en forsvarlig gjennomføring av vernet. Det må også foreligge tiltak som sikrer at pasienten får en forsvarlig avslutning av behandlingen og at epikriser kvalitetssikres.

3.3.2 Funn og vurderinger knyttet til utredning og behandling

I 16 av de 28 DPS-ene ble det påpekt ett eller flere avvik fordi foretaket ikke hadde sørget for at utredning og /eller behandling og oppfølging var forsvarlig på alle områder. I ni av de øvrige DPS ble det gitt en eller flere merknader som betyr at tilsynsmyndigheten påpeker forbedringspotensial. Kun i tre av DPS-ene fant tilsynet ikke noe å bemerke.

I denne rapporten omtaler vi noen hovedfunn knyttet til utredning og behandling. En mer fullstendig gjennomgang av alle temaer fra denne delen av tilsynet blir gitt i den endelige oppsummeringsrapporten når samtlige tilsyn er gjennomført.

Ved flere DPS var det ikke etablert en praksis som sikret at utredninger alltid ble kvalitetssikret av spesialist før diagnose ble stilt, og at alle behandlingsforløp jevnlig ble vurdert av spesialist. Ved to av disse DPS-ene var

det ikke sørget for tilstrekkelig psyko-
logspesialist- og psykiaterkompetanse,
noe som også medførte manglende
kontinuitet i pasientbehandlingen og i
samarbeidet internt og eksternt. Mangel
på legeressurser medførte også at medi-
sinske tilstander ikke systematisk ble
fanget opp og vurdert.

Flere tilsyn påpekte at ledelsen ikke
hadde gjennomført risikovurderinger
for å fange opp om det skjer svikt i ut-
rednings- og behandlingsprosessene.
Ved mange av DPS-ene fantes elektro-
niske kvalitetssystemer, men det frem-
kom flere steder at det ikke var noen
felles forståelse for hva som skulle
meldes av avvik når det gjaldt utredning
og behandling.

Selv om det i mange DPS forelå en del
skriftlige prosedyrer for utredning og
behandling, hadde disse ofte en uklar
status eller var lite kjent, forstått og
etterlevd.

Når det gjaldt utredningene, ble det i
mange av DPS-ene påvist mangler
knyttet til systematikk og kvalitets-
sikring av disse prosessene og av
hvordan de ble dokumentert. Det
manglet flere steder prosedyrer og/eller
en omforent praksis for hvilke forhold
som skal kartlegges ved en utredning og
hva som skal journalføres. Dette gjaldt
blant annet bruken av diagnostiske
tester og journalføringen av funn fra
disse. Ved flere DPS fant tilsynet at det
også manglet en omforent rutine for ut-
redning av pasienter med henholdsvis
psykose eller alvorlig depresjon, og at
det ble for stor variasjon i kvaliteten på
utredningene av disse pasientgruppene.
Ved noen DPS viste journalgjennom-
gang at det tok unødig lang tid før
psykosediagnosen ble stilt, og at dette
hadde bakgrunn i manglende sikring av
kompetanse og fremgangsmåte ved ut-
redningen. Også systemer for sikring av
somatiske utredninger og farlighets-
vurderinger manglet ved flere DPS.
Tilsynet tyder på at selvmordsvurderin-
ger nok ble foretatt og kvalitetssikret,
men at dokumentasjonen av hvilke
vurderinger som lå til grunn for konklus-
jonene, ofte var mangelfull.

Ved DPS der det ble påpekt avvik

knyttet til behandling og oppfølging,
skyldtes dette at behandlingstilbudet
manglet systematikk og planmessighet.
Ved gjennomgang av journaler ble det i
mange av DPS-ene ofte ikke funnet
noen sammenhengende fremstilling av
opplegg for den videre behandlingen.
Noen steder var det laget prosedyre
eller maler for bruk av behandlingsplan,
men disse var i liten grad i vanlig bruk.
De fleste DPS-ene manglet imidlertid
også slike maler. For pasienter med al-
vorlig depresjon manglet det i flere DPS
systematiske beskrivelser i journalene
av hvilke behandlingsformer pasientene
var blitt tilbudt, og mål, innhold og
struktur i samtalebehandlingen ble i
liten grad dokumentert. Flere tilsyn
påpeker også at det heller ikke forelå
noen fastlagt rutine eller andre tiltak for
å sikre det faglige innholdet i behand-
lingstilbudet av denne pasientgruppen.
Når det gjaldt epikriser, ble det ved
flere DPS påpekt at det manglet stan-
darder for hvordan disse skulle utfor-
mes, og epikrisenes kvalitet varierte
betydelig. I mange epikriser manglet
bl.a. diagnostiske vurderinger og råd
om videre tiltak og oppfølging.

Ut fra Statens helsetilsyns vurdering har
det første årets tilsyn vist at det i mange
DPS foreligger viktige svakheter når
det gjelder tjenestene som tilbys til
pasienter med alvorlige psykiske lidel-
ser. Konsekvensene av funnene som er
fremkommet når det gjelder *utrednin-
ger* kan være at den diagnostiske
prosessen blir ufullstendig eller feil-
aktig og at pasientene derved ikke får
den hjelpen de trenger. Det kan påføre
de aktuelle pasientgruppene unødig
lidelse og få uheldige konsekvenser for
pasientens prognose. Statens helsetilsyn
vurderer det også som alvorlig dersom
det ikke brukes anerkjente diagnostiske
metoder i utredningsarbeidet.
Utredningsprosessene synes mange
steder å mangle nødvendig oppfølging
fra ledelsens side.

Også når det gjelder *behandling og
oppfølging* har det etter Statens helse-
tilsyns vurdering framkommet svak-
heter som kan medføre risiko for svikt i
kvaliteten på tjenestetilbudet til pasient-
ene. I for stor grad synes det å være opp
til den enkelte terapeut hvordan

behandlingstilbudet skal legges opp, dokumenteres og gjennomføres. Kritiske trinn mangler også her styring og oppfølging fra ledelsens side for å sikre det faglige innholdet i behandlingen. Mangler ved journalføringen gir risiko for svikt i utredning og behandling, bl.a. ved at det blir vanskelig å følge opp pasienten for personell som må overta ved ferie og annet fravær eller ved varig skifte av terapeut. Samhandlingen med førstelinjetjenesten kan også bli svekket når DPS ikke kvalitets-sikrer epikrisene de sender ut.

3.4 Styrking av internkontrollen i DPS er nødvendig

DPS må etablere et styringssystem som er tilstrekkelig til å ivareta virksomhetens oppgaver. For DPS som er tilknyttet et helseforetak, vil dette inngå som en del av styringssystemet til helseforetaket. Internkontrollen skal tilpasses det enkelte DPS-ets størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha et omfang om er nødvendig for å etterleve kravene i helselovgivningen. Hva som skal foreligge i skriftlig form, må avgjøres ut fra virksomhetens egne interne behov. Uansett skal driften i DPS være underlagt styring, og det skal ikke være tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner at helsetjenestene som ytes der er faglig forsvarlige.

Ved tilsyn der det ble avdekket avvik, er det også foretatt en samlet vurdering av styringssystemet ved DPS-et. Disse vurderingene tyder på at mange DPS fortsatt har en vei å gå før de har en vel fungerende internkontroll som reduserer risikoen for svikt og sikrer at virksomhetens oppgaver løses i henhold til kravene i helselovgivningen. Statens helsetilsyn forventer at helseforetakene sørger for at det etableres styringssystemer som er tilstrekkelige til å ivareta DPS-enes oppgaver.

Vi gjengir nedenfor noen representative sitater fra vurderinger av styringssystemet i DPS, hentet fra rapporter der det ved tilsynet ble avdekket ett eller flere avvik:

Organisering, fordeling av ansvar og oppgaver

- Det er flere uavklarte organisatoriske forhold. Det er ikke klart kven av legane som har det overordna medisinske ansvaret på sengeposten. Det er heller ikke klart kven som er journalansvarleg på systemnivå og kven som har ansvaret for å følge opp nyttilsette behandlarar.
- Tilsynet har vidare merket seg at det er en viss uklarhet når det gjelder den faglige myndigheten. Særlig gjelder dette oppgavefordelingen mellom overleger og den som innehar teamlederfunksjon.

Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon

- Risikovurderinger knyttet til risiko for brudd på helselovgivningen gjennomføres ikke systematisk i avdelingen og begrepet var i liten grad kjent blant de ansatte. Dermed får helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad benyttet seg av arbeidstakernes kunnskap og erfaringer om hvor det er risiko for svikt.
- Virksomheten hadde et system for registrering og håndtering av avvik og uønskede hendelser. Det var varierende kjennskap til det skriftlige systemet og det ble benyttet i liten grad. Poliklinikken hadde heller ikke et tilstrekkelig opplegg for risikovurderinger. Når disse systemene for avviks- og risikovurderinger ikke fungerer tilstrekkelig, undergraver det ledelsens mulighet for å kunne avdekke, rette opp og forebygge svikt i fremtiden.
- Det er etablert et system for melding av svikt/uønskede hendelser/avvik og hvordan dette skal følges opp av ledere på forskjellig nivå. Dette systemet er kjent, men det er ikke en ens forståelse av hva som skal meldes ut over alvorlige hendelser. Intervjuer tilsier at det ikke er en kultur for å melde avvik i tilsette enheter. Det skriftlige avvikhåndteringssystemet nyttes i liten grad. Rutinene for tilbakemelding til den som har meldt skriftlig avvik framstår som uklare.

Tiltak for å legge til rette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

- Det var i mange tilfeller likevel uklart hvilke rutiner eller prosedyrer som skulle sikre enhetlig og forsvarlig håndtering av henvisninger samt utredning, behandling og oppfølging av pasientene. De forhold som rapporten beskriver, viser at ledelsen ikke i tilstrekkelig grad hadde maktet å fange opp situasjonen og iverksette korrigerende tiltak.
- Krav til verksemda og rutinar er tilgjengelige for dei tilsette, men alle er ikkje kjende med desse. Det fører til at alle rutinar ikkje er kjende og følgde av alle.
- Det foreligger en skriftlig rutine for utredningsprosedyre ved psykiatrisk poliklinikk. Denne gjelder for alle ansatte fagpersoner i poliklinikken. Denne er i liten grad kjent, har vage krav og tar ikke opp i seg de minimumskrav som stilles til utredning. Poliklinikken har egen mal, status for denne er uklar. Det er overordnede krav til journalføring på foretaksnivå. Disse er i liten grad implementert i tilsette enheter. Det er ikke innført mal for innhold i behandlingsplan. Behandlingsplan skrives i varierende grad inn i løpende journal. Ved tilsette enheter er det ikke system for å kontrollere at prosedyrer er kjent og følges.
- Det er utarbeidet en rekke prosedyrer/retningslinjer som beskriver og til en viss grad stiller krav til den pasientrettede driften. Status for prosedyrer, retningslinjer etc. som var sentrale i forhold til temaene for tilsynet var uklar. På denne måten kan det bli uklart hvilke forventninger ledelsen har. Dette gjelder for eksempel bruk av journalmaler, kartleggingsverktøy og konkretisering og registrering av behandlingsplan.

Ledelsens gjennomgang

- Det er i liten grad etablert systematisk gjennomgang og evaluering av driften ved Psykiatrisk senter. Det er ikke etablert intern revisjon fra ledelsen for å sikre at det faglige innholdet i behandlingstilbudet holdt et forsvarlig nivå.

- Tilsynet registrerer at virksomheten mangler en systematisk gjennomgang av sin internkontroll for å iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer og rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge svikt. Videre registrerer tilsynet at virksomheten mangler en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt.

4 Statens helsetilsyns vurdering

Hensikten med denne rapporten har vært å gi en samlet framstilling av problemområder som på landsbasis er avdekket i løpet av første halvdel av det toårige DPS-tilsynet.

At det i en såpass stor andel som 22 av 28 DPS ble avdekket brudd på krav i lov og forskrift på et eller flere områder, gir grunn til bekymring for kvaliteten på det tjenestetilbudet som DPS-ene har ansvar for. Opptrappingsplanen er avsluttet, og det må forventes at DPS-ene i større grad har etablert systemer som sikrer at pasientene får et forsvarlig tilbud. Det er etter Statens helsetilsyns vurdering viktig at helseforetak og DPS nå bruker funn og erfaringer fra det første årets tilsyn i eget forbedringsarbeid.

Rapporter fra tilsyn skal beskrive avdekket svikt og faktagrunnlaget som ligger til grunn for slike funn. Forhold som fungerer tilfredsstillende omtales derfor i liten grad i en tilsynsrapport. Rapporter fra tilsyn der det ikke ble avdekket svikt på de områdene tilsynet har omfattet, viser hvilke DPS som tilsynsmyndigheten har vurdert at oppfyller myndighetskravene på de aktuelle områdene. Kontakt med slike DPS og deres helseforetak kan gi mulighet for erfaringsoverføring. Samtlige tilsynsrapporter er tilgjengelige på www.helsetilsynet.no.

Distriktpsikiatriske sentre som har inngått i tilsynet i 2008

<i>Helseregion</i>	<i>DPS</i>	<i>HF</i>
Helse Sør-Øst	DPS Moss	Sykehuset Østfold HF
	Alna DPS	Aker universitetssykehus HF
	Søndre Oslo DPS	Ullevål universitetssykehus HF
	Lillestrøm DPS	Akershus Universitetssykehus HF
	Psykiatrisk senter Asker	Sykehuset Asker og Bærum HF
	DPS Kongsvinger	Sykehuset Innlandet HF
	DPS Gjøvik	Sykehuset Innlandet HF
	Kongsberg DPS	Helse Blefjell HF
	DPS Ringerike	Ringerike Sykehus HF
	Drammen DPS	Sykehuset Buskerud HF
	Søndre Vestfold DPS	Psykiatrien i Vestfold HF
	DPS Skien	Sykehuset i Telemark HF
	DPS Vestmar	Sykehuset i Telemark HF
	DPS Aust-Agder	Sykehuset Sørlandet HF
	DPS Solvang	Sykehuset Sørlandet HF
Helse Vest	Sandnes DPS	Sykehuset Stavanger HF
	Karmøy DPS	Helse Fonna HF
	Betanien DPS	Del av sykehuset Hospitalet Betanien, driftsavtale med Helse Vest RHF
	Indre Sogn DPS	Helse Førde HF
Helse Midt-Norge	Ålesund DPS	Helse Sunnmøre HF
	DPS Kristiansund	Helse Nordmøre og Romsdal HF
	Tiller DPS	St. Olavs Hospital HF
	DPS Kolvereid / Namsos DPS (poliklinikk)	Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Nord	Psykiatrisk senter Mo i Rana	Helgelandssykehuset HF
	Lofoten DPS	Nordlandssykehuset HF
	Senter for psykisk helse i Sør-Troms	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
	DPS Vest-Finnmark	Helse Finnmark HF
	DPS Midt-Finnmark	Helse Finnmark HF

DPS: Riikkaviidosaš bálvalusat, muhto iešguðetlágán kvalitehta?

Čoahkkáigeassu – vuosttaš bealli guovllupsykiatriijalaš guovddážiid spesialistadearvvašvuodabálvalusaid riikkaviidosaš geahčus 2008-09

Čoahkkáigeassu Dearvvašvuodageahču Raportta 4/2009 čoahkkáigeassu

2008:s čadahuvvui bearráigeahčču 28 riikka 75 guovllupsykiatriijalaš guovddážiin (dárogiillii oaniduvvon DPS) . Bearráigeahčču bistá 2 jagi ja joatká loahpageahčái 2009. Geahčču iskkada DPS:id dearvvašvuodabálvalusaid pasieanttaide geain leat duodalaš psykiatriijalaš gillámušat ja dat čadahuvvo guovllulaš geahččojoavkkuid olis geain leat veahkin psykologaspecialista ja psykiater olggobeale fágadárkkisteaddjin. Dát “beallemuttos”-raporta muitala gávnnahemiid birra mat gusket SPS:id čujuhuvvon pasieanttaid árvoštallamii ja vuoruheapmái ja dohkálaš čielggadeapmái/čuoovvoleapmái. Raporttas mii bohtá 2010:s šaddet ovdan váldot temát nugo geavaheaddjeváikkuheapmi, ovttasdoaiman, olahttivuohta ja bággenoaimit maid eastadeapmi/čadaheapmi.

Bearráigeahčču lea čájehan ahte badjel bealli DPS:in ii álo čuvvon láhkamearrádusaid čujuhusaid giedahallamis. Nu sáhtta šaddat soaitáhagaid mielde ja eahpesihkarvuohta das man muddui vuoruhuvvojit čujuhuvvon pasieanttat geain leat duodalaš psykiatriijalaš gillámušat. Sullii bealli DPS:in ii sihkkarastán pasieanttaid dáfus bealuštahti čielggadeami ja dikšuma. Ovdamearkka dihte váilo prosedyrat ja/dahje sohppojuvvon geavat dan hárrái movt dát proseassat galget doaimmat, maid dat galget sistidoallat ja movt dat galget dokumenterejuvvot. Mánnga DPS eai fuolahan systemáhtalaččat ahte spesialista (psykologaspecialista/psykiater) kvalitehtasihkkarastá diagnostihkkalaš barggu ja

dikšuma.

Stáhta dearvvašvuodageahču árvoštallama mielde lea vuosttaš jagi bearráigeahčču čájehan ahte mánnga DPS:s leat deatalaš váilevašvuodat bálvalusaid dáfus mat fálojuvvojit pasieanttaide geain leat duodalaš psykiatriijalaš gillámušat. Deatalaš dásiin leat jodiheaddjit láivvit stivret ja čuoovvolit bealuštahti čuoovvoleami ja dikšuma. Mánnga DPS:s orru maid váilume buresdoaimmi siskkáldas bearráigeahčču, mii galgá unnidit boastut geavvama riskka ja sihkkarastit ahte doaimmahaga geatnegasvuodat čovdojuvvojit dearvvašvuodalágaid gáibádusaid mielde.

District psychiatric centres: Countrywide services, but variable quality?

Summary of the first phase of countrywide supervision 2008-2009 with specialized health services provided in district psychiatric centres

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 4/2009

In 2008, supervision of 28 of the 75 district psychiatric centres (DPS) in the country was carried out. Supervision will continue over two years until 2009. We investigated health services provided by the DPSs to patients with serious mental disorders. Supervision was carried out by regional supervision teams, augmented with specialist psychologists and psychiatrists as professional auditors. This “half-way” report presents results about the DPSs’ assessment and prioritization of referred patients and about whether they ensure that patients are adequately examined, treated and followed up. The report that will be published in 2010 will also deal with client participation, cooperation, availability and prevention/use of coercion and restraint.

Supervision has shown that in over half of the DPSs, the way in which referrals were dealt with was not always in accordance with legislative requirement. This can mean that prioritization of referred patients with serious psychiatric disorders can be unpredictable and left to chance. About half of the DPSs did not ensure that patients were adequately assessed and treated. For example, they lacked procedures and/or standard practice for how these procedures should be carried out, what they should involve, and how they should be documented. Several DPSs did not systematically ensure that diagnosis and treatment were quality controlled by specialists (psychologists and psychiatrists).

According to the assessment of the Norwegian Board of Health Supervision, the first year with supervision has shown that in many DPSs there are serious deficiencies in the services that are offered to patients with serious mental disorders. Critical phases lack management and follow-up from leadership to ensure that patients are adequately assessed and treated. In many DPSs there was no well-functioning internal control system, to reduce the risk of deficiencies, and to ensure that services are provided in accordance with legislative requirements.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2008

1/2008 Meldesentralen – årsrapport 2006

2/2008 ”Mens vi venter ...” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste

3/2008 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

4/2008 Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven

5/2008 Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007

6/2008 Oppsummeringsrapport etter tilsyn med smitteisolering ved 10 helseforetak i 2006. Statens helsetilsyn og Arbeidstilsynet

7/2008 Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no.

Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgivelser 2009

1/2009 Hans Petter Schjøsby: Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge

2/2009 Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

3/2009 Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

4/2009 DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre

5/2009 Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 4/2009

DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre

I 2008 ble det gjennomført tilsyn i 28 av landets 75 distriktpsikiatriske sentre (DPS). Tilsynet er toårig og fortsetter ut 2009. Tilsynet undersøker DPS-ets helse-tjenester til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og utføres av regionale tilsynslag supplert med psykologspesialist og psykiater som eksterne fagrevisorer. Denne ”midtveis”-rapporten handler om funn som gjelder DPS-enes *vurdering og prioritering av henviste pasienter* og sikring av forsvarlig *utredning og behandling/oppfølging*. I rapporten som kommer i 2010 blir også temaene *bruker-medvirkning, samhandling, tilgjengelighet og forebygging/bruk av tvang* omtalt.

Tilsynet har vist at i over halvparten av DPS-ene var håndteringen av henvisninger ikke alltid i overensstemmelse med lovkravene. Det kan derved bli tilfeldig og uforutsigbart hvorvidt henviste pasienter med alvorlige psykiske lidelser prioriteres. Om lag halvparten av DPS-ene sikret ikke forsvarlig utredning og behandling av pasientene. For eksempel manglet prosedyrer og/eller en omforent praksis for hvordan disse prosessene skal foregå, hva de skal inneholde og hvordan de skal dokumenteres. Flere DPS sørget ikke systematisk for at det diagnostiske og behandlingsmessige arbeidet ble kvalitetssikret av spesialist (psykologspesialist/psykiater).

Etter Statens helsetilsyns vurdering har det første årets tilsyn vist at det i mange DPS foreligger viktige svakheter når det gjelder tjenestene som tilbys pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Kritiske trinn mangler styring og oppfølging fra ledelsens side for å sikre forsvarlig utredning og behandling. Mange DPS synes å mangle en velfungerende internkontroll, som skal redusere risikoen for svikt og sikre at virksomhetens oppgaver løses i henhold til kravene i helselovgivningen.