

Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2008 og 2009 med  
spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

## Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud?

**HELSE I**   
ilsyn med barnevern, sosial- og helse



Rapport fra Helsetilsynet 3/2010  
Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud?  
Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelse-  
tenester ved distriktpsikiatriske senter

Mars 2010

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)  
ISBN: 978-82-90919-20-2 (trykt utgåve)  
ISBN: 978-82-90919-21-9 (elektronisk utgåve)

Denne publikasjonen finst elektronisk på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Trykk og elektronisk versjon: 07 Gruppen

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Innleiing</b> .....	<b>6</b>
1.1 Kva er eit DPS?.....	7
1.2 Bakgrunn for landsomfattande tilsyn med DPS.....	7
1.3 Område som tilsynet har undersøkt .....	8
<b>2 Metode for å gjennomføre og oppsummere tilsyn</b> .....	<b>10</b>
<b>3 Funn og vurderingar</b> .....	<b>12</b>
3.1 Vegen for pasienten inn i DPS – vurdering og prioritering av tilviste pasientar .....	12
3.1.1 Krav til vurdering og prioritering av tilviste pasientar .....	12
3.1.2 Funn .....	13
3.1.3 Vurderinga til Statens helsetilsyn .....	14
3.2 Utgreiing, behandling og oppfølging .....	15
3.2.1 Krav til utgreiing, behandling og oppfølging.....	15
3.2.2 Funn .....	16
3.2.2.1 Godt planlagd og forsvarleg utgreiing.....	16
3.2.2.2 Behandling og oppfølging .....	17
3.2.3 Vurderinga til Statens helsetilsyn .....	18
3.3 Andre, gjennomgåande tema .....	19
3.3.1 Brukarmedverknad.....	20
3.3.2 Samhandling .....	20
3.3.3 Tilgjenge .....	21
3.3.4 Førebygging og bruk av tvang .....	21
3.4 Styring og leiing av DPS-a .....	22
3.4.1 Krav til internkontroll i DPS-a.....	22
3.4.2 Funn .....	23
3.4.3 Vurderinga til Statens helsetilsyn .....	23
<b>4 Samla vurdering og tilrådingar</b> .....	<b>25</b>
<b>Vedlegg 1</b>	
Oversyn over DPS-a som har hatt tilsyn .....	27
<b>Čoahkkáigeassu</b> .....	<b>29</b>
<b>English summary</b> .....	<b>30</b>

## Samandrag

I 2008 og 2009 blei det gjennomført tilsyn med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter (DPS) til vaksne med psykiske lidningar. Helse-tilsynet i fylka har vitja 56 av DPS-a i landet, 28 i 2008 og 28 i 2009. Tilsynet blei utført av regionale tilsynslag som systemrevisjon. Kvart tilsynslag var styrkt med to eksterne fagrevisorar: ein psykologspesialist og ein psykiater. Tilsynet undersøkte korleis nye pasientar blei vurderte og prioriterte, og korleis dei blei utgreidde, behandla og følgde opp. Tilsynet såg også på om internkontrollen i verksemdene sikrar kvalitet og forsvarleg verksemd innanfor kvart område.

Statens helsetilsyn oppsummerte tilsyna som var gjennomførte i 2008, i ein «midtvegs»-rapport (4/2009). Denne endelege rapporten gir ei samla framstilling av funna vi gjorde i det toårige landsomfattande tilsynet, av korleis vi vurderte desse funna, og av tilrådingane til Statens helsetilsyn. Vi gir også ei samla oppsummering av dei fire gjennomgåande tema som ikkje blei omtalte i «midtvegs»-rapporten: brukarmedverknad, samhandling, tilgjenge, førebygging og reduksjon i bruken av tvang.

Vi påpeikte svikt på eitt eller fleire område i 44 av dei 56 DPS-a vi undersøkte. I 2008 blei det ved 22 av 28 tilsyn funne brot på lovkrav og påpeikt eitt eller fleire avvik. Ved tre av dei seks DPS-a der vi ikkje påpeikte avvik, gav vi merknader. I 2009 blei det funne brot på lovkrav i 23 av 28 tilsyn.

Informasjon frå tilsynslaga kan tyde på at sjølv om det ikkje er færre påpeikte avvik i 2009, er alvorsgraden redusert.

### *Vurdering og prioritering av tilviste pasientar*

Mange DPS mangla system for å sikre at søknader og tilvisingar blei fanga opp og vurderte av ein spesialist etter kvart som dei kom inn. Det blei påpeikt manglar ved vurdering av retten til nødvendig helsehjelp og helsehjelp utan behandlingsfrist, og når det gjaldt å halde vurderings- og behandlingsfristar. I nokre DPS blei det sett behandlingsfristar og sendt tilbakemeldingar som ikkje tok nok omsyn til dei individuelle behova pasienten hadde. Nærare halvparten av dei undersøkte DPS-a av slo tilvisingar og avviste pasientar på feil grunnlag, oftast fordi tilvisinga var mangelfull og ikkje inneheldt nødvendige opplysningar for å vurdere om pasienten trong nødvendig helsehjelp.

Statens helsetilsyn vurderer det som alvorleg at enkelte DPS ikkje sikrar at vaksne med alvorleg psykisk lidning har godt nok tilgjenge til tenestene. Svikt i måten tilvisingar blir handterte og vurderte på, kan føre til at somme pasientar ikkje får vurdert kva behov dei har for helsehjelp. Pasientane må få informasjon om at dei har fått rett til nødvendig helsehjelp, og om kva rettar dei har ved eventuelle brot på den oppsette behandlingsfristen. Det må vere godt tilgjenge til tenestetilbodet når det hastar for pasienten å få nødvendige tenester. Statens helsetilsyn vurderer det som alvorleg at enkelte verksemdar ikkje

sikrar at pasientar som er vurderte til å ha størst behov for helsehjelp, og såleis er prioriterte, blir fanga opp og får nødvendig behandling innanfor den fastsette fristen.

*Utgreiing, behandling og oppfølging*  
Ussystematisk og ufullstendig utgreiingsarbeid er det området med svikt som oftast er omtalt i samband med *utgreiing* av nye pasientar. Fleire stader fanst ikkje nokon fastsett praksis for kva som skulle kartleggjast, eller kva for diagnostiske verktøy ein skulle bruke. Andre stader hadde ein utarbeidd prosedyrar, men dei var ikkje følgde i praksis. Helsepersonell med ulik fagkompetanse var involverte i utgreiingsarbeidet, og fleire stader mangla ein innarbeidd praksis som sikra at ein spesialist kvalitetssikra utgreiingsarbeidet. I hovudsak ser det ut til at DPS-a har vurdert risikoen for sjølv-mord, men tilsynet avdekte manglar ved vurderingane og dokumentasjonen. Leiinga gjekk ikkje systematisk gjennom arbeidsprosessane for å vurdere kritiske steg i utgreiingane og for å fange opp kvar det var fare for svikt.

Konsekvensen av dette kan vere at prosessen med å stille diagnose blir forseinka, eller at han blir ufullstendig og feilaktig, og at pasientane ikkje får den hjelpa dei treng. Det kan i sin tur påføre pasientar unødvendig lidning og få uheldige konsekvensar for prognosane for pasienten.

Svikt som oftast blei påpeikt i samband med *behandling og oppfølging*, var mangelfull systematikk, planlegging og fagleg leiing. Eit typisk sviktområde var manglande dokumentasjon av og plan for behandlinga. I fleire DPS fann tilsynet inga samanhengande framstilling av og ikkje nokon dokumentasjon i journalen på korleis behandlinga var planlagd og gjennomført. Ansvar for behandlinga kunne vere lagt til ein behandlar utan spesialistkompetanse, utan at ein spesialist vurderte pasienten, eller utan at det blei gitt rettleiing til behandlaren. I nokre tilfelle avdekte vi ein grunnleggjande mangel på forankring av ansvar for faglege avgjerder. Leiinga hadde i fleire tilfelle ikkje tilstrekkeleg gode rutinar for å halde oversikt over kva

praksis DPS-et hadde for å greie ut, behandle og dokumentere. Fleire DPS mangla prosedyrar og retningslinjer, eller dei hadde utarbeidd prosedyrar som dei tilsette ikkje kjende til, og som såleis ikkje var innarbeidd i praksis. Når ein ikkje i tilstrekkeleg grad har kvalitetssikra gangen i utgreiinga og behandlinga, er det over tid ein fare for svikt i kvaliteten på behandlinga og tryggleiken til pasienten. Det kan føre til at pasientar med alvorleg psykisk lidning ikkje får oppfylt retten til nødvendig helsehjelp ved behov.

#### *Styring og leiing*

I dei aller fleste DPS-a der dei avdekte avvik, påpeikte tilsynslaga manglar og svikt ved styring og leiing. Funna tyder på at det framleis er eit stykke att til DPS-a har ei systematisk tilnærming til lærings- og betringsarbeid. Leiinga ved DPS-a og helseføretaka har ikkje god nok kontroll og følgjer ikkje godt nok opp til å sikre forsvarlege tenester som gjer dei mindre sårbare og reduserer faren for svikt. Fleire DPS mangla rutinar eller system for å melde frå til leiinga om svikt og fare for svikt i tenestene. Det var også eksempel på DPS som hadde system på plass – med elektroniske system for avviksmeldingar – utan at dei var kjende og følgde i praksis. Ein del DPS gjorde seg nytte av erfaringar som tilsette og pasientar hadde gjort, men det var ikkje etablert ein praksis som sikra at slik kunnskap blei brukt systematisk. Det er leiinga for kvart enkelt helseføretak og regionalt helseføretak som har ansvaret for å fange opp og lære av forhold som blei påpeikte ved eitt DPS, og bruke dei desse erfaringane systematisk i arbeidet med å betre heile verksemda. Leiinga må sørgje for å etablere robuste system som sikrar forsvarleg verksemd over tid.

# 1 Innleiing

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2008 og 2009 landsomfattande tilsyn med spesialisthelsetenester ved distriktspsykiatriske senter (DPS) til vaksne med psykiske lidingar.

Område som tilsynet undersøkte, var konsentrerte om ulike fasar i behandlinga av vaksne med alvorlege psykiske lidingar:

- vurdering og prioritering av nye pasientar
- utgreiing
- behandling og oppfølging

Innanfor desse områda blei det undersøkt om internkontrollen i helseføretaka sikrar at tenestene som DPS yter, er forsvarlege og har god kvalitet.

Dette er første gongen tilsynsorgana har gjennomført landsomfattande tilsyn over to år. Formålet var mellom anna å bidra til lærings- og erfaringsoverføring i tenestene ved å rette merksemda mot eitt tenesteområde over lengre tid.

Tilsynet blei utført som systemrevisjon av regionale tilsynslag. Kvart tilsynslag blei styrkt med to eksterne fagrevisorar: ein psykologspesialist og ein psykiater. Formålet med å bruke fagrevisorar i dette landsomfattande tilsynet er nærare utgreidd i eigen artikkel i Helsetilsynets Tilsynsmelding for 2009 ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)).

Statens helsetilsyn oppsummerte tilsyna som blei gjennomførte i 2008, i ein «midtvegs»-rapport ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)).

(Rapport fra Helsetilsynet 4/2009). Vi meinte at rapporten kunne gi nyttig informasjon om nasjonale funn som verksemdene kunne bruke i internt lærings- og betringsarbeid.

Denne endelege rapporten samanfattar resultat frå tilsyna som var gjennomførte i 2008 (28 DPS) og 2009 (28 DPS) etter same strukturen som «midtvegs»-rapporten. Han gir ei samla framstilling av funna i det toårige landsomfattande tilsynet vårt, vurderingane vi har gjort, og tilrådingane våre. I denne rapporten presenterer vi også dei fire gjennomgåande tema som ikkje var omtalte i «midtvegs»-rapporten: brukarmedverknad, samhandling, tilgjenge, førebygging og reduksjon i bruken av tvang.

Kvar enkelt tilsynsrapport og dei regionale oppsummeringsrapportane greier meir detaljert ut om funna i dei verksemdene som er undersøkte ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)). Mange av dei avvika som er påpeikte, er utbetra når denne oppsummeringsrapporten blir publisert. Helsetilsynet i fylka følgjer opp avvik til verksemdene har retta opp forholda.

Rapporten er bygd opp på følgjande måte: Kapittel 2 greier ut om måten tilsynet er gjennomført på, og kva vi byggjer oppsummeringa av funna på. Kapittel 3 presenterer områda som er undersøkte, funn frå tilsynet og Statens helsetilsyn sine vurderingar av funna. I kapittel 4 gir vi ei samla framstilling av vurderingar og tilrådingar som

Statens helsetilsyn kjem med for korleis verksemdar og styringsorgan skal følgje opp og setje i verk tiltak.

I perioden da dette landsomfattande tilsynet blei gjennomført, har det vore utført fleire andre undersøkingar av tenestene som DPS-a yter. Aktuelle undersøkingar og kartleggingar er mellom anna:

- Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem. Dokument nr. 3:5 (2008–2009)
- Muusmann/Agenda: Kartlegging av de distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008 (DPS-kartlegginga)
- Sintef Helse: rapport SAMDATA – sektorrapport for det psykiske helsevernet
- Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse

### 1.1 Kva er eit DPS?

Eit DPS er ei fagleg sjølvstendig eining med ansvar og oppgåver på spesialistnivå innanfor psykisk helsevern for vaksne i eit gitt geografisk område. Etableringa av DPS har vore ein viktig del av målsetjinga i Opptrappingsplanen om eit meir desentralisert hjelpetilbod.

I 2006 gav Sosial- og helsedirektoratet (no Helsedirektoratet) ut ein eigen rettleiar<sup>1</sup> der formålet var å gi tydelege føringar for korleis det desentraliserte psykiske helsevernet skulle utviklast vidare, og å fokusere på dei utfordringane som er særleg aktuelle for å kunne innfri intensjonane i Opptrappingsplanen. Etter rettleiaren er *kjerneoppgåvene* i DPS-a:

- Akutt- og krisetenester
- Vurdering og utgreiing av tilviste pasientar
- Differensiert behandling i form av:
  - poliklinisk undersøking og behandling til enkeltpasientar, par eller familiar

- ambulante behandling og rehabilitering til personar med alvorlege psykiske lidningar
- strukturert dagbehandling
- krise- og korttidsbehandling i døgneining
- døgntilbod over lengre tid

- Opplæring av pasientar og pårørande
- Rettleiing til psykisk helsearbeid i kommunen
- Forsking og kvalitetsutvikling
- Utdanning av helsepersonell

Ein bør i størst mogleg grad behandle psykiske lidningar poliklinisk, ambulant og som dagbehandling, slik at ein best mogleg kan tilpasse tilbodet til behandlingsbehovet i befolkninga. Rettleiaren peiker på at leiinga har ansvaret for å leggje til rette for ei funksjonell oppgaveløysing og koordinering på tvers av einingar og innanfor DPS-et som heilskap, og at DPS-a skal ha tydelege leiings- og ansvarsforhold og klare rapporteringslinjer.

Befolkningsgrunnlaget for opptaksområda til dei 75 DPS-a varierer frå om lag 13 000 til om lag 150 000. Når det gjeld talet på DPS, endrar det seg over tid, mellom anna på grunn av organisatoriske endringar i helseføretaka. Somme einingar blir slått saman, andre blir delte. Per januar 2008 var det 75 DPS, per desember 2009 78 DPS.

### 1.2 Bakgrunn for landsomfattande tilsyn med DPS

Statens helsetilsyn har dei siste åra gjennomført fleire landsomfattande tilsyn med tenestetilbodet i kommunane og spesialisthelsetenesta til menneske med psykiske lidningar<sup>2</sup>:

2002: Tilsyn med helsetenester til barn og unge med psykiske problem (kommunale helsetenester og barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikkar)

1) 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](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf) (11.2.2009)

2) Rapportar frå alle tilsyna finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

- 2003: Tilsyn med spesialisthelsetenester til vaksne med psykiske problem (akuttavdelingar og distriktpsykiatriske senter)
- 2005: Tilsyn med kommunale helse- og sosialtenester til personar med langvarige og samansette behov
- 2006: Tilsyn med tverrfaglege spesialiserte tenester til rusmisbrukarar
- 2007: Tilsyn med kommunale helse- og sosialtenester til vaksne med psykiske lidningar

I same perioden gav Statens helsetilsyn også ut to større rapportar om tenestetilbodet til menneske med psykiske lidningar<sup>3,4</sup>. Kunnskapsgrunnlaget i desse rapportane var i hovudsak dei samla erfaringane våre frå tilsyn i periodane 2000–2004 og 2005–2006. På bakgrunn av tilsynserfaringane meinte Statens helsetilsyn at det var viktig å framleis rette merksemda mot tenestetilbodet til menneske med psykiske lidningar, mellom anna gjennom ulike typar av tilsynsaktivitet når det gjaldt det desentraliserte tenestetilbodet. Det blei derfor gjennomført tilsyn med *kommunale helse- og sosialtenester* til vaksne med psykiske lidningar i 2007, og Helse- tilsynet avgjorde å gjennomføre eit landsomfattande tilsyn med *spesialisthelsetenestene ved distriktpsykiatriske senter* i 2008–2009. Distriktpsykiatriske senter blei valde for å undersøkje desentraliserte tenester innanfor spesialisthelsetenesta (psykisk helsevern). Eit forsvarleg desentralisert tilbod var eit viktig mål i Opptrappingsplanen (1999–2008) for psykisk helse, og DPS er sentrale for måla i Opptrappingsplanen om å utvikle desentraliserte, tilgjengelege og samanhengande tenester av høg fagleg kvalitet, tilpassa behova for tenester i befolkninga.

Den siste av dei to rapportane inneheldt ei oppsummering av samtalar med eit utval av Helsetilsyna i fylka og fylkesmenn om lokalkunnskapen og erfaringane deira frå helse- og sosialtenestene retta mot menneske med psykiske lidningar. Samtalane omtalte omstende som vi ut frå ei vurdering av risiko og

sårbarheit meinte det var viktig å følge opp i DPS-tilsynet. Fleire av dei same omstenda blei påpeikte som problemområde i oppsummeringsrapporten frå det landsomfattande tilsynet i 2003. Mellom anna handla det om at DPS-a praktiserte regelverket knytt til inntak av pasientar ulikt, at det mange stader var lang ventetid for å komme til behandling, og at det var store forskjellar når det gjaldt å kvalitetssikre utgreiing og behandling, å evaluere tiltak som var sette i gang, og å dokumentere desse prosessane.

Eit anna tema som gav grunn til uro var den mangelfulle samhandlinga internt i spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og det kommunale tenestetilbodet. Samla sett viste erfaringane at det var stor variasjon i kvaliteten på tenestene, og på kor langt ein var kommen i arbeidet med å leggje om til eit desentralisert spesialisthelsetenestetilbod.

### 1.3 Område som tilsynet har undersøkt

Tilsynet i 2008 og 2009 var retta mot helsetenester som blir gitt ved DPS til vaksne med *alvorlege psykiske lidningar*. Personar med alvorleg psykisk lidning er ikkje ei tydeleg avgrensa pasientgruppe, men omfattar personar som er ramma av psykoselidningar, alvorlege depressive tilstandar og alvorlege personlegdomsforstyringar.

Dersom dei pasientane som treng helsehjelpa mest, ikkje blir prioriterte og får nødvendig hjelp til rett tid, eller dersom tilbodet dei får, ikkje er tilpassa tilstanden deira eller blir gitt av personell med rett kompetanse, kan det føre til at helsetilstanden og livskvaliteten til pasientane blir redusert. For pasientar med alvorlege psykiske lidningar kan det få særleg alvorlege konsekvensar og vere potensielt livstruande. Vi valde derfor å ta med tilhøve knytte til det tilgjengelege som pasienten har til tenestene, det vil seie til *vurdering og prioritering av tilviste pasientar*, og til tilhøve knytte til dei tenestene som DPS-et gir som *utgreiing, behandling og oppfølging*.

3) Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Brev frå Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsministeren 17.3.2005. [http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks\\_\\_\\_\\_\\_7172.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_____7172.aspx) (11.2.2009).

4) Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007. Oslo: Statens helsetilsyn 2007. [http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks\\_\\_\\_\\_\\_9081.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_____9081.aspx) (11.2.2009).



I tillegg til å undersøkje om dei generelle krava til forsvarleg utgreiing var tekne vare på, fokuserte vi særleg på pasientar med nyoppdaga symptom som kunne knytast til psykoseliding, og på pasientar med alvorleg depresjon. Vi valde desse to gruppene fordi det kan vere avgjerande for prognosen til pasientane at ein raskt set i gang og gjennomfører utgreiingsprosessen. For begge sjukdomskategoriene låg det føre ei rimeleg nasjonal semje om kva ei slik utgreiing<sup>5</sup> skulle innehalde, og kor stort omfanget skulle vere.

Når det gjaldt behandling og oppfølging, sjekka tilsynet om DPS sikra at behandlingstilbodet generelt sett var forsvarleg, og spesielt om pasientar med alvorleg depresjon blei sikra forsvarleg behandling og oppfølging. Dette er ei velavgrensa pasientgruppe der det er fagleg konsensus om kva element som må vere med i behandlinga. Pasientar med nyoppdaga psykose er derimot ei meir heterogen pasientgruppe der ein må rette behandlinga inn etter grunnlidinga til pasienten.

Innanfor desse områda retta vi også merksemda mot brukarmedverknad, samhandling med aktuelle samarbeidspartnarar, tilgjenge til tenestetilbodet når behova tilseier at det hastar med å få nødvendige tenester, og å førebyggje og redusere bruken av tvang. Til siste punktet høyrer også gjennomføringa av tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald der DPS-a var ansvarlege for å gjennomføre vernet.

Dei krava som styresmaktene stiller for tilsynsområda som er omtalte i denne rapporten, er i hovudsak avleidde frå *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetenestelova), *lov om pasientrettigheter* (pasientrettslova) og *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernlova). Hovudregelen om at tenestene som DPS-a gir, skal vere forsvarlege, er lovfesta i spesialisthelsetenestelova § 2-2. Føresegnene i pasientrettslova og psykisk helsevernlova er med på å konkretisere kravet om at tenestene skal vere forsvarlege. Alle pasientar som er viste til DPS, har etter pasientrettslova § 2-2 rett til å få helsetilstanden sin

vurdert. Prioriteringsforskrifta utdjuvar vilkåra for vurdering av den retten pasienten har til nødvendig helsehjelp. DPS-a må sikre at dei oppfyller plikta til å føre journal etter krava i forskrift om pasientjournal. Tilsynet ser på krava til fagleg verksemd og styring i samanheng. Internkontrollen må etter forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tenesta vere tilstrekkeleg for å ta vare på oppgåvene som DPS-a skal utføre.

5) Etter at tilsynet var ferdig planlagt og startet opp, gav Helsedirektoratet i desember 2008 ut ein prioriteringsrettleiar for psykisk helsevern for vaksne (IS-1582)

## 2 Metode for å gjennomføre og oppsummere tilsyn

Helsetilsynet i fylka har gjort tilsynet på oppdrag frå Statens helsetilsyn. Tilsynet har vore gjennomført av regionale tilsynslag. Laga var leidde av ein revisjonsleiar og hadde medarbeidarar med helsefagleg og juridisk kompetanse frå Helsetilsynet i fylka frå kvar helse-region. Vi har i tillegg supplert tilsynslaga med psykologspesialistar og psykiatrar for å styrkje den faglege kompetansen til tilsynsorgana på dei områda vi har undersøkt. Totalt har 13 slike fagrevisorar vore med i 56 tilsyn dei siste to åra. Ekstern fagleg bistand sikrar dei vurderingane og konklusjonane tilsynet gjer av forsvarleg praksis på dei fagområda vi har undersøkt. Dette styrkjer også legitimiteten til tilsynsorgana overfor verksemdene vi fører tilsyn med. Fagrevisorane vi har brukt, har god og relevant klinisk erfaring og kunnskap om det som i dag blir rekna for forsvarleg praksis. Fagrevisorane fekk opplæring i Helsetilsynet sin generelle tilsynsmetodikk og innføring i opplegg og tematikk for tilsynet.

Tilsynet blei utført som systemrevisjon etter Statens helsetilsyns *Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon*<sup>6</sup>. Prosedyren gjer mellom anna greie for korleis ein skal planleggje, utføre og gjennomføre systemrevisjonar, med ein kort omtale av hovudelementa som høyrer med til denne forma for tilsyn. Systemrevisjonen er ein velkjend og internasjonalt godkjend revisjonsmetode som er godt eigna til å undersøkje om praksisen i verksemdene er systematisk styrkt, og han viser at det er ein

samanheng mellom dei faglege utfordringane og utfordringane ved å styre ei verksemd.

Ved landsomfattande tilsyn utarbeider Statens helsetilsyn eit internt arbeidsdokument, ein *rettleiar*, som Helsetilsynet i fylka bruker når dei planlegg og gjennomfører tilsyna. Rettleiaren konkretiserer mellom anna det aktuelle regelverket som tilsynet bruker. Rettleiaren er eit arbeidsdokument for tilsynsorgana, og er skriven for at Helsetilsynet i fylka og fylkesmennene skal gjennomføre mest mogleg einsarta tilsyn over heile landet. Etter at tilsyna er gjennomførte, blir rettleiaren offentliggjord for at grunnlaget for tilsynet skal vere offentleg tilgjengeleg, og for at dei som har ansvaret for tenester, og andre kan gjere seg nytte av innhaldet. Rettleiaren kan mellom anna eigne seg for verksemdar som ønskjer å følgje opp tema frå tilsynet med interne revisjonar. For dei som ønskjer meir detaljert informasjon om grunnlaget for tilsynet, medrekna regelverket, er rettleiaren for tilsynet tilgjengeleg på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

For kvar systemrevisjon blir det utarbeidd ein *skriftleg rapport* som gjer greie for det tilsynslaga har undersøkt, og for kva konklusjonar tilsynet har gjort ut frå opplysningane dei har henta inn. Rapporten er ei tilbakemelding til verksemdene når systemrevisjonen er avslutta. Når tilsynet avdekkjer tilhøve som ikkje svarer til krava i lovgivinga, blir dette peikt på som *avvik*. Tilsynet underbygger dette med fakta og

6) [www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks\\_5130.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5130.aspx)

observasjonar som er knytte både til sjølve tenesteytinga og til styringa. Helsetilsynet i fylket følgjer opp avvika. Tilsynsorganet kjem med *merknader* når dei ønskjer å peike på område for betring utan at det ligg føre brot på lovkrava. Når landsomfattande tilsyn i spesialisthelsetenesta er avslutta, utarbeider Helsetilsynet i dei aktuelle fylka også *regionale rapportar* som blir sende ut til det regionale helseføretaket. Rapportane er tilgjengelege på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) i lag med oppsummeringsrapporten etter halvgått løp (4/2009) og denne oppsummeringsrapporten.

Materialet som denne oppsummeringsrapporten byggjer på, er rapportane som er skrivne etter at det er gjennomført tilsyn med kvart DPS. Det ligg ved ei oversikt over kva DPS det har vore tilsyn i, og kva helseføretak dei tilhøyrer (vedlegg 1). Nedanfor følgjer ei oversikt over kor mange DPS som blei undersøkte i dei ulike helseregionane i 2008 og 2009:

- Helse Nord: 11 av totalt 14 DPS<sup>7</sup>
- Helse Midt-Noreg: 8 av totalt 11 DPS
- Helse Vest: 9 av totalt 19 DPS
- Helse Sør-Aust: 28 av totalt 34 DPS

Helsetilsynet i fylka har hatt tilsyn med godt over 70 prosent av DPS-a i landet. Kunnskap om lokale tilhøve og risikovurderingar har vore med på å avgjere kva DPS som er valde, og utvalet er dermed ikkje tilfeldig. Funna gir ikkje eit heilt dekkjande bilete av korleis det står til på det aktuelle tenesteområdet på landsbasis, men dei gir ei samla framstilling av funna i dei undersøkte DPS-a på undersøkingstidspunktet. Helsetilsynet meiner at funna gir eit relevant bilete av tilhøve som pregar tenestene som DPS gir, og informasjon om sentrale utfordringar som DPS-a, helseføretaka og dei regionale helseføretaka står overfor.

7) Tala som er oppgjevne for Helse Nord, Helse Midt-Noreg og Helse Sør-Aust er dei same for 2008 og 2009. I Helse Vest er talet på DPS endra frå 2008 til 2009 (Helsedirektoratet, desember 2009)

## 3 Funn og vurderingar

Funna vi presenterer i dette kapitlet, bygger på gjennomgang og vurdering av dei tilsynsrapportane som blei utarbeidde etter kvart tilsyn. Totalt blei det gjennomført tilsyn med 56 av DPS-a i landet i 2008 og 2009. Funn frå tilsyna viser at det blir peikt på avvik på eitt eller fleire område i 44 DPS, det vil seie tre firedelar av dei undersøkte DPS-a.

Til saman har 16 helseføretak hatt tilsyn i to eller fleire DPS i både 2008 og 2009 (jf. vedlegg 1). Talet på påpeikte avvik og merknader i kvart DPS varierer både mellom helseføretaka og delvis innanfor same helseføretaket.

I 2008 blei det ved 22 av 28 tilsyn funne brot på lovkrava og påpeikt eitt eller fleire avvik. Det vil seie at det i seks DPS ikkje blei påpeikt avvik, men ved tre av desse blei det gitt merknader – det vil seie at tilsynsorgana påpeikte at det var behov for betring. I 2009 blei det funne brot på lovkrava i 23 av 28 tilsyn og påpeikt eitt eller fleire avvik. I fem DPS blei det ikkje påpeikt avvik, men ved fire av desse gav tilsynet merknader. Informasjon frå tilsynslaga kan tyde på at sjølv om det ikkje er færre påpeikte avvik i 2009, er alvorsgraden blitt redusert.

### 3.1 Veggen for pasienten inn i DPS – vurdering og prioritering av tilviste pasientar

#### 3.1.1 Krav til vurdering og prioritering av tilviste pasientar

Når eit DPS får ei tilvising, gir det pasienten rett til å få helsetilstanden og behovet for helsehjelp vurdert av spesialisthelsetenesta. Retten til å bli vurdert gjeld alle tilviste pasientar. Regelverket er utforma for at pasientar som har størst behov for helsehjelp, skal prioriterast og få nødvendig hjelp innan ein forsvarleg frist. Spesialisthelsetenesta skal reelt vurdere fagleg kva behov pasienten har for helsehjelp. Når det er bestemt at ein pasient har *rett til nødvendig helsehjelp*, skal det setjast ein *tidsfrist* for når det er medisinsk forsvarleg at hjelpa blir gitt.

Dei andre tilviste pasientane kjem i to grupper: Pasientar som ein meiner har nytte av hjelp frå spesialisthelsetenesta, men utan at det er nødvendig å setje ein behandlingsfrist; og pasientar som ein meiner ikkje har behov for helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, men som ofte har behov som kan eller bør takast hand om innanfor ramma av tenestetilbodet i førstelinja. Desse vurderingane skal det vere mogleg å finne att i pasientjournalen. DPS-a må sørge for at vurdering og prioritering sikrar alvorleg sjuke pasientar rask behandling, og sjå til at dei gir rask tilbakemelding til pasient og tilvisar om korleis ein vil ta hand om pasienten.

Dersom tilvisinga ikkje er tilstrekkeleg til at DPS-et kan vurdere pasienten, skal slike søknader *ikkje* avvisast, men DPS-et må hente inn supplerande opplysningar eller kalle pasienten inn til undersøking. Ordninga med fritt sjukehusval inneber at eit DPS pliktar å vurdere tilvisingar av pasientar utanfor sitt eige opptaksområde. DPS-et kan heller ikkje avvise tilvisingar som handlar om problemstillingar som DPS-et ikkje har fått i oppgåve å handtere, men pliktar å sende tilvisinga vidare til rett instans raskast mogleg, slik at ein følgjer fristane som regelverket set.

### 3.1.2 Funn

I 2008 påpeikte tilsynslaga eitt eller fleire avvik i 15 av 28 undersøkte DPS fordi vurderingane og prioriteringane av tilvisingar ikkje svarte til lovkrava på dei undersøkte områda. I 2009 påpeikte tilsynslaga eitt eller fleire avvik i 18 av 28 undersøkte DPS. Begge åra var det DPS der tilsynslaga ikkje fann manglar på dette området: ni DPS i 2008 og seks DPS i 2009.

Ved somme DPS fekk nesten alle pasientane rett til nødvendig helsehjelp. Ved andre DPS viste det seg at dei forsømte å vurdere om pasienten kunne ha rett til helsehjelp utan behandlingsfrist når dei først hadde avslått retten til nødvendig helsehjelp.

Vidare peikte tilsynet på at nokre DPS ikkje følgde krava i regelverket om å setje ein behandlingsfrist. Det var eksempel på at pasientar som fekk rett til nødvendig helsehjelp, ikkje fekk ein fastsett frist for når behandlinga skulle ta til. Det var også eksempel på at enkelte pasientar fekk ein behandlingsfrist som låg langt fram i tid, utan at det var teke omsyn til tilstanden, alderen eller situasjonen til pasienten. Somme av dei undersøkte DPS-a hadde mangelfull oversikt over produksjonsdata om fristar for vurdering og behandling, om prioriterte pasientar med rett til nødvendig helsehjelp, og om ventetider til første behandling. Til dømes fann tilsynet brot på individuelle behandlingsfristar i 7 av 17 pasientjournalar i eitt DPS.

Mange DPS mangla system for å sikre at søknadene og tilvisingane blei fanga opp og vurderte av ein spesialist etter kvart som dei kom inn. Dei manglane som tilsynslaga rapporterer om, gjaldt særleg tilgangen til og bruken av spesialistar til å identifisere tilvisingar som føresette rask vurdering og oppfølging, til dømes ved alvorleg og livstruande sjukdom.

Tilsynet vurderte også kva forhold som låg føre der det var gitt avslag på tilvisingar. Nærare halvparten av dei undersøkte DPS-a avlo tilvisingar og avviste pasientar på feil grunnlag. Den vanlegaste grunnen var at tilvisinga var mangelfull og ikkje inneheldt dei opplysningane som var nødvendige for å vurdere om pasienten hadde behov for nødvendig helsehjelp. I desse tilfella sørgde ikkje DPS-et for å hente inn nødvendige tilleggsopplysningar slik det har plikt til. Nokre DPS brukte standardiserte avslag eller tilbakemeldingar utan å gi individuelle vurderingar eller informere om grunnlaget for avslaget/avvisinga. I somme tilfelle var pasientane avviste på feil grunnlag, til dømes fordi pasienten ikkje tilhørde det geografiske opptaksområdet til DPS-et, eller fordi det ikkje var kapasitet.

Funn frå tilsynet viste vidare at pasientar ikkje fekk tilbakemelding frå DPS-et, til dømes om avslag på tilvising. Dermed fekk ikkje pasienten informasjon om vurderinga som var gjord, om grunnlaget for avslaget, eller om klageretten. Eitt eksempel på ein observasjon var at fastlegen fekk grunngevinga, mens pasienten sjølv berre fekk beskjed om avslaget og råd om å vende seg til tilvisande lege for nærare orientering.

Det blei også peikt på manglar ved dokumentasjon og journalføring av dei individuelle vurderingane som låg til grunn for avgjerder om rett til nødvendig helsehjelp, og om eventuell oppstart av behandling. Manglar knytte til dokumentasjon og journalføring er påpeikte også når det gjeld utgreiings- og behandlingsprosessen (kapittel 3.2).

I 33 DPS der det blei avdekt avvik ved handteringa av tilvisingar, fann tilsynet

manglar ved styring og leing av denne delen av oppgåvene til DPS-a. Tilsynet avdekte at leinga ikkje vurderte risikoen, sikra handteringa av avvik eller systematisk gjekk gjennom rutinar og praksis for å sikre at pasientane blei forsvarleg vurderte og prioriterte. I nokre DPS var det utarbeidd rutinar for å sikre forsvarleg handtering av tilvisingar, men dei var ofte lite kjende og ikkje innarbeidde i praksis. Vi har gjort greie for manglar knytte til styring og leing i eige kapittel (kapittel 3.3).

### 3.1.3 Vurderinga til Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn vurderer det som svært alvorleg at enkelte DPS ikkje sikrar godt nok tilgjenge til tenestetilbodet for vaksne med alvorleg psykisk lidning. Svikt i måten tilvisingar blir handterte og vurderte på, kan hindre enkelte pasientar i å få vurdert behovet sitt for nødvendig helsehjelp eller for helsehjelp utan behandlingsfrist. Eit anna alvorleg omstende er at pasientar som har fått rett til nødvendig helsehjelp, ikkje får hjelp innan fastsett frist. Funna tyder på at fleire DPS har utfordringar knytte til å halde kontinuerleg oversikt over prioriterte pasientar med rett til nødvendig helsehjelp, og dei manglar tiltak som sikrar at dei held fristane for å vurdere og behandle pasientane. Pasientane må få informasjon om retten dei har til nødvendig helsehjelp og om rettane dei har ved eventuelt brot på den oppsette behandlingsfristen. Tenestetilbodet må vere tilgjengeleg når det hastar for pasienten å få nødvendige tenester. Får eit DPS ei tilvising som til dømes ikkje inneheld nok opplysningar, skal praksis vere at DPS-et hentar inn desse opplysningane, ikkje at det sender tilbake tilvisinga. Statens helsetilsyn ser på det som alvorleg at enkelte verksemdar ikkje sikrar at pasientar som er vurderte til å ha størst behov for helsehjelp og dermed er prioriterte, blir fanga opp og får nødvendig behandling innan fastsett frist.

Tilvisingar skal alltid vurderast av ein spesialist, anten det skjer i første kontakt, eller som kvalitetssikring i ettertid. Sviktar dette, kan det føre til at alvorleg sjuke pasientar ikkje får nødvendig helsehjelp raskt nok, og det kan

vere med på å svekkje helsetilstanden deira.

DPS-a må sørgje for å gi tilbake-melding til pasienten og fastlegen, og eventuelt også til annan tilvisar, om korleis pasienten skal greiast ut og behandlast vidare. Statens helsetilsyn er uroa av at tilbakemeldingar til pasientane sviktar enkelte stader. Det er få klager frå pasientar som får tenester frå psykisk helsevern. Det å vere godt informert om rettar og retten til å klage kan vere ein føresetnad for å bruke høvet til å klage. Det er viktig at DPS-a følgjer med på og sikrar at rettane til pasientane blir tekne vare på.

Statens helsetilsyn fryktar at samhandlinga mellom DPS-et og tilvisande instansar som fastlegar og andre delar av helsetenesta blir svekt ved at DPS-et ikkje klarer å fange opp akutte behov. Samarbeid med representantar for hjelpeapparatet i kommunen der pasienten bur, er ofte ein føresetnad for å kunne gi pasienten eit forsvarleg og koordinert tenestetilbod. Dette er alvorlege tilhøve som verksemdene sjølve må rette opp.

Funna er alvorlege særleg fordi tidlegare tilsyn har påpeikt svikt i retten til nødvendig helsehjelp og svikt i prioriteringa i spesialisthelsetenesta. Det kan også tyde på at dei regionale helseføretaka og helseføretaka ikkje undersøker om svikt som blir avdekt innanfor éi eining, også kan finnast i andre einingar i føretaket, og at dei ikkje gjer noko for å korrigere eller førebyggje slik svikt.

Statens helsetilsyn ønskjer å leggje til at tilsynet også har vist at mange DPS handterer tilvisingar på ein systematisk og god måte. Det viser at det er godt mogleg å få til ein fagleg forsvarleg praksis som tek vare på rettane til pasientane.

## 3.2 Utgreiing, behandling og oppfølging

### 3.2.1 Krav til utgreiing, behandling og oppfølging

DPS-a må ha brei kompetanse når det gjeld utgreiing, behandling og rehabilitering av pasientar med psykiske lidingar, og oppgåvefordelinga mellom DPS-a og andre delar av psykisk helsevern i føretaket må vere avklarte.

Ansvar, oppgåver og mynde må vere tydeleg fordelte, og det må vere kjent kven som har ansvaret for å sikre forsvarleg utgreiing, behandling og oppfølging av kvar enkelt pasient. Ugreiings- og behandlingstilbodet må vere i tråd med nasjonale retningslinjer og godkjend praksis. DPS-et må sørge for at behandlingstilbodet er fleksibelt nok til å møte behova for oppfølging som hastar, og for å kunne tilby oppfølging av pasientar også utanom lokala til DPS-et.

Ein må også ha avklart samhandlingsrutinar med fastlegar og kommunale tenester i opptaksområdet og med aktuelle delar av spesialisthelsetenesta innanfor psykiatri og somatikk. DPS-et må leggje til rette for at samarbeidet rundt kvar enkelt pasient blir sett i gang og gjennomført, om nødvendig allereie når pasienten blir utgreidd. Dette gjeld samarbeid om mellom anna handtering av akutte kriser, utskriving av legemiddel, utarbeiding og oppfølging av individuell plan og opplegg for pasientar som er underlagde tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald.

DPS må sørge for at personell med tilstrekkeleg kompetanse greier ut og behandlar pasientane. Det vil seie at ein må ha etablert ordningar som sikrar at ein spesialist (psykiater/psykologspesialist) kvalitetssikrar arbeidet med å stille diagnose og behandle pasientane. Dersom pasienten blir utgreidd og behandla av personell utan formell kompetanse i diagnostisk arbeid, som helsearbeidar med treårig høgskuleutdanning og helsearbeidar under spesialistutdanning, må DPS dokumentere korleis forsvarleg diagnostisk arbeid skal utførast, og korleis behandling og evaluering vil bli gjennomført.

DPS-et må gjere risikovurderingar for å identifisere kritiske steg i utgreiings- og behandlingsarbeidet og sørge for å fange opp informasjon om svikt og rette opp feil. DPS-et må ha etablert nødvendige tiltak som sikrar forsvarleg utgreiing og behandling av kvar enkelt pasient. DPS-et må også sørge for at alle er kjende med korleis desse prosessane skal gå føre seg, kva dei skal innehalde, korleis dei skal dokumenterast, og at dei blir følgde i praksis.

I utgreiingsprosessen skal DPS-et kartleggje og dokumentere relevante forhold. Utgreiinga skal munne ut i ei diagnostisk avgjerd. DPS-et må sikre at standardiserte diagnostiske hjelpemiddel er kjende og tilgjengelege for dei som greier ut pasientane. Å vurdere sjølvmondsrisikoen skal gå inn som standard ved alle førstegongsvurderingar, og om nødvendig takast opp att når pasienten blir behandla. Ein skal ta konkret stilling til faren for sjølv mord og vurdere høvelege tiltak. Vurderingar og konklusjonar skal dokumenterast, og DPS-et må sørge for at desse blir kvalitetssikra av spesialist. Det er også nødvendig å vurdere om enkelte pasientar kan vere ein fare for andre. DPS-et må sikre at ein gjer nødvendige somatiske undersøkingar, og at det finst personell som kan vurdere resultatane.

Pasientane må kunne vente å møte eit målretta og strukturert behandlingstilbod i DPS. Dette føreset at det blir utarbeidd ei gjennomtenkt oversikt over behandlinga som også skal liggje i journalen til pasienten. Ein må også ta vare på den retten pasienten har til informasjon og medverknad i alle ledd av behandlinga, medrekna informasjon om rett til individuell plan dersom dette er aktuelt. Samhandling med tenesteytarar til pasienten og eventuelle andre, til dømes pårørande, er også viktig i behandling- og oppfølgingsfasen. Forholda må så langt som råd leggjast til rette for at pasienten skal vere med på behandlinga frivillig. For dei pasientane som er under tvunge vern utan døgnopphald i institusjon, må DPS-et sørge for at vernet blir forsvarleg gjennomført. Det må også liggje føre tiltak som sikrar at pasienten får ei

forsvarleg avslutning på behandlinga, og at epikrisar blir kvalitetssikra.

### 3.2.2 Funn

Begge åra påpeikte tilsynet i over halvparten av DPS-a eitt eller fleire avvik på grunn av mangelfull utgreiing, behandling og oppfølging. I 2008 gjaldt dette 16 av 28 DPS, i 2009 i 19 av 28 DPS.

I nokre få DPS fann tilsynslaga ingen svikt eller manglar i nokon av dei undersøkte områda. I 2008 gjaldt det tre DPS, i 2009 eitt DPS.

I fleire DPS peikte tilsynet på at leiinga ikkje hadde gjennomført risikovurderingar for å fange opp svikt og fare for svikt i utgreiings- og behandlingsprosessane. Funna viser også at det i fleire DPS ikkje fanst ei felles forståing for kva som skulle meldast av avvik, sjølv om det var utarbeidd heilskaplege kvalitetssystem, mellom anna med elektroniske avviksmeldingar. Det fanst heller ikkje gode nok rutinar for å sikre at informasjon om svikt og fare for svikt nådde leiinga. Det varierte også i kva grad DPS-a hadde systematiske tiltak som sikra at erfaringane til dei tilsette og til brukarane blei henta inn og brukte til betringsarbeid.

#### 3.2.2.1 Godt planlagd og forsvarleg utgreiing

Ussystematisk og ufullstendig utgreiingsarbeid var det området med svikt som oftast blei trekt fram i samband med utgreiing av nye pasientar. Fleire stader fanst ikkje fastsett praksis for kva som skulle kartleggjast som ein del av utgreiinga, eller praksis for kva diagnostiske verktøy som skulle brukast, og i tilfelle kva verktøy. Det var eksempel på at somatiske tilhøve ikkje alltid blei greidd ut når det var relevant, og det var påpeikt mangel på fastsett praksis ved utgreiing av svært alvorlege lidningar, som psykoselidningar og alvorleg depresjon.

Tilsynet fann eksempel på at det fanst fastsette standardar og praksisar, men utgreiingane blei ikkje nødvendigvis gjennomførte etter desse, og dei var såleis ikkje utførte på ein tilstrekkeleg systematisk måte.

Ulike faggrupper kan vere involverte i utgreiingsarbeidet, men fleire stader avdekte tilsynet at arbeidet ikkje alltid blei tilstrekkeleg kvalitetssikra av ein spesialist før diagnose blei stilt og behandlinga sett i gang. Eit eksempel frå ein tilsynsrapport:

*«I enkelte DPS var det i stor grad opp til den enkelte behandler å fastsette hvilken utredning og behandling som skulle gjennomføres, uten at dette ble fulgt opp av spesialist og/eller diskutert i tverrfaglige møter.»*

Mangelfull styring og systematikk kom også til uttrykk ved at det i fleire DPS ikkje fanst retningslinjer eller ein fast praksis for korleis ein skulle journalføre vurderinga, og for kva delar som skulle dokumenterast i journalen.

Eit anna område for svikt som blei avdekt, var at utgreiingsprosessen kunne strekkje seg over svært lang tid, slik at det varte lenge før diagnose blei stilt og behandlinga kunne ta til.

Funna tyder på at hovudutfordringa for mange av verksemdene er å gjere retningslinjer og rutinar kjende for tilsette, og å sørge for at dei blir innarbeidde og etterlevde i praksis. Nedanfor ser vi nærare på funn knytte til vurderingar av risikoen for sjølv-mord og farleg framferd.

#### Vurdering av sjølv-mordsfare

Vurdering av risiko for sjølv-mord skal høyre med som standard i alle førstegongs-vurderingar og utgreiingar i psykisk helsevern, jf. *nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Dersom ein avdekkjer at det er risiko for sjølv-mord, må ein gjere nye vurderingar av sjølv-mordsrisikoen i løpet av behandlinga.

Faren for sjølv-mord er eit kjent risiko-område med store og alvorlege konsekvensar, og med heilt utvitydige retningslinjer. Sjølv om dei aller fleste DPS-a vurderer sjølv-mordsrisikoen og kvalitetssikrar desse vurderingane, avdekte tilsynet svikt eller manglar på dette området i fleire enn eitt av tre DPS. Fleire stader observerte tilsynet at



ein ikkje alltid vurderte sjølvmondsrisikoen; ikkje for alle, ikkje alltid ved første kontakt, ikkje alltid ved første-gongsvurdering, ikkje alltid når tilvingsdiagnose var depresjon. I ein rapport kan vi lese:

*«... at det i for stor grad varierer hvorvidt man gjennomfører selvmordsfarevurderinger for pasienter med selvmordslidelser.»*

Som for utgreiingar generelt, jamfør ovanfor, kunne det vere mangel på systematikk og varierende kvalitet på vurderingane. Fleire rapportar peikte på mangelfull kompetanse til å gjere slike vurderingar. Fleire stader avdekte tilsynet at verksemdene ikkje sikra at personalet fekk nødvendig opplæring. Det var også eksempel på at helsepersonell utan spesialistkompetanse gjorde kartleggingar som ledd i utgreiinga, men utan at det overordna ansvaret var tydeleg plassert. Somme stader var det fulle ansvaret lagt til helsepersonell utan spesialistkompetanse.

Enkelte tilsynslag rapporterte at det var vanskeleg å spore gjennomførte vurderingar av sjølvmondsfare i pasientjournalen. Det var eksempel på at dokumentasjonen var ufullstendig. Konklusjonen på vurderingane av sjølvmondsfare kunne gå fram av journalen, mens premissane – og dermed også risikofaktorane – ikkje var dokumenterte. Vidare peikte tilsyna på mangelfull dokumentasjon på at tidlegare vurderingar av sjølvmondsfare blei følgde opp med nye vurderingar ved behov seinare i behandlinga.

#### *Manglande og mangelfulle vurderingar av farleg framferd*

Det er rapportert få funn på dette området, men dei observasjonane som er gjorde greie for, gjaldt uklare retningslinjer eller manglar med omsyn til når ein skal vurdere risiko for farleg framferd, korleis ein skal gjere det, kven som skal gjere det, kva kompetanse den skal ha som gjer det, og korleis ein gjer dette til eit tema i behandlinga.

Gjennomgåande for det mindretalet av tilsyn som handla om korleis DPS-a praktiserte det å vurdere farleg

framferd, var at dei verken hadde retningslinjer eller etablert praksis for når slike vurderingar skulle gjerast, og heller ikkje hadde sørgd for å vurdere kva slags kompetanse dei trong, eller hadde sørgd for å byggje opp nødvendig kompetanse. Dei hadde altså ikkje sikra at slike vurderingar faktisk blei gjorde når det var behov for det.

#### *3.2.2.2 Behandling og oppfølging*

Avvik som blei påpeikte når det gjaldt behandling og oppfølging av pasientar i DPS, var i stor grad knytte til manglande systematikk, planlegging og fagleg leiing av tilbodet. I dei fleste av dei undersøkte DPS-a avdekte tilsyna svikt eller veikskap i eitt eller fleire ledd, men det var også tilfelle der dei avdekte brest i nær sagt alle ledd i behandlingstilbodet ved DPS-et.

Eit typisk sviktområde var at det anten heilt mangla ein plan for behandlinga, eller at det var vanskeleg å finne behandlingsplanen i pasientjournalen. I fleire DPS fanst elementa i behandlingsplanar spreidde på fleire stader i journalen, men det blei ikkje funne noka samanhengande framstilling av behandlingsgangen. I nokre DPS mangla heilt dokumentasjon på kva behandlingsformer pasienten hadde fått tilbod om. Dersom det ikkje finst ein dokumentert plan for behandlinga, er det heller ikkje mogleg å følgje opp eller evaluere behandlinga, verken for behandlar eller for leiinga.

Slike manglar kunne også gjelde pasientar med alvorlege diagnosar. I fleire tilfelle avdekte tilsynet at det ikkje var mogleg å lese av journalen kva behandlingsformer som pasientar med alvorleg depresjon fekk tilbod om, og at behandlingsplanar for desse pasientane ikkje var dokumenterte. Fleire tilsyn konkluderte med at det var for stor variasjon i kvaliteten på behandlinga av depresjonar.

Gode faglege retningslinjer og interne prosedyrar og praksis for behandlingstilnærming og behandlingssopplegg skal vere med og sikre kvaliteten på tenestene. Fleire tilsyn observerte at det anten mangla retningslinjer og prosedyrar – eller at slike fanst, men at dei ikkje var

kjende og i bruk. Der det ikkje fanst prosedyrar, og det heller ikkje var nokon etablert praksis for kva tilnærming ein skulle bruke overfor ulike pasientgrupper, konstaterte ein at det kunne vere usikkerheit om kva som var god behandling. I stor grad var det opp til kvar enkelt behandlar å strukturere behandlingssinnhaldet sjølv. Ved utskifting av personell skaper det ein risiko for skifte av tilnærming utan at det er planlagt, og det medfører fare for liten kontinuitet i behandlinga av pasienten. Meir vanleg var det likevel at det fanst prosedyrar og retningslinjer for det faglege arbeidet, men at dei ikkje var i bruk. Det var eksempel på at prosedyrane var kjende, men at dei tilsette ikkje visste om dei berre var retningsgivande eller styrande dokument.

Eit anna sviktområde som blei avdekt, var manglande eller lite systematisk kvalitetssikring av behandlingstilbodet. Fleire tilsyn påpeikte at der behandlingsansvaret var lagt til behandlar utan spesialistkompetanse, blei det ikkje sørgd for spesialistvurdering eller at behandlar fekk rettleiing under behandlinga. Det var eksempel på at det blei skrive ut legemiddel til pasientar utan at legen hadde sett eller vurdert pasienten sjølv. I nokre DPS blei det konstatert at det mangla rutinar for fagleg kvalitetssikring, men det var også fleire DPS som hadde dårleg tilgang til spesialistkompetanse. Eit eksempel:

*«DPS har ikke psykologspesialist. Psykiater er til stede to dager i uken ved poliklinikken, 3–4 timer to dager i uken ved sengeavdeling.»*

I nokre DPS var det ikkje tilstrekkeleg sikra at ein spesialist kontrassegnerte diagnosar dersom epikrisen var skriven av personell utan spesialistkompetanse. Kvaliteten på epikrisane varierte somme stader. Dei kunne mellom anna mangle diagnose og vurderingar som inneheldt sentrale funn og råd om vidare oppfølging.

I nokre tilfelle avdekte tilsyna ein grunnleggjande mangel på forankring av ansvaret for å ta faglege avgjerder, og at leiinga heller ikkje hadde gode nok rutinar for å halde oversikta over

kva praksis som fanst i DPS-et for utgreiing, behandling og dokumentasjon.

### **3.2.3 Vurderinga til Statens helsetilsyn**

Dette tilsynet avdekte svikt i godt over halvparten av dei undersøkte DPS-a når det gjaldt å sikre ein forsvarleg utgreiings- og behandlingssprosess. Statens helsetilsyn ser alvorleg på at verksemdene ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar at prosedyrar og retningslinjer som er tekne i bruk, er gjorde kjende for tilsette og innarbeidde i praksis. Det er heilt avgjerande at leiinga kontrollerer at desse blir følgde.

Når utgreiings- og behandlingssgangen ikkje blir godt nok kvalitetssikra gjennom systematiske tiltak, skaper det ei sårbarheit som over tid utgjør ein fare for svikt i kvaliteten på pasientbehandlinga, og såleis også ein fare for pasienttryggleiken. Det kan føre til at pasientar med alvorleg psykisk lidning ikkje får oppfylt retten til nødvendig helsehjelp når dei har behov for det.

Statens helsetilsyn ser alvorleg på dei manglane som tilsyna har påpeikt ved korleis DPS-a greier ut og vurderer risikoen for sjølv-mord. Pasientar med alvorlege psykiske lidningar er særleg utsette for sjølv-mordsfare. DPS-a må sikre at vurdering av sjølv-mordsfare går inn som standard i alle førstegongs-vurderingar og utgreiingar i psykisk helsevern. Dersom ein avdekkjer at det er fare for sjølv-mord, må ein setje i verk tiltak og ved behov følgje opp pasienten med nye vurderingar i løpet av behandlinga. Dokumentasjon er viktig i heile utgreiings- og behandlingssgangen. Leiinga må sikre at retningslinjene til Helsetilsynet om førebygging av sjølv-mord blir gjorde kjende og innarbeidde i praksisen ved DPS-et. Forsvarleg praksis inneber mellom anna at ein kartlegg faren for sjølv-mord, og at ein vurderer informasjonen frå kartlegginga. Det vil seie at ein tek konkret stilling til sjølv-mordsfaren og til om det er behov for å setje i verk tiltak.

Statens helsetilsyn meiner at funna frå tilsynet tyder på at mange DPS har utfordringar knytte til tilgangen på og bruken av spesialistkompetanse.

Påpeikte manglar kan komme av at det er for lite spesialistkapasitet til å utføre oppgåver på ein forsvarleg måte, men dei kan også komme av svikt i måten DPS-et organiserer og bruker tilgjengeleg spesialistkompetanse på. Fleire av verksemdene har ei mangelfull kvalitetssikring av utgreiings- og behandlingssprosessen. Det vil ikkje nødvendigvis seie at enkeltpatientar får uforsvarleg behandling, men det skaper ein fare for svikt. Leiinga må sørgje for å etablere robuste system som sikrar forsvarleg verksemd over tid.

Statens helsetilsyn ser alvorleg på at det så mange stader blei påvist mangelfull dokumentasjon og journalføring. Dokumentasjon av utgreiings- og behandlingssprossane er ein nødvendig føresetnad for kontinuitet og kvalitet. Manglande dokumentasjon treng ikkje å bety at pasienten har fått mangelfull behandling, men det er ofte ein indikasjon på det, og det svekkjer grunnlaget for godt fundert behandling vidare. Når det i så stor grad blir påpeikt svikt på dette området, kan det innebere at det i for stor grad er opp til kvar enkelt behandlar å planleggje, gjennomføre og dokumentere behandlingssgangen. Når behandlingsplanar er i bruk i varierende grad, og elementa i desse er spreidde på ulike stader i journalen, tek det tid å leite etter informasjon i journalen som er viktig for behandlinga vidare. Statens helsetilsyn framhevar at eit målretta og strukturert behandlingstilbod føreset at det blir lagt ein plan for behandlinga, og at dette blir gjort i samarbeid med pasienten.

Manglande dokumentasjon av behandlingssgangen gjer situasjonen sårbar dersom ein annan behandlar må ta over for personell som har fråvær eller sluttar. Utan nødvendig dokumentasjon kan det vere vanskeleg for ein ny behandlar å ta opp tråden der den førre behandlaren slutta. Det kan føre til at pasienten over tid møter ulike behandlingstilnærmingar utan at det har grunnlag i at pasienten har behov for eller ønske om endring. Konsekvensar av dette kan vere dårleg kontinuitet i behandlinga og mindre høve for å evaluere behandlingssresultatet. Pasienten får også mykje dårlegare høve til å

påverke utgreiings- og behandlingssgangen. Statens helsetilsyn peikar på at slike manglar kan få alvorlege konsekvensar for samarbeid med andre behandlarar og hjelpeapparatet elles. Samhandling med kommunen som skal ta over ansvaret for pasienten etter avslutta behandling, kan også bli dårlegare dersom ikkje DPS-a i tilstrekkeleg grad sikrar utgreiings- og behandlingssgangen. Svingingar i sjukdomssgangen er vanleg hos menneske med alvorlege psykiske lidningar. Det er derfor viktig å leggje ein plan som sikrar forsvarleg behandling og oppfølging.

Tilsynet har påvist klare manglar i utgreiing, behandling og oppfølging av tenester til menneske med alvorleg psykisk lidning. Dette er noko Statens helsetilsyn ser svært alvorleg på. Det handlar om ei utsett og sårbar pasientgruppe som kan ha vanskar med å ta vare på egne interesser og rettar dersom helsetenesta sviktar.

### 3.3 Andre, gjennomgåande tema

«Midtvegs»-rapporten presenterte funn frå dei mest sentrale tilsynsområda. Der formidla vi at den endelege oppsummeringsrapporten skulle presentere funn og vurderingar frå andre tema i tilsynet. Desse tema var brukarmedverknad, samhandling, tilgjenge og førebygging og reduksjon i bruk av tvang. Etter at vi har oppsummert funn for begge åra, har vi konstatert at det er påpeikt lite svikt innanfor desse andre, gjennomgåande tema. Det kan ha fleire årsaker. Den mest nærliggjande forklaringa på manglande funn på områda er at dette stort sett var område der DPS-a hadde tilstrekkeleg kvalitet. Vi trur likevel at forklaringa kan vere noko meir samansett.

Tilsynet hadde eit breitt undersøkingsområde, og informasjon frå tilsynslaga kan tyde på at det ikkje alltid var mogleg å undersøkje alle tema like grundig på den tida som var sett av. Eit anna omstende er at lovkrava ikkje er like klare på dei gjennomgåande temaområda. Det gir stort rom for skjønn, slik at det kan vere vanskeleg å konkludere med at det ligg føre avvik

frå lovkrava. Til dømes kan det vere vanskeleg å få eit godt nok bilete av korleis kvar pasient medverkar i eiga behandling, utan å snakke med pasientane.

Vi har valt å seie noko om krav på områda og å trekkje fram enkelte observasjonar for å illustrere tilhøve tilsynslaga har gjort greie for. DPS-kartlegginga (Muusmann/Agenda) undersøkte somme av dei aktuelle områda. Dersom det ligg føre relevante resultat derfrå som kan kaste lys over våre tema, presenterer vi også desse.

### 3.3.1 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er regulert fleire stader i helse- og sosiallovgivinga. DPS-et skal leggje til rette for at pasientar og brukarar får reelle høve til å verke inn på korleis tenestene blir forma ut. For det første inneber brukarmedverknad at kvar einskild tek del i alle fasar i eigen behandlingsgang. For det andre ligg det i omgrepet brukarmedverknad at verksemda systematisk skal hente inn erfaringar frå brukarar og pårørande. Dette skal verksemda bruke i det pågåande kvalitetsfremjande arbeidet sitt.

På individnivå føreset brukarmedverknad god kommunikasjon som sikrar at pasienten, og eventuelt pårørande i den grad pasienten samtykkjer, er godt informert. Informasjonen må vere gitt på ein måte som pasienten forstår, på eit tidspunkt når pasienten har bruk for informasjonen, og med målsetjinga om at pasienten skal setjast i stand til å ta vare på eigne interesser. Ein må gjere det mogleg for pasienten å ta aktivt del i eiga behandling i ein god relasjon til behandlar. Ein skal også spørje etter dei erfaringane pasienten har, og pasienten skal få høve til å velje behandling og tenestetilbod der det finst fleire moglege val. Individuell plan, behandlingsplan og ansvarsgruppemøte der pasienten tek del, kan vere viktige verktøy for å sikre brukarmedverknad.

Nokre av tilsynsrapportane formidlar at det er sett søkjelys på brukarmedverknad, blant anna ved at det er etablert brukarråd på systemnivå (klinikknivå).

Andre stader er det avdekt manglar med omsyn til å bruke pasienterfaringar systematisk i forbetningsarbeid. DPS-kartlegginga viste store variasjonar i måten brukarpåverknad var organisert på, og brukarane sjølve var opptekne av variasjonar i reell brukarpåverknad. Kartlegginga konkluderte med at det var stort medvit rundt brukarmedverknad og brukarpåverknad blant brukarane sjølve og i hjelpeapparatet, men at det er behov for å auke innsatsen og å betre strukturen i arbeidet både på system- og individnivå. For ein del DPS kom det fram at verksemda arbeidde med å leggje til rette for at brukarar og pasientar skal medverke i eiga behandling, men det var også eksempel på at dette er eit område som bør prioriterast høgare.

### 3.3.2 Samhandling

Mange med alvorlege psykiske lidningar treng hjelp frå ulike delar av hjelpeapparatet. Samarbeid og samhandling med både tilvisande instans, kommunalt hjelpeapparat, andre delar av spesialisthelsetenesta og med pasienten sjølv og eventuelt pårørande, er ofte nødvendig allereie frå det tidspunktet da pasienten blir tilvist til eit DPS. Aktuelle samarbeidspartnarar må kartleggjast, og ein må tidleg nok opprette kontakt slik at ansvar og oppgåver kan fordelast og koordinerast. Viktige verktøy for å få til samarbeid og samhandling kan vere individuell plan og ansvarsgrupper.

DPS-a skal vere ein del av ei heilskapleg behandlingsskjede innanfor spesialisthelsetenesta. Det må vere avklarte samhandlingsrutinar med dei psykiatriske sjukehusavdelingane. Dette gjeld pasientar som har vore lagde inn i sjukehus, og som treng vidare oppfølging frå DPS-a, kronisk psykisk sjuke og pasientar som treng hjelp med ein gong.

Samarbeid med kommunen der pasienten bur, er ofte ein føresetnad for å gi pasienten eit koordinert og forsvarleg tenestetilbod. DPS-a må planleggje og setje av nok ressursar til dette.

Informasjon frå tilsynsrapportane viste at fleire DPS hadde etablert systematisk

samarbeid med kommunane. Fleire samarbeidde for eksempel om einskildpasientar gjennom deltaking i ansvarsgrupper. Fleire tilsynsrapportar nemnde også samarbeidsavtalar. Dette samsvarer med funna frå DPS-kartlegginga, som viste at samarbeidet mellom DPS og helse- og sosialtenestene i kommunane gjennomgåande fungerte bra – vel å merke når det er spesialisthelsetenesta som vurderer. Da såg samarbeidet ut til å vere godt strukturert og bygd på faste rutinar. DPS-kartlegginga fann at DPS-a hadde samarbeidsavtale med kommunane i opptaksområdet sitt.

### 3.3.3 Tilgjenge

Akutt- og krisetenester er blant kjerneoppgåvene til DPS. I dette tilsynet blei delar av desse tenestene vurderte. Tilsynet skulle særleg vurdere tilgjenge til tenestetilbodet når behovet er slik at det hastar med å få nødvendige tenester. Rettleiaren om distriktpsykiatriske senter (IS-1388) understrekar at akutt- og krisetenestene ved DPS-a er tilbod som supplerer akuttavdelingar som er pålagde plikt til å yte hjelp med ein gong. Det er eit mål at tenestene skal vere tilgjengelege, og eitt tiltak er å organisere ambulant verksemd, det vil seie behandling som blir gjennomført der pasienten bur og lever.

Tilbodet ved DPS-a er ofte organisert i følgjande einingar: døgneiningar, dag-einingar, poliklinikkar og ambulant verksemd. Det er ingen føringar i Opptrappingsplanen eller rettleiaren for korleis intern organisering og fordeling av dei ulike funksjonane i DPS-a skal vere. Men organiseringa skal vere med på å sikre at ressursane blir utnytta effektivt, og at tenestetilbodet har god kvalitet. Tilsynet skulle vurdere om dei undersøkte DPS-a hadde ambulant verksemd, men ikkje om det var faste, ambulante team.

Kapittel 3.1 vurderer og gjer greie for funn knytte til kor tilgjengeleg tenestetilbodet er. Tilsynsrapportane formidlar få funn i form av påpeikte manglar knytte til ambulant verksemd i DPS-a. Manglande funn kan tyde på at det stort sett var etablert ambulant verksemd ved dei undersøkte DPS-a. Dette samsvarer

med resultat frå DPS-kartlegginga, som viste at 34 av dei 75 DPS-a (2008) hadde etablert egne definerte ambulante team, mens totalt 62 av 75 DPS hadde etablert ei eller anna form for ambulant verksemd per 2008.

### 3.3.4 Førebygging og bruk av tvang

Behandlingsopplegget skal vere frivillig, og ein skal ha respekt for sjølvstendet og menneskerettane til pasienten. Dette er viktige og grunnleggjande prinsipp i helseretten. Pasientrettslova legg vekt på at pasienten skal ha sjølvråderett knytt til liv og helse, og lova prøver å avgrense høva helsetenesta har til å ta avgjerder utan at pasienten samtykkjer. Desse prinsippa ligg også til grunn for reglane i lov om psykisk helsevern. Psykisk helsevern skal i utgangspunktet etablerast frivillig. Tvunge psykisk helsevern kan berre etablerast dersom ein har prøvd frivillig vern utan at det har ført fram, eller at eit slikt forsøk er openbert formålslaust. I visse tilfelle kan det likevel vere forsvarleg å *ikkje* nytte tvang.

Forsvarleg vurdering, prioritering, utgreiing, behandling og oppfølging kan vere med på å førebyggje og forhindre tvang. Brukarmedverknad, samhandling og kunnskap om vilkår for bruk av tvang og korleis pasientane kan oppleve bruk av tvang, er viktige krav til tenestene. Forsvarleg behandling som har til formål å førebyggje og hindre bruk av tvang, og da særleg tvangsinnleggingar, gjeld også overfor pasientar som er under tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald.

For pasientar som er under tvunge vern utan døgnopphald i institusjon, må DPS-a sjå til at vernet blir forsvarleg gjennomført. Det må også liggje føre tiltak som sikrar at behandlinga av pasienten blir forsvarleg avslutta, og at epikrisane blir kvalitetssikra.

Ved enkelte DPS peikte tilsynsorganet på betringsbehov når det gjaldt vilkår for å bruke tvang og for å informere pasientar om innhaldet i og rekkevidda av vedtak om tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald. Alt i alt er det likevel få funn i tilsynsrapportane om

korleis DPS legg til rette for å førebyggje og redusere bruk av tvang.

Det kan vere fleire grunnar til dette. Det er etter måten få pasientar i tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald ved DPS-a (450<sup>8</sup> på landsbasis i 2007). Tilsynet var, som nemnt ovanfor, breitt lagt opp, og tilsynslaga kan ha prioritert ned somme område. Men funna kan også spegle av at det var lite svikt og få manglar i dei DPS-a som blei undersøkte. Informasjon frå tilsynslaga kan tyde på at dette stort sett fungerer tilfredsstillande i mange av dei DPS-a som har gjort vedtak om tvungen helsehjelp.

### 3.4 Styring og leiing av DPS-a

#### 3.4.1 Krav til internkontroll i DPS-a

Det trengst god styring for å sikre at DPS-et tek tilstrekkeleg hand om alle oppgåvene sine. Styringssystemet – eller internkontrollen – må vere tilpassa storleik, eigenart, aktivitetar og risikotilhøve ved kvart enkelt DPS, og det må vere så omfattande som nødvendig for at DPS-et kan følgje krava i helselovgivinga. Kva som skal finnast skriftleg, må vere tufta på dei interne behova i verksemda. Uansett skal drifta i DPS-a vere styrt, og det skal ikkje vere tilfeldig og avhengig av enkeltpersonar at helsetenestene som blir ytte der, er fagleg forsvarlege.

#### *Organisering og fordeling av ansvar og oppgåver*

Distriktpsikiatriske senter har ansvar for å ta hand om allmennpsikiatriske oppgåver i sitt geografiske område. Oppgåvefordelinga innanfor psykisk helsevern mellom sjukehusavdelingar og DPS kan variere frå stad til stad. Men det må vere avklart kva oppgåver DPS-a skal ta hand om som eit ledd i eit heilskapleg tenestetilbod. Verksemda må ha tilstrekkeleg fleksibilitet og vere robust nok til å ta hand om både planlagd utgreiing og behandling, og førespurnader som hastar.

#### *Bruk av risikovurderingar, avviksmeldingar og annan informasjon*

Verksemda må heile tida vurdere om det er område med fare for svikt. Slike vurderingar må byggje på fagkunnskap om typiske utfordringar for denne typen tenester og på problemstillingar som er særskilte for den aktuelle verksemda. DPS-et må sjå til at det har eit system for informasjonsflyt som sikrar at meldingar om svikt blir fanga opp; det må sørgje for at feil blir retta opp, og førebyggje at svikt skjer. Dei tilsette må kjenne til avvikssystemet og bruke det aktivt. DPS-et pliktar å innhente og gjere bruk av erfaringar frå tilsette og pasientar eller pårørande for å betre tenestene.

#### *Tiltak for å leggje til rette for god praksis og korrigere og førebyggje svikt*

På bakgrunn av denne informasjonen skal verksemda setje i verk tiltak som legg til rette for at aktivitetar og arbeidsprosessar blir utførte i tråd med lovkrava, som rettar opp påviste manglar, og som kan gjere det mindre sannsynleg at manglane tek seg oppatt. Slike tiltak kan ifølgje internkontrollforskrifta for sosial- og helsetenesta § 4 vere prosedyrar, rutinar, instruksar og andre tiltak.

#### *Personell- og kompetansestyling*

DPS-et må sjå til at fagpersonellet er sett saman på ein måte som samsvarer med dei oppgåvene som dei skal løyse, og at oppgåvene blir lagde til personell som har tilstrekkeleg kompetanse til å løyse dei. Ei særleg utfordring er å sjå til at DPS-et har tilstrekkeleg spesialistkompetanse for å sikre fagleg forsvarleg utgreiing og behandling. Ein føreset at somme oppgåver blir løyste av psykologspesialist eller psykiater, og det må vere etablert ordningar som sikrar at DPS-et rettar seg etter desse krava. Det må også vere mogleg å drøfte faglege utfordringar for fagpersonellet. Leiinga må sjå til at personellet får høve til å halde ved like og utvikle den faglege kompetansen sin.

#### *Oppfølging og årleg gjennomgang i regi av leiinga*

Leiinga må heile tida følgje med på om driftssituasjonen gjer det mogleg å ta vare på dei oppgåvene lovkrava pålegg verksemda. Leiinga har ansvar for å følgje opp at planlagde tiltak blir sette i

8) SINTEF-rapport: *Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007*. Gjeld vedtak om tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald.

verk, og at dei er så gode at lovkrava blir følgde. Når det blir sett i verk nye rutinar, prosedyrar, retningslinjer eller liknande, skal leiinga sikre at dei blir følgde i praksis. I tillegg skal leiinga ha rutinar for å gå gjennom internkontrollen i verksemda, minst ein gong i året, for å kontrollere at dei styringsverkemidla som er etablerte, fungerer og er gode nok.

### 3.4.2 Funn

I tilsyn der det blei påpeikt avvik, blei det også gjort særlege vurderingar av styringssystemet. I dei aller fleste DPS-a der det var påvist avvik, blei det påpeikt manglar ved styring og leiing.

I somme DPS blei det avdekt at fordelinga av ansvar og oppgåver var uklare. Det var eksempel på at det ikkje var klart for alle kven som hadde det medisinske ansvaret, eller kven som var ansvarleg for å ta avgjerder i dei tverrfaglege tema.

Fleire DPS mangla rutinar eller system for å melde til leiinga om svikt og fare for svikt i tenestene. Men det var eksempel på DPS som hadde system på plass – også elektroniske system for avviksmeldingar – men utan at dei var kjende og i bruk i heile organisasjonen. Frå eitt tilsynslag blei det rapportert at avvikshandtering og risikovurdering var sparsamt utvikla i føretaket, og at tilsynslaget etter tilsyn ved tre av DPS-a i føretaket slo fast at dei same manglane låg føre ved alle tre. Bruk av erfaringar frå tilsette og brukarar skjer ein del stader, men det var ikkje etablert praksis som sikra at slik kunnskap blei brukt systematisk. Det vil seie at helseføretaket ikkje i tilstrekkeleg grad kunne nytte kunnskapen arbeidstakarane sat inne med om kvar det var risiko for svikt, eller av dei erfaringane brukarane hadde med manglar.

Mange DPS mangla prosedyrar og ein innarbeidd felles praksis for sentrale aktivitetar og tenester. Dette kunne gjelde mottak og behandling av tilvisingar, medrekna prioritering av rett til nødvendig helsehjelp, og det kunne gjelde utgreiings- og behandlingsgangen. Andre stader kunne det finnast

både prosedyrar og rutinar, men dei var ikkje godt nok kjende for dei tilsette, og heller ikkje innarbeidd i praksis.

Funn frå tilsynet viser manglar i tilgang til og bruk av spesialkompetanse for å sikre forsvarleg handtering av tilvisingar og av utgreiings- og behandlingsgangen. I hovudsak dreier det seg om to typar manglar. Ein dreier seg om korleis spesialistar blir brukte for å kvalitets-sikre utgreiing og behandling. I desse DPS-a tyder ikkje funna direkte på at det er for lite spesialistkapasitet. Det andre tilhøvet dreier seg om for lite kapasitet til å dekkje behov som DPS-et har for spesialistinnsetning.

Somme stader blei det påpeikt utfordringar knytte til opplæring av tilsette og tilgang på rettleiing for tilsette under spesialisering. For eksempel fekk ikkje psykologar og legar under spesialisering rettleiing av spesialist, det var lita tid til rettleiing av miljøpersonalet, og nyttilsette fekk ikkje nødvendigvis informasjon om gjeldande rutinar.

I fleire DPS avdekte tilsynslaga manglar ved den årlege gjennomgangen og evalueringa som leiinga gjennomfører for å kontrollere at styringssystema verkar som føresett.

### 3.4.3 Vurderinga til Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn meiner at funna viser at DPS-a i landet ikkje gjennomgåande har tilstrekkeleg robuste styringssystem som sikrar at leiinga heile tida har kunnskap om eiga verksemd, slik at det er mogleg å setje inn tiltak for å sikre at tenestene til kvar tid er forsvarlege.

Systematisk lærings- og betringsarbeid er altså ikkje eit sjølvsgatt ledd i drifta av DPS-a. Leiinga ved DPS-a og helseføretaka har ikkje i tilstrekkeleg grad sørgd for å etablere systematisk eigenkontroll og oppfølging for å sikre forsvarlege tenester og redusere risiko for svikt.

Der tilsynsorgana kom tilbake til dei same helseføretaka i to år, hadde det tilsynelatande skjedd mindre endring enn ein kunne vente, i alle fall målt i talet på avvik. Informasjon frå

tilsynslaga tyder likevel på at det i somme helseføretak var sett i verk aktivitetar og tiltak for å rette på tilhøve det var peikt på i 2008, og at slike tiltak også kunne omfatte DPS der det ikkje hadde vore tilsyn.

systematisk av leiinga til lærings- og betringsarbeid som kjem både tilsette og pasientar til gode.

Statens helsetilsyn registrerer dermed at dette toårlege tilsynet har sett i gang aktivitetar innanfor fleire helseføretak som kan fremje lærings- og betringsarbeid. Ein del av tilhøva som låg til grunn for dei avvika som blei påpeikte, kunne likevel vere så alvorlege og kompliserte at det ikkje var mogleg å utbetre dei i tida mellom tilsyna. Å skaffe rett kompetanse gjennom rekruttering og opplæring kan til dømes vere svært tidkrevjande, likeins å gjennomføre organisatoriske endringar, eller for den del å få til endringar i behandlingstilnærming fagfolk brukar, eller arbeidsstilen deira.

Statens helsetilsyn vil understreke kor viktig det er at helseføretaka aukar læringsutbyttet frå tilsynet ved å vurdere om dei påpeikte manglane ved eitt DPS også finst ved andre DPS, og stimulere til systematisk betringsarbeid i heile tenesta.

Statens helsetilsyn ser at mange DPS manglar innarbeidde avvikshandteringssystem. Leiinga har ansvar for å følgje opp og ha kontroll med at tiltak i form av prosedyrar og retningslinjer blir sette i verk og følgde. Det inneber å hente inn informasjon og rapporteringar om avviksmeldingar, oppfølging av tiltak og vurderingar av sårbarheit og fare for svikt i tenestene.

Mangelfulle styringssystem gir tenester som er sårbare for endringar, for eksempel når tilsette sluttar. Tenestene *kan* vere forsvarlege trass i slike manglar. Kvalifiserte og engasjerte tilsette kan sjå til at tenestene er forsvarlege sjølv om internkontrollen ved DPS-et ikkje er god nok. På sikt vil likevel slike manglar gi fare for svikt. Utfordringa for leiinga er ikkje berre å etablere formelle system for kvalitetssikring, men å få til ein *kultur* i verksemda for at dei tilsette skal vere opne om svikt, feil og manglar. Tilsette må erfare at informasjonen dei melder, blir brukt



## 4 Samla vurdering og tilrådingar

Tilsynet har undersøkt korleis dei distriktpspsykiatriske sentra har vurdert og prioritert rett til nødvendig helsehjelp, og korleis DPS-a har utgreidd, behandla og følgt opp personar med alvorlege psykiske lidningar. Funna i 2009 var ganske lik funna i 2008 i omfang og innhald. Det er peikt på svikt på eitt eller fleire av dei undersøkte områda i tre firedelar av dei 56 DPS-a som har hatt tilsyn. Slik Statens helsetilsyn vurderer det, viser funna at vi treffe rett da vi valde tema for tilsynet. Statens helsetilsyn meiner at vi har fått eit godt bilete av sentrale utfordringar for verksemdene når det gjeld å følgje krava i helseelovgivinga.

Statens helsetilsyn ser alvorleg på at dei distriktpspsykiatriske sentra ikkje godt nok sikrar forsvarleg vurdering og prioritering av tilviste pasientar, og at DPS-a heller ikkje sikrar forsvarleg utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar med alvorleg psykisk lidning. Funna viser at det er veikskapar og manglar i organisering, styring og leiing av DPS-a, i tilgjenge til rett til nødvendig helsehjelp, i tilgang på og bruk av spesialistkompetanse, og i kvalitet på pasientbehandlninga. Leiinga ved DPS-a og helseføretaka har ikkje god nok kontroll og følgjer ikkje godt nok opp til å sikre likeverdige og forsvarlege tenester.

Eit overordna mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse var å gjere det mogleg for menneske med psykiske lidningar å leve eit mest mogleg normalt liv, prega av deltaking, fridom og meistring.

Utvikling av desentraliserte, tilgjengelege og samanhengande tenester med høg fagleg kvalitet var sentralt for å byggje opp under dette. Distriktpspsykiatriske senter har eit hovudansvar for desentralisert spesialisthelseteneste til vaksne. I 2008 gjennomførte Muusmann/Agenda på oppdrag frå Helsedirektoratet ei kartlegging av dei distriktpspsykiatriske sentra<sup>9</sup>. I oppsummeringa heiter det blant anna at det er grunnlag for å spørje om befolkninga har likt tilgjenge til tenester uavhengig av kvar i landet dei bur. Kartlegginga viste blant anna at dei økonomiske ressursane som blir stilte til disposisjon for distriktpspsykiatrien, varierte betydeleg mellom helseregionane. Statens helsetilsyn meiner at tilsynet avdekte tilhøve som gir grunn til uro for kor tilgjengelege desse tenestene er, og om den faglege kvaliteten på tilbodet er godt nok.

Dersom handtering og vurdering av tilvisingar til behandling sviktar, kan det føre til uforsvarleg forseinking i tilbodet, eller til at pasientar med alvorleg psykisk lidning ikkje får den hjelpa dei treng og har rett til. Menneske med alvorleg psykisk lidning er ofte i ein sårbar situasjon og kan ha vanskar med å ta hand om egne rettar. Statens helsetilsyn vurderer det som alvorleg at somme verksemdar ikkje sikrar godt nok tilgjenge til tenestene og tek godt nok vare på pasientrettane. Dei regionale helseføretaka må sjå til at leiinga av verksemdene går gjennom praksisen på området og set i verk tiltak som

9) Muusmann/Agenda. Kartlegging av dei distriktpspsykiatriske sentrene i Norge 2008

sikrar at pasientar får oppfylt rettane sine og får forsvarlege tenester.

Når DPS-a ikkje sikrar forsvarleg utgreiing, er det alvorleg. Særleg urovekjande er det at fleire DPS ikkje følgjer retningslinjene ved utgreiing og behandling av sjølvmordsfare. Risikoen for sjølv mord er særleg stor for pasientar med alvorlege psykiske lidningar, og feilvurderingar kan få alvorlege og livstruande konsekvensar. Statens helsetilsyn ventar at dei regionale helseføretaka ser til at leiinga ved dei enkelte DPS-a gjer retningslinjer og prioriteringsrettleiarar på dette og andre område kjende for dei tilsette, og at dei ser til at dei blir innarbeidde og følgde i praksis. For å få til dette må tilsette kjenne til og forstå kor nyttige slike hjelpemiddel er, og leiinga må følgje opp også etter at dei er innarbeidde i praksis. Statens helsetilsyn er uroleg for om helseføretaka følgjer godt nok med på verksemda i det enkelte DPS-et. Dette er område som også dei regionale helseføretaka bør ha merksemda retta mot.

Også når det gjeld behandling og oppfølging, er det slik Statens helsetilsyn vurderer det, avdekt manglar som kan føre til risiko for svikt i kvaliteten på tenestetilbodet. I for stor grad ser det ut til å vere opp til kvar enkelt behandlar korleis behandlingstilbodet skal leggjast opp, dokumenterast og gjennomførast. Kritiske trinn manglar styring og oppfølging frå leiinga for å sikre eit forsvarleg fagleg innhald i behandlinga. Manglar ved journalføring og dokumentasjon aukar risikoen for svikt i utgreiing og behandling, blant anna ved at det blir vanskeleg å følgje opp pasienten for personell som må ta over ved fråvær eller skifte av behandlar. Dess meir alvorleg diagnose, dess større er konsekvensen av svikt på grunn av manglande systematikk og dokumentasjon.

Tilsynet viser svikt i tilgang på og bruk av spesialistkompetanse. Dette er eit alvorleg problem som får konsekvensar for kva tenester DPS kan tilby, og for kvaliteten i pasientbehandlinga. DPS-kartlegginga viser at talet på psykiatrar og psykologspesialistar framleis er lågt i ein del DPS, og at det er mange ledige

stillingar for desse to faggruppene. Bemanning og kompetanse varierer meir mellom helseregionane enn det som verkar rimeleg sett i høve til at oppgåver og dimensjonering er ulik i andre delar av behandlings- og omsorgsapparatet. Statens helsetilsyn vil peike på at leiinga for dei regionale helseføretaka, helseføretaka og DPS-a må sørgje for å bemanne DPS-a med tilstrekkeleg kompetanse, slik at dei er i stand til å gi pasientane forsvarleg helsehjelp. Helseføretaka har ansvar for å styre tilgjengelege spesialistressursar, og må blant anna vurdere fordelinga mellom DPS-a og sjukehusavdelingane. I DPS med tilstrekkeleg tilgang må leiinga sjå til at spesialistar kvalitets-sikrar utgreiings- og behandlingsgang. Departementet som eigar bør vurdere tiltak for å sikre tilstrekkeleg utdanning og fordeling av spesialistar.

Statens helsetilsyn har merkt seg at somme helseføretak har brukt påpeikte manglar ved eitt DPS til lærings- og betringsarbeid i andre DPS innanfor det same helseføretaket. Helseføretaka er ofte organisasjonar der det kan ta tid å innarbeide endringar i praksis. Avdekt svikt kan gi verksemda draghjelp i internt lærings- og betringsarbeid. Det er viktig at leiinga ved dei regionale helseføretaka, helseføretaka og DPS-a heile tida har merksemda og innsatsen retta mot å sikre forsvarleg verksemd. Statens helsetilsyn meiner at verksemdene har potensial for å betre kvaliteten gjennom å utveksle erfaringar om god praksis. Fleire har sett i verk tiltak for å utveksle erfaringar, blant anna er det planlagt og halde erfaringskonferansar som arena for dialog og utveksling.

Resultata etter dette toårlege landsomfattande tilsynet er gjorde kjende for verksemdene og dei regionale helseføretaka. Rapportane frå kvart tilsyn og regionale oppsummeringsrapportar er tilgjengelege på nettsidene våre ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)). Her legg vi også ut informasjon om når påpeikt svikt i DPS som er undersøkt, er retta. Tilsynslaga har hatt regionvise møte med dei regionale helseføretaka. Helsetilsynet i det aktuelle fylket følgjer opp at påpeikt svikt i eit DPS blir utbetra.

## Vedlegg 1

## Oversyn over DPS-a som har hatt tilsyn

Tilsyn gjennomførte i 2008 er markerte med feit skrift

Helseregion	Helseforetak (HF)	DPS
Helse Sør-Aust	Sjukehuset Østfold HF	DPS Moss
		DPS Fredrikstad
		DPS Halden-Sarpsborg
		DPS Edwin Ruud
	Sjukehuset Innlandet HF	<b>DPS Gjøvik</b>
		<b>DPS Kongsvinger</b>
		DPS Lillehammer
	Sjukehuset Telemark HF	DPS Hamar
		<b>DPS Skien</b>
		<b>DPS Vestmar</b>
	Sørlandet Sjukehus HF	DPS Porsgrunn/Vestmar
		<b>DPS Aust-Agder</b>
		<b>DPS Solvang</b>
		DPS Lister
	Akershus universitetssjukehus HF	Lovisenlund/Mandal
		<b>Lillestrøm DPS</b>
	Oslo universitetssjukehus HF, Aker	Grorud DPS
		Follo DPS
	Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	Tøyen DPS
	Diakonhjemmet sykehus	Vinderen DPS
	Aker universitetssjukehus HF	<b>Alna DPS</b>
	Ullevål universitetssjukehus HF	<b>Søndre Oslo DPS</b>
	Sjukehuset Asker og Bærum HF	<b>Psykiatrisk senter Asker</b>
Blefnell Sjukehus HF	<b>Kongsberg DPS</b>	
Ringerike sjukehus HF	<b>DPS Ringerike</b>	
Sjukehuset Buskerud HF	<b>Drammen DPS</b>	
Psykiatrien i Vestfold HF	<b>Søndre Vestfold DPS</b>	
	Nordre Vestfold DPS	

Helse Vest	Helse Stavanger HF	<b>Sandnes DPS</b>
		Sola DPS
		Ryfylke DPS
	Helse Bergen HF	Kronstad
		Øyane
	Helse Førde	<b>Indre Sogn DPS</b>
Helse Fonna HF	<b>Karmøy DPS</b>	
Private, avtale med Helse Vest	<b>Betanien</b>	
	Solli	
Helse Midt-Noreg	Helse Nordmøre og Romsdal HF	<b>Kristiansund DPS</b>
		Molde
	St. Olavs Hospital HF	<b>Tiller DPS</b>
		Orkdal DPS
	Helse Sunnmøre HF	<b>Ålesund DPS</b>
		Volda
Helse Nord-Trøndelag HF	<b>Kvolvereid/Namsos DPS</b>	
	Stjørdal DPS	
Helse Nord	Universitetssjukehuset i Nord-Noreg HF	<b>Senter for psykisk helse i Sør – Troms</b>
		Tromsø og omegn
		Midt Troms – Silsand
		Ofoten
	Nordlandssjukehuset HF	<b>Lofoten</b>
		Bodø Salten
	Helgelandssjukehuset HF	<b>Mo i Rana</b>
		Avd. Brønnøysund
	Helse Finnmark HF	<b>DPS Midt-Finnmark</b>
		<b>DPS Vest-Finnmark</b>
DPS Aust-Finnmark		

## **Guovllupsykiatralaš fáladagat – ovttadássásaš fáladagat?**

### **Čoahkkáigeassu 2008 ja 2009 riikkaviidosáš bearráigeahčus guovllupsykiatralaš guovddážiid spesialistadearvvašvuođa bálvalusain**

**Čoahkkáigeassu Dearvvašvuođageahču Raportta 3/2010 čoahkkáigeassu**

2008:s ja 2009:s čadahuvvui bearráigeahču 56 riikka guovllupsykiatralaš guovddážiin (dáro-gillii DPS). Bearráigeahču čadahedje regiovnínalaš geahččojoavkkut main fárus ledje maiddá psykologaspecialista ja psykiater olggobeale fágadárkkisteaddjin. Raporta čoahkkáigeassá bohtosiid geahčuin mat leat čadahuvvon 28 DPS:s 2008:s ja 28 DPS:s 2009:s. Raporta addá ollislaš gova gávnahe-miin, ja das leat maiddá Stáhta dearvvašvuođageahču árvoštallamat ja ávžžuhusat.

Bearráigeahču čájeha ahte golmma njealjadasoasis dárkkistuvvon DPS:in leat gávnnahuvvon váilevašvuodat ovttadahje eanet iskojuvvon surggiin. Gávnaheamit dovddahit ahte leat headjuvuodat ja váilevašvuodat DPS:id organiseremis, stivrejumis ja jodiheamis ja vejolašvuodas oažžut dárbbášlaš dearvvašvuođaveahki masa lea vuoigatvuohta. Leat maid headjuvuodat ja váilevašvuodat spesialistagelbbolašvuođa oažžuma ja geavaheami hárrái, ja pasieantadivššu kvalitehta hárrái. DPS:id jodiheddjiin ja dearvvašvuodadoaimmahagain ii leat doarvái buorre kontrolla ja čuoovvoleapmi sihkkarastin dihte ovttadássásaš ja bealuštahti bálvalusaid.

Badjel bealis iskojuvvon DPS:in eai lean pasieantačujuhusat álo árvoštallojuvvon ja vuoruhuvvon nu movt láhkamearrádusain eaktuduvvo. Sullii bealli DPS:in eai sihkkarastán ge álo bealuštahti čielggadeami, dikšuma

ja pasieanttaid čuoovvoleami. Dát sáhtta dagahit ahte pasieanttaid veahkkedárbu ii árvoštallojuvvo, ja ahte pasieanttat main leat duodalaš psykalaš gillámušat, eai fuomášuvvo eai ge oaččo mearreáiggi sisa dárbbášlaš divššu mas lea doarvái kvalitehta.

# **District psychiatric services – equal services for everyone?**

## **Summary of countrywide supervision in 2008 and 2009 of specialized health services provided in district psychiatric centres**

**Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 3/2010**

In 2008 and 2009, countrywide supervision was carried out in 56 district psychiatric centres (DPSs). Supervision was carried out by regional supervision teams, assisted by two professional auditors, a psychologist and a psychiatrist. In this report, the findings from supervision of 28 DPSs in 2008 and 28 DPSs in 2009 are summarized. The assessments and recommendations of the Norwegian Board of Health Supervision are presented.

In three out of four of the DPSs, deficiencies were identified in one or more of the areas that were examined: organization, management and leadership of the DPSs, access to necessary health care, access to and use of specialists, and the quality of the treatment provided. The leadership of the DPSs and the health trusts do not monitor and assess services adequately to ensure that services meet acceptable standards.

In more than half of the DPSs, referrals were not assessed and given priority in accordance with the legislation. About half of the DPSs did not ensure that assessment, treatment and follow-up of patients was adequate. The result can be that patients do not have their needs for health care assessed, and that patients with serious mental disorders are not identified, and that they do not receive treatment of adequate quality within the deadline that has been set.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgjevingar 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

**6/2009** ”Sikker som banken...” – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften

**7/2009** Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (red.): Læring av feil og klagesaker

**8/2009** Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning.

Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på Helsetilsynets nettstad [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgjevingar finst i tillegg i trykt utgåve som kan tingast frå Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Utgjevingar 2010

**1/2010** Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper

**2/2010** Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

**3/2010** Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

## Tilsynsmeldinga

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for barnevernet og sosial- og helsetenestene og for offentlig debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med barnevern og sosial- og helsetenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn.  
Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSE I N**  
ilsyn med barnevern, sosi- l- lse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2010

### **Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbod? Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter**

I 2008 og 2009 blei det gjennomført tilsyn ved 56 av dei distriktpsikiatriske sentra (DPS) i landet. Tilsynet blei utført av regionale tilsynslag supplert med psykologspesialist og psykiater som eksterne fagrevisorar. Rapporten summerer opp resultat frå tilsyna gjennomført i 28 DPS i 2008 og 28 DPS i 2009. Han gir ei samla framstilling av funna, og av vurderingane og tilrådingane Statens helsetilsyn kjem med.

Tilsynet viser påpeikt svikt på eitt eller fleire av dei undersøkte områda i tre firedelar av DPS-a som har hatt tilsyn. Funna tyder på veikskapar og manglar i organisering, styring og leing av DPS, i tilgjenge til rett til nødvendig helsehjelp, i tilgang på og bruk av spesialistkompetanse, og kvalitet i behandlinga. Leinga ved DPS-a og helseføretaka har ikkje god nok kontroll og følgjer ikkje godt nok opp til å sikre likeverdige og forsvarlege tenester.

I over halvparten av DPS-a som blei undersøkte, var ikkje tilvisingar alltid vurderte og prioriterte i tråd med lovkravet. Om lag halvparten av DPS-a sikra heller ikkje alltid forsvarleg utgreiing, behandling og oppfølging av pasientane. Dette kan føre til at pasientar ikkje får vurdert behovet sitt for helsehjelp, og at pasientar med alvorlege psykiske lidingar ikkje blir fanga opp og får nødvendig behandling med god nok kvalitet innanfor den fristen som er fastsett.