

**Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten:  
psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker**

**Mye å forbedre – vilje til å gjøre det**

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



**RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 3/2015**

**MARS  
2015**

## Rapport fra Helsetilsynet 3/2015

Mye å forbedre – vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Mars 2015

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)  
ISBN: 978-82-90919-82-0 (elektronisk)  
ISBN: 978-82-90919-83-7 (trykt)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

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

# Innhold

<b>1 Sammenheng: Det er helseforetakets ansvar å sikre barn og unge gode og trygge tjenester .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge 2013–14 – et tilsyn som omfattet alle poliklinikker og ansvarlige helseforetak.....</b>	<b>6</b>
2.1 Hvorfor tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge? .....	6
2.1.1 Et sentralt tjenestetilbud til en sårbar pasientgruppe.....	6
2.1.2 Identifisering av risikoområder .....	7
2.2 Tilsynets målsetting og omfang .....	7
2.2.1 Mål for tilsynet.....	7
2.2.2 Tilsynets omfang .....	8
2.2.3 Tilsynstemaer og pasientgrupper .....	8
2.3 Alle landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker skulle inkluderes .....	9
2.3.1 Samkjøring av god praksis i alle deler av helseforetaket .....	9
2.3.2 Gjennomføringen av tilsynet – en kombinasjon av flere fremgangsmåter .....	9
2.4 Lover og forskrifter er tilsynets rammer .....	10
2.4.1 Forsvarlighetskravet.....	10
2.4.2 Rett til nødvendig helsehjelp.....	11
2.5 Resultatene fra tilsynet og metodiske betraktninger .....	12
2.5.1 Materiale som rapporten bygger på .....	12
2.5.2 Samlet gir tilsynsmaterialet et solid bilde .....	12
<b>3 Funn i tilsynet.....</b>	<b>14</b>
3.1 Svak styring – lovbrudd i alle helseforetak .....	14
3.2 Tilsynstema: Mottak og vurdering av henvisninger.....	15
3.2.1 Vurderingstemaer og sammendrag av funn .....	15
3.2.2 De aller fleste poliklinikkene vurderte henvisninger innen ti dager .....	15
3.2.3 Barnas behov for helsehjelp ble ikke alltid vurdert individuelt .....	16
3.2.4 Flertallet av poliklinikkene overholdt frist for oppstart av helsehjelp .....	17
3.3 Tilsynstema: Utredning og diagnostisering .....	17
3.3.1 Vurderingstemaer og sammendrag av funn .....	17
3.3.2 De fleste lovbruddene i tilsynet gjaldt utredning og diagnostisering.....	18
3.3.3 Utredningspraksis varierte – plan for arbeidet kunne mangle helt .....	19

3.3.4	Ufullstendige tverrfaglige utredninger av barn og unge .....	19
3.3.5	Ledelsen sørget ikke for god nok fremdrift i pasientforløpene .....	20
3.3.6	Til dels vilkårlig praksis ved kartlegging for selvmordsproblematikk .....	21
3.3.7	For lite oppmerksomhet knyttet til unge pasienters forhold til rusmidler.....	23
3.4	Tilsynsystema: Behandling, og avslutning og oppfølging av behandling.....	24
3.4.1	Vurderingstemaer og sammendrag av funn .....	24
3.4.2	Brukermedvirkning og samhandling med andre tjenester må ivaretas bedre.....	24
<b>4</b>	<b>Oppfølging og avslutning av tilsynet .....</b>	<b>26</b>
4.1	Stikkprøvetilsyn som en del av fylkesmennenes oppfølging.....	26
4.2	Flesteparten av tilsynene ble avsluttet innen 2014.....	26
<b>5</b>	<b>Hvordan opplevde tjenestelederne tilsynet? .....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>Implementer, følg med, følg opp! - Helsetilsynets forventninger .....</b>	<b>30</b>
6.1	Statens helsetilsyn forventer at helseforetaket følger opp gjennom kontinuerlig kvalitetsarbeid.....	30
6.1.1	Krav og forventninger må oversettes til god praksis .....	31
6.1.2	Implementering – det å innarbeide i praksis .....	32
6.1.3	Dokumentasjon handler også om pasient-/brukerrettigheter .....	33
6.1.4	Ledelsen må følge med og følge opp .....	33
6.2	Brukermedvirkning og samarbeid med andre tjenester .....	34
6.2.1	Samarbeid mellom poliklinikken og andre instanser – rom for forbedring .....	34
6.2.2	Poliklinikkens tjenester fra pasienten og de foresattes ståsted.....	35
<b>7</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>.....</b>	<b>40</b>
	Vedlegg 1: Egenvurderingsskjema .....	40
	Vedlegg 2: Oversikt over representanter fra forskningsmiljøer, fag- og brukerorganisasjoner som var invitert i prosessen med å identifisere de viktigste risikoområdene i psykisk helsevern for barn og unge.....	59
<b>Čoahkkáigeassu</b>	<b>.....</b>	<b>60</b>
<b>English summary</b>	<b>.....</b>	<b>61</b>

# 1 Sammendrag: Det er helseforetakets ansvar å sikre barn og unge gode og trygge tjenester

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er det viktigste behandlingstilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge. BUP utreder, diagnostiserer og behandler psykiske plager og tilstander for å hjelpe unge mennesker så de kan fungere best mulig.

## Forsvarlig psykisk helsevern?

Gjennom tilsynet har vi undersøkt om spesialisthelsetjenesten sikrer at barn og unge får forsvarlig psykisk helsevern ved at helseforetaket styrer og leder virksomheten systematisk. Vi så på om helseforetaket sørger for at pasientforløpet i poliklinikkene har god fremdrift og kontinuitet, og god kvalitet i arbeidet – inkludert samhandling med pasient, foresatte og andre involverte instanser.

Tilsynet vurderte tjenestene til to pasientgrupper:

- barn mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD
- barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon

Tilsynet ble gjennomført i 2013 og 2014. Fylkesmennene gjennomførte 23 systemrevisjoner. I tillegg ble det gjennomført egenvurderinger<sup>1</sup> i 85 poliklinikker. Alle faser av pasientforløpet inngikk i tilsynet, men med tyngdepunkt på utredning og diagnostisering.

## Mangelfull kontroll kan ramme pasienten

Resultatene fra tilsynet viser at ledelsen i flertallet av helseforetakene og poliklinikkene ikke hadde god nok kontroll med tjenestene som ble gitt. Det var et klart behov for mer systematisk styring og tydeligere ledelse. I mange av poliklinikkene var det for mye opp til den enkelte behandler å vurdere hvordan arbeidet skulle gjennomføres og med hvilken fremdrift. Pasienter er ulike, og det er selvsagt rom for ulike arbeidsformer avhengig av hvilke behov pasienten har, og faglig skjønn er svært viktig. Men forsvarlige tjenester krever også at felles rutiner og prosedyrer finnes og følges.

1 Egenvurdering: Poliklinikken skulle ta stilling til om det var samsvar mellom egen praksis og krav i regelverket på utvalgte sjekkpunkter. Egenvurderingsskjema med veiledning var utarbeidet av Statens helsetilsyn. Nærmere forklaring: Se punkt 2.3.2 og vedlegg 1.

Mange barn og unge har sammensatte problemer. Én av forutsetningene for å kunne gi disse pasientene god og tverrfaglig behandling, er at nødvendig informasjon samles i pasientjournalen, og at det fremgår hvilke vurderinger som er gjort og hvilke konklusjoner som er trukket. Et fremtredende trekk i tilsynet var at mange ledere fulgte for lite med på tjenestene barn og unge fikk, og at uforsvarlig praksis ikke ble rettet opp. Selv om rutiner fantes, var de ikke alltid kjent og fulgt.

### **Alle BUP-er var inkludert i tilsynet**

For å inkludere alle landets poliklinikker, også de private, benyttet Statens helse-tilsyn og fylkesmennene en kombinasjon av flere tilsynsmetoder. I tillegg til fylkesmennes tilsyn (systemrevisjoner), ble poliklinikkene bedt om å fylle ut en egenvurdering som helseforetaket returnerte til fylkesmannen for oppfølging.

### **Tilsynsresultater**

I dette tilsynet ble det avdekket lovbrudd i alle helseforetak. Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i 20 av 23 poliklinikker. I egenvurderingene konkluderte tilnærmet alle landets BUP-er med at deler av deres praksis ikke var i tråd med regelverket.

#### *Mottak og vurdering av henvisninger: få fristbrudd, men mangelfulle henvisninger utfordrer tidagersfristen*

Flertallet av henvisningene ble vurdert innen ti virkedager, men det ble avdekket svikt knyttet til håndtering av henvisninger som var mangelfullt utfylt.

I et mindre antall poliklinikker var ventetid for igangsetting av helsehjelp gjennomgående satt til 65 dager, som er maksimum ventetid. Disse poliklinikkene kunne ikke bekrefte at det var foretatt individuelle vurderinger av om helsehjelpen burde vært igangsatt tidligere. Fristbruddene for oppstart av helsehjelp var få, men til dels alvorlige.

#### *Utredning og diagnostisering: rutiner var for lite innarbeidet og fulgt*

Alle funnene handlet i stor grad om at rutiner var for lite innarbeidet, og om for svak oppfølging fra ledelsens side. Hvilken oppfølging barnet eller ungdommen får skal ikke avhenge av den enkelte behandler.

Flertallet av lovbruddene gjaldt utredning og diagnostisering:

- Rundt halvparten av poliklinikkene hadde svikt knyttet til å gjennomføre utredninger på en omforent og planlagt måte.
- Like mange hadde svikt i gjennomføring av tverrfaglige utredninger.
- Svikt knyttet til framdrift ble konstatert i flertallet av poliklinikkene.
- Mange journaler manglet vurderinger i forbindelse med kartlegging for selvmordsproblematikk og pasienters forhold til rusmidler.
- Det mest gjennomgående funnet i tilsynet var mangelfull oppmerksomhet knyttet til eventuelle rusproblemer hos pasientene.

*Behandling, avslutning og oppfølging av behandling: brukermedvirkning var ikke sikret mente BUP-er selv*

I systemrevisjonene ble det avdekket få tilfeller av svikt knyttet til brukermedvirkning og til samhandling med andre tjenester. Men i egenvurderingene konkluderte ca. én av fire poliklinikker med at virksomheten hadde mangelfulle ordninger for å sikre brukermedvirkning. Det samme gjaldt samhandling med andre tjenester om individuell plan. Slike brudd på regelverket innbar at pasientenes rettigheter ikke var sikret på en god nok måte.

### **Statens helsetilsyn forventer at helseforetaket arbeider systematisk med å forbedre kvaliteten i tjenestene**

Helseforetaket og ledelsen i BUP må sørge for at tjenester til barn og unge med psykiske lidelser holder god nok kvalitet i tråd med myndighetenes krav. Helseforetaket har overordnet ansvar for at lover og forskrifter er kjent og blir fulgt. Varig kvalitetsforbedring krever tett og systematisk oppfølging fra helseforetakets side.

## 2 Tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge 2013–14 – et tilsyn som omfattet alle poliklinikker og ansvarlige helseforetak

### 2.1 Hvorfor tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge?

«Det første kuttet»

*«Jeg skulle ønske det første kuttet ble tatt på alvor. Jeg skulle ønske at selvskadingen ble snakket om, med meg og til meg. Jeg skulle ønske det ble tatt tak i da, og ikke fem år og mange hundre sting senere. Selv om jeg gjorde dette mot meg selv, skulle jeg ønske at noen hadde prøvd å stoppe meg før det gikk lenger. Forklart meg, snakket med meg, fortalt meg om hvor farlig dette var, hvor avhengighetsskapende dette var, at jeg hadde en fremtid, at det var håp, at jeg ville bli frisk og at jeg ikke trengte å skade meg.*

*For det var håp. I dag skader jeg meg ikke lenger. Etter femten år med selvskading, etter mange år med behandling, og ved hjelp av en dyktig og forståelsesfull behandler og arbeid med meg selv, har jeg endelig klart å legge det bak meg.» (1)*

#### 2.1.1 Et sentralt tjenestetilbud til en sårbar pasientgruppe

Barn og unge med psykiske lidelser er en sårbar pasientgruppe med få sterke stemmer som målbærer deres interesser. Potensialet for å forebygge senere psykisk lidelse er stort ved tidlig intervensjon. Behandlingen foregår i dag hovedsakelig poliklinisk. Døgnbehandling foregår kun ved få virksomheter.

Poliklinikkene har som mål å hjelpe barn og unge fra 0 til 18 år og deres pårørende med å utrede, diagnostisere og behandle psykiske lidelser som gir funksjonssvikt i dagliglivet. Problemene kan eksempelvis være tristhet, angst, konsentrasjonsproblemer, adferdsvansker, ettervirkninger etter ubehagelige hendelser og søvnproblemer. Også alvorlige psykiske tilstander som bipolar lidelse og schizofreni kan ha sin debut før 18 år, og diagnostiseres og behandles i BUP. Behandling som er påbegynt i poliklinikken før pasienten er fylt 18 år, kan forlenges til pasienten er 23 år. BUP skal være et tilbud for pasienter med psykiske problemer som ikke kan løses i de kommunale helsetjenestene, som hos fastlege eller helsesøster, i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller i barnevernet.

Tjenestetilbudet omfatter utredning, diagnostisering og behandling. Sykdomsbildet hos barn og unge er ofte komplekst. Det krever en annen tilnærming enn i voksenpsykiatrien.



Personellgruppen er tverrfaglig sammensatt og består ofte av lege/barne- og ungdomspsykiater og psykolog, pedagog og sosionom, med ulik grad av spesialisering. Men annet fagpersonell kan også inngå. Samarbeid med pårørende og andre aktører i barnets miljø er vesentlig. Utredning og behandling kan normalt ikke startes opp før det foreligger samtykke fra pasienten/foresatte eller barnevernet.

Tilgjengelighet og kvalitet på dette tjenestetilbudet kan ha avgjørende betydning. Svikt i psykisk helsevern for barn og unge vil kunne påføre den enkelte pasient og familie unødvendige belastninger. Konsekvensene kan være alvorlige for resten av livsløpet. Derfor er det essensielt at tjenestetilbudet fungerer og har god kvalitet.

### **2.1.2 Identifisering av risikoområder**

Kunnskap fra tilsynsaktiviteter og andre kilder har vist at det er en del utfordringer innen psykisk helsevern for barn og unge knyttet både til ventelister og prioriteringer samt til det faglige arbeidet. Den årlige publikasjonen «Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge» (2) har i flere år omtalt mangelfull og geografisk varierende innrapportering av ulike tilstander innenfor det klassifikasjonssystemet som skal benyttes.<sup>2</sup> Komplette tilstandsvurderinger er et viktig grunnlag for å kunne gi riktig behandling.

Fra faglig hold har det vært pekt på at det foreligger lite normering innenfor barne- og ungdomspsykiatri, og at det ikke har vært en åpenbar konsensus om hva som er god praksis og behandling. For pasientene kan dette medføre uønskede variasjoner i tilgjengelighet og kvalitet.

For å identifisere de viktigste risikoområdene i psykisk helsevern for barn og unge, gjennomgikk Statens helsetilsyn relevante tilsynsrapporter, tilsynssaker, § 3-3-meldinger<sup>3</sup> og klager over manglende oppfyllelse av rettigheter. Vi gjorde også litteratursøk. Aktuelle fag-, forsknings-, bruker- og interesseorganisasjoner ble invitert til å gi innspill til hvilke områder innenfor psykisk helsevern for barn og unge det var særlige grunner til å være oppmerksom på. Oversikt over de inviterte er gitt i vedlegg 2. Helsedirektoratets kunnskap om risikoområder inngikk som en del av beslutningsgrunnlaget.

Ettersom polikliniske tjenester er det dominerende behandlingstilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge med 96 prosent (2) av pasientene i 2013, ble tilsynet rettet mot helseforetakenes polikliniske virksomhet.

## **2.2 Tilsynets målsetting og omfang**

### **2.2.1 Mål for tilsynet**

Tilsynets formål har vært å stimulere til nødvendige forbedringsaktiviteter i alle landets BUP-er. Statens helsetilsyn har også hatt som formål at tilsynet skal bidra til erfaringsoverføringer mellom poliklinikkene innenfor hvert helseforetak. Det har vært sentralt å innrette tilsynet slik at resultatet gir effekt i hele tjenesten. Statens helsetilsyn ønsket å tydeliggjøre helseforetakets overordnede ansvar.

2 Mangelfull rapportering gjelder bestemmelse av tilstand etter det multiaksiale klassifikasjonssystemet som benyttes i psykisk helsevern for barn og unge for å beskrive pasientenes ofte komplekse tilstander. For nærmere beskrivelse, se punkt 3.3.4.

3 Spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet 1. juli 2012.

Tilsynet skulle undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsevern. Mer konkret har målet vært å undersøke om helseforetaket sørger for at pasientforløpet i poliklinikkene er preget av:

- god fremdrift og kontinuitet og
- god kvalitet i arbeidet, inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten samt skole/PPT og barnevern

Vi viser til punkt 2.3 for nærmere omtale av gjennomføringen av tilsynet.

### **2.2.2 Tilsynets omfang**

Tilsynet ble gjennomført i 2013 og 2014. Det omfattet alle 87 BUP-er i landet. Tre av disse poliklinikkene er private (med avtale).

- Fylkesmennene gjennomførte 23 systemrevisjoner – fordelt på 19 helseforetak.<sup>4</sup>
- Egenvurderinger ble gjennomført i 85<sup>5</sup> poliklinikker, også der det ble gjennomført systemrevisjon.
- Alle lovbrudd skal alltid følges opp inntil virksomheten kan dokumentere at de er rettet slik at praksis er i tråd med aktuelt regelverk. I dette tilsynet gjennomførte noen av fylkesmennene i tillegg noen stikkprøvekontroller av gjennomførte tiltak i utvalgte helseforetak/poliklinikker.

Gjennomføringen av tilsynet er beskrevet i punkt 2.3. Oppfølging og avslutning av tilsynet er omtalt i kapittel 4.

### **2.2.3 Tilsynstemaer og pasientgrupper**

#### *Tilsynstemaer inndelt etter pasientforløp*

Tilsynet skulle undersøke om spesialisthelsetjenesten leder og styrer virksomheten på en måte som sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsevern.

Tilsynstemaene ble delt inn etter pasientforløp. Pasientforløpet kan deles inn i fire faser:

1. mottak og vurdering av henvisninger
2. utredning og diagnostisering
3. behandling
4. avslutning og oppfølging av behandling

Alle faser av pasientforløpet inngikk i tilsynet, men det ble innrettet med særlig vekt på de første fasene. God behandling er avhengig av korrekte diagnoser, basert på gode henvisninger og gode utredninger.

Der tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon, undersøkte fylkesmannen om ledelsen hadde tilstrekkelig oversikt, særlig når det gjaldt sårbare områder, og om de løpende sikret robuste tjenester av god kvalitet. Følgende ble undersøkt:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge brudd på lovgivningen innenfor de temaene som tilsynet omfattet

4 To av systemrevisjonene gjaldt private poliklinikker, og i to av helseforetak ble det gjennomført to systemrevisjoner.

5 Det var to poliklinikker hvor det ble gjennomført systemrevisjon, men ikke egenvurdering. Dette gjaldt selvstendige enheter (private).

- om tiltakene blir fulgt opp i praksis og om nødvendig korrigeret, og
- om tiltakene er gode nok for å sikre at lovgivningen blir fulgt

Tilsynet var ikke innrettet for å gjøre faglige vurdering av relasjonelle eller andre kliniske ferdigheter til den enkelte behandler i BUP.

### *Tilsynet konsentrerte seg om to pasientgrupper*

Tilsynet konsentrerte seg om disse pasientgruppene:

- barn mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – oppmerksomhetsforstyrrelse med hyperaktivitet)
- barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon

Disse to pasientgruppene representerer de hyppigste henvisningsgrunnene til BUP. Barn og unge med slike tilstander har som hovedregel rett til prioritert helsehjelp.<sup>6</sup> Prioritering er nærmere omtalt i kapittel 3, punkt 3.2.3, hvor funn fra tilsynet presenteres.

## **2.3 Alle landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker skulle inkluderes**

### **2.3.1 Samkjøring av god praksis i alle deler av helseforetaket**

Statens helsetilsyn har i ulike sammenhenger erfart at påpekt svikt i deler av en virksomhet ikke nødvendigvis fører til helhetlig oppfølging i hele virksomheten. Et eksempel på dette er det toårige tilsynet med de distriktspsykiatriske sentrene (2008–2009). Tilsynsmyndigheten erfarte at det var flere helseforetak som ikke hadde satt i verk tiltak for å rette opp forhold som tilsynet hadde påpekt i samme helseforetak året før (3).

Som det fremgår av punkt 2.2.1, var intensjonen i tilsynet å involvere poliklinikker og helseforetak på en måte som kunne gi grunnlag for å samkjøre god praksis i psykisk helsevern for barn og unge i hele helseforetaket. Uavhengig av tilsynets kontroll, har helseforetaket en løpende plikt til å sørge for tjenester av god kvalitet og evaluere og korrigere virksomheten – slik at myndighetskravene oppfylles.

### **2.3.2 Gjennomføringen av tilsynet – en kombinasjon av flere fremgangsmåter**

For å inkludere alle landets BUP-er, ble det benyttet en kombinasjon av flere tilsynsmetoder. Fylkesmennene skulle gjennomføre minst én systemrevisjon i hvert helseforetak. Denne tilsynsmetoden tar utgangspunkt i helsetjenestens plikt til å lede virksomheten slik at pasientene får forsvarlige tjenester. Dette innebærer at virksomheten må arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet. Tilsynsmyndigheten undersøkte og bedømte om poliklinikkene overholdt kravene myndighetene stiller på de utvalgte tilsynsområdene. I tillegg ble hver poliklinikk bedt om å fylle ut en egen-vurdering.

6 Når sykehusene mottar henvisninger, skal sykehuset sørge for at de pasientene det haster mest å få undersøkt kommer først inn til behandling. For å hjelpe til med dette har Helsedirektoratet, sammen med blant andre sykehusene, laget veileder som skal gjøre det enklere å prioritere. «Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for barn og unge» opererer med betegnelsen «tilstandsgrupper», ikke pasientgrupper. Tilstandsgruppene som tilsynet har avgrenset til har som hovedregel rett til prioritert helsehjelp. I prioriteringsveilederen er maksimumsfristene (uker) for når retten til prioritert helsehjelp skal innfris for disse gruppene litt differensiert. I tilsynet ble det av hensyn til den praktiske gjennomføringen gjort tilsynsmessige vurderinger for innfrielse av prioritert helsehjelp på 13 uker, for begge pasientgrupper.

Egenvurderingsskjema ble sendt ut sammen med tilsynsvarelet. I poliklinikker der det ble gjennomført systemrevisjon, ble egenvurderingsskjema fylt ut i forkant av fylkesmannens tilsyn. Poliklinikken skulle ta stilling til om det var samsvar mellom egen praksis og krav i regelverket på områder som korresponderte med fylkesmannens undersøkelse. De fleste sjekkpunktene ble bedømt ved at poliklinikken gjennomgikk et antall journaler og vurderte om kravene som hovedregel var oppfylt. Poliklinikken skulle bedømme om praksis var innenfor kravene for hvert sjekkpunkt. Statens helsetilsyn hadde lagt inn veiledning til bedømmelsene i egenvurderingsskjemaet. Egenvurderingsskjemaet følger som vedlegg i denne rapporten.

Det var helseforetakets ansvar å sørge for at egenvurdering ble gjennomført i alle poliklinikker, også i poliklinikker hvor det skulle gjennomføres systemrevisjon. Helseforetaket skulle returnere resultatene fra egenvurderingene samlet til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging.

Etter gjennomførte egenvurderinger og systemrevisjon(er) avholdt fylkesmannen et avsluttende møte. Helseforetakets ansvarlige leder for psykisk helsevern for barn og unge samt lederne for hver av helseforetakets poliklinikker var invitert til å delta. En av hensiktene med å invitere alle lederne til sluttmøtet, var å berede grunnen for et felles oppfølgings- og forbedringsarbeid i helseforetaket. Det var også en anledning for poliklinikkene til å sammenlikne seg. Helseforetaket skulle gjennomføre en samlet oppfølging av resultatene fra systemrevisjonen(e) og egenvurderingene.

Virksomheter, også private, har ansvar for å rette avdekkede lovbrudd. Tilsynet skal ikke avsluttes før tilsynsmyndigheten er rimelig sikker på at virksomhetens ledelse har rettet lovbruddet og har lagt til rette for at tjenestene fremover vil kunne gis i samsvar med krav i regelverket. Fylkesmennene vurderte om det var behov for stikkprøver.

## **2.4 Lover og forskrifter er tilsynets rammer**

I dette tilsynet stod kravet til forsvarlig virksomhet og retten til nødvendig helsehjelp sentralt.

### **2.4.1 Forsvarlighetskravet**

Kravet om forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, er forankret i anerkjent fagkunnskap og faglige retningslinjer. Beskrivelsene i Helsedirektoratets publikasjoner gir uttrykk for nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenestene. Faglige retningslinjer og veiledere er ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet innhold. Helsedirektoratet har utarbeidet følgende publikasjoner som var aktuelle for dette tilsynet:

- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570)
- Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD (IS-1244)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)
- Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge (IS-1581 og IS-1636)
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)<sup>7</sup>

7 Retningslinjene gir føringer som også vil gjelde en del av poliklinikkens pasienter, spesielt dem mellom 16 og 23 år.

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948)

Klinisk praksis som følger anbefalingene i slike publikasjoner vil bidra til at psykisk helsevern for barn og unge er av god kvalitet.

### *Internkontrollplikten*

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. Helsetjenesten er pålagt å ha internkontroll for å sikre forsvarlige tjenester, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften inneholder prinsipper for god ledelse, og handler kort oppsummert om å:

- sette kvalitets- og forbedringsmål for det faglige innholdet i tjenestene
- sikre kjennskap til aktuelle lover og forskrifter
- avklare ansvar og roller
- identifisere fare for svikt, og følge tett opp sårbare områder
- avklare og sikre behovet for ressurser, kompetanse, opplæring og utstyr
- sørge for at uønskede hendelser følges opp
- bruke tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende og ansatte og annen informasjon om tjenestene i systematisk forbedringsarbeid

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene, og som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Kravene i forskriften skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Dette skal sikre robuste tjenester som har god kvalitet også de dagene forholdene ikke er optimale, for eksempel ved fravær av personell eller i situasjoner med stor pågang av pasienter. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at deres helse-tjenester er i tråd med gjeldende regelverk.

### **2.4.2 Rett til nødvendig helsehjelp**

Barn og unge med psykiske lidelser har høy prioritet og har rett til å medvirke. Når BUP mottar en henvisning, får pasienten en rett til å få helsetilstanden vurdert<sup>8</sup>, dette i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Fristen for å vurdere henvisninger for barn og unge som er under 23 år og har psykiske lidelser, er ti virkedager regnet fra datoen henvisningen er mottatt. Vurderingen må foretas raskere dersom forsvarlighetshensyn tilsier det. Innen fristen skal helsetjenesten beslutte om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Har pasienten rett til nødvendig helsehjelp, skal helsetjenesten fastsette en frist for oppstart av helsehjelpen på grunnlag av en individuell vurdering av pasientens tilstand. Fristen må ikke overstige 65 virkedager (13 uker). Fristen regnes fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Ved fastsettelse av fristen, skal det i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b og prioriteringsforskriften § 4, gjøres en individuell forsvarlighetsvurdering. Forhold som kan gi høyere prioritet og kortere frist for barn og unge i psykisk helsevern, er beskrevet i Helsedirektoratets prioriteringsveileder (IS-1636).

8 Pasient- og brukerrettighetsloven, § 2-1b: «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.»

Poliklinikken må legge til rette for samarbeid og samhandling med pasient/foresatte og ulike instanser. Pasienten/foresatte har rett til å medvirke i gjennomføringen av tjenestene. Dette fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Medvirkningen gjelder både ved valg av faglig begrunnede undersøkelses- og behandlingsmetoder og ved utformingen av tjenestetilbudet. Det er en forutsetning at valgene som tas er forsvarlige, og at medvirkningens form tilpasses den den/de det gjelder.

## **2.5 Resultatene fra tilsynet og metodiske betraktninger**

### **2.5.1 Materiale som rapporten bygger på**

Denne rapporten bygger primært på funnene i systemrevisjonene og i egenvurderingene. Men Statens helsetilsyn har også benyttet eksterne kilder og supplert med annen informasjon som kildene nevnt under, samt fylkesmennenes oppfølgingsaktiviteter.

Ettersom en tilsvarende innretning av landsomfattende tilsyn ikke har vært benyttet av Helsetilsynet tidligere, og det er første gang alle aktuelle virksomheter har vært inkludert, innhentet Statens helsetilsyn synspunkter på tilsynet fra sentrale aktører i gjennomføringen:

- leder i den enkelte BUP
- leder for alle BUP-er i det enkelte helseforetak (PHBU-leder)
- medlemmer i fylkesmannens revisjonslag<sup>9</sup>

Disse evalueringene ble foretatt etter gjennomførte tilsyn.

I tillegg til resultatene fra evalueringene, har vi også bygget på innspill fra oppsummerings- og erfaringsamling med revisjonslagene og synspunkter i møter<sup>10</sup> med fagmiljøer i etterkant av gjennomføringen.

### **2.5.2 Samlet gir tilsynsmaterialet et solid bilde**

Ettersom alle landets BUP-er var inkludert i tilsynet, har Statens helsetilsyn et landsdekkende materiale. I ca. 25 prosent<sup>11</sup> av poliklinikkene ble det gjennomført både systemrevisjon og egenvurdering.

I systemrevisjoner sammenstilles ulike former for skriftlig informasjon med informasjon som i hovedsak innhentes gjennom intervjuer. Dette er, som tidligere nevnt, en metode hvor tilsynsmyndigheten undersøker om virksomheten ledes på en slik måte at tjenestene er forsvarlige. Som det fremgår i punkt 2.3.2, skulle egenvurderingene gjennomføres som en samsvarsvurdering av egen praksis mot noen utvalgte sjekkpunkter. Helseforetakene skulle selv ta stilling til om poliklinikkene hadde forsvarlig praksis på områdene som ble undersøkt. Mange har vært involvert i gjennomføringen av egenvurderingene. Det er vanskelig å unngå at spørsmål blir oppfattet ulikt, at noen skjemaer blir ufullstendig besvart etc. Det store flertallet av egenvurderingene er imidlertid komplette med konklusjoner på alle punkter.

Resultater fra systemrevisjoner og egenvurderinger er i hovedsak sammenholdt i kapittelet som beskriver funn. For noen deltemaer var sjekkpunktene i egenvurderingen ikke helt sammenfallende med vurderingstemaene i systemrevisjonen.

<sup>9</sup> Synspunkter på tilsynet fra medlemmer i fylkesmannens revisjonslag er ikke omtalt særskilt i denne rapporten.

<sup>10</sup> Primært inntrykk fra møte med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) og deltakelse på Norsk forening for barn og unges psykiske helse sin lederkonferanse i oktober 2014.

<sup>11</sup> I to av de 23 BUP-ene hvor det ble gjennomført systemrevisjon, ble det ikke gjennomført egenvurdering. Dette gjaldt private poliklinikker (ikke underlagt helseforetak).

I kapittel 3 om funn vil det i slike tilfeller fremgå hvilket kunnskapsgrunnlag vi bygger på.

På noen vurderingspunkter var andelen lovbrudd noe ulik i systemrevisjoner og egenvurderinger. I ett tilfelle var andelen lovbrudd forholdsvis høyere i systemrevisjonene. Noe av forklaringen *kan* være at fylkesmennene velger tilsynsobjekter basert på risikoinformasjon. Men det var flere tilfeller der tilsynet avdekket en forholdsvis større andel lovbrudd i egenvurderingene enn i systemrevisjonene. Antall egenvurderinger (85 poliklinikker) er langt høyere enn antall systemrevisjoner (23 poliklinikker). Et stort, representativt utvalg vil i regelen gi mer pålitelige data. I en del tilfeller har noen av poliklinikkene vært strengere med seg selv enn fylkesmannen, og det kan ha slått ut på resultatet. Det kan også være andre grunner til at det ikke er fullt sammenfall på alle vurderingspunkter. Vi kan derfor ikke si noe sikkert om hvorfor det ikke er helt sammenfall i vurderingene i systemrevisjonene og i egenvurderingene. At noen ulikheter ville forekomme var uansett forventet, når ulike personer vurderer spørsmål som krever en viss grad av skjønn.

I beskrivelsen av funn vil det fremgå at flest lovbrudd gjaldt utredning og diagnostisering. Selv om tilsynet inkluderte hele pasientforløpet, var det også flest undersøkelsespunkter i tilsynet som gjaldt denne fasen.

Bildet som tegnes av status på landsbasis gir holdbar informasjon om praksis på områdene som ble vurdert.

### 3 Funn i tilsynet

I dette kapitlet presenterer vi først overordnede trekk ved funnene i tilsynet. I de påfølgende punktene beskriver vi funnene i rekkefølge med tilsynstemaene. Tilsynstemaene følger pasientforløpet, jf. 2.2.3 Tilsynstemaer og pasientgrupper.

*Før presentasjonen av de enkelte funn, gir Statens helsetilsyn en oversikt over kjennetegn på god praksis som korresponderer med de ulike vurderingstemaene. Beskrivelsene er ikke uttømmende, og de er knyttet til det tilsynsmyndigheten vurderte i dette tilsynet.*

Vurderingstemaene som er oppgitt nedenfor gjelder systemrevisjonene. Områdene som ble vurdert i systemrevisjonene og egenvurderingene var sammenfallende så langt det lot seg gjøre, praktisk og metodisk sett.

Sammendrag av funnene for hvert tilsynstema er presentert i bokser. Resultatene fra systemrevisjonene er sammenholdt med resultatene fra egenvurderingene. Unntaket er delområder som ikke inngikk i egenvurderingen.

#### 3.1 Svak styring – lovbrudd i alle helseforetak

I dette tilsynet ble det avdekket lovbrudd i alle helseforetak. Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i 20 av de 23 poliklinikkene hvor tilsyn ble gjennomført som systemrevisjon. I egenvurderingene konkluderte tilnærmet alle landets BUP-er med at deler av deres praksis ikke var i tråd med kravene i regelverket.

Lovbruddenes karakter varierte. Gjennomgående, alvorlig mangel på styring fra ledelsen forekom. Men flertallet av lovbruddene gjaldt varianter av usystematiske arbeidsmetoder i forbindelse med utredning og diagnostisering. Dette kunne i de fleste tilfeller relateres til at felles framgangsmåter ikke var på plass: retningslinjer/prosedyrer manglet – eller de ble ikke gjennomgående fulgt. For mye var overlatt til den enkelte behandler, og ulike former for «solopraksiser» hadde etablert seg. Ledelsen var ikke tett nok på med hensyn til å følge med og følge opp.

Når ledelsen ikke er tett nok på virksomheten og de ansatte, blir oversikten mangelfull og grunnlaget for å styre utilstrekkelig. Et gjennomgående trekk i BUP-tilsynet var nettopp mangelfull styring – særlig med hensyn til kontroll og korrigerende av uønsket praksis.

Ledelsen i helseforetaket skal gjennom sin kvalitetsstyring legge til rett for god praksis i hele foretaket. Helseforetaket har overordnet ansvar for at lover og forskrifter er kjent og blir fulgt. Tilsynet avdekket at en rekke helseforetak ikke hadde



sørget for tilstrekkelig tilrettelegging for forsvarlig drift og oppfølging av poliklinikkene. De hadde mangelfulle ordninger for både å forebygge, avdekke og rette opp svikt. Det handlet i stor grad om mangelfull kvalitetsstyring med for svak gjennomgang og evaluering av virksomheten.

## 3.2 Tilsystema: Mottak og vurdering av henvisninger

### 3.2.1 Vurderingstemaer og sammendrag av funn

Vurderingstemaer:

- Ble alle henvisninger vurdert innen ti virkedager fra de var mottatt, også de som var mangelfulle?
- Ble det gjort individuelle vurderinger ved fastsettelse av fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp?
- Ble den maksimale fristen på 65 virkedager (13 uker) for oppstart av nødvendig helsehjelp overholdt?

**Sammendrag av funn:** Flertallet av henvisningene ble vurdert innen ti virkedager, men det ble avdekket svikt knyttet til håndtering av mangelfulle henvisninger. I et mindre antall poliklinikker var ventetid for igangsetting av helsehjelp gjennomgående satt til 65 dager, som er maksimum ventetid. Disse poliklinikkene kunne ikke bekrefte at det gjennomgående var foretatt individuelle vurderinger av om helsehjelpen burde vært igangsatt tidligere. Fristbruddene for oppstart av helsehjelp var få, men til dels alvorlige.

### 3.2.2 De aller fleste poliklinikkene vurderte henvisninger innen ti dager

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Viktigheten av å komme raskt i gang med avklaring og tiltak når et ungt menneske trenger helsehjelp, er ikke omdiskutert. Poliklinikken skal vurdere alle henvisninger innen ti virkedager. Henvisninger<sup>12</sup> til BUP skal inneholde opplysninger som er sentrale for å vurdere pasientens tilstand. Men henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering fra poliklinikken. Om nødvendig må BUP innhente supplerende opplysninger fra henvisende instans, for eksempel per telefon. Det må være klart innad i poliklinikken hvem som har ansvar for dette. Mangelfulle henvisninger skal ikke gå ut over pasientens rett til å bli vurdert innen fristen. Henvisende instans må fremskaffe nødvendig informasjon.

Noen poliklinikker praktiserer gjennomføring av vurderingssamtale før henvisningen blir vurdert. Og noen ganger vil det være eneste mulighet for å skaffe tilstrekkelig vurderingsgrunnlag. Dette kan være tidkrevende, og poliklinikkens ledelse må følge opp slik at vurderingsfristen holdes. Poliklinikker kan ha ulike lokale rutiner for hvordan tilleggsinformasjon skal innhentes, men ti virkedager som er maksimumsfristen for vurdering hos BUP, gjelder uansett. Poliklinikken må innarbeide en funksjonell praksis for håndtering av henvisninger som samtidig ivaretar fristbestemmelsene og som fanger opp pasienter med behov for rask helsehjelp. Dette tilsier blant annet at henvisninger løpende må vurderes av personell med

12 Henvisning kan komme fra helsepersonell som har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten, som fastlege, men også fra andre instanser, som barnevern. Henvisningen bør inneholde tydelig beskrivelse av pasientens problem, god redegjørelse for aktuelle problem/lidelser, resultat av relevante utredninger og undersøkelser, hva som er prøvd av behandling tidligere, uttalelse fra andre relevante instanser, status om individuell plan, forslag til og/eller ønske om type tiltak.

tilstrekkelig faglig kompetanse.<sup>13</sup> Det må gå klart frem i rutiner hvem som skal foreta den første gjennomgangen og vurderingen av henvisningene, og ellers hvordan dette forløpet skal håndteres.

Poliklinikkens ledelse har ansvar for å innarbeide praksis for å overholde tidagers vurderingsfrist for henvisninger. Ansvars- og oppgavefordelingen må være klar. Ledelsen må følge med på at vedtatte rutiner fungerer, og justere ved behov. Helseforetaket må sørge for å ha oversikt over omfang av fristbrudd, og følge opp disse gjennom sin avvikshåndtering.

### *Funn*

I systemrevisjoner ble svikt knyttet til tidagersfristen, herunder håndtering av henvisninger, avdekket i én av fem poliklinikker. Brudd på tidagersfristen var langt mindre fremtredende når vi sammenholder med resultatene fra egenvurderingene. Et samlet bilde fra tilsynet viser at det store flertallet av poliklinikkene overholdt tidagersfristen.

I poliklinikker hvor et betydelig antall henvisninger ikke var vurdert innen ti dager, viser resultatene fra systemrevisjonene at dette som oftest hadde sammenheng med mangelfulle henvisninger:

*«... noen pasienter avvises på grunn av mangelfulle henvisninger, eller mangelfullt utredningsarbeid i førstelinjetjenesten.»*

Tilsynet avdekket få lovbrudd, men materialet vi har *kan* tyde på at det var størst utfordringer knyttet til henvisninger som gjaldt ADHD eller mistanke om ADHD.

### **3.2.3 Barnas behov for helsehjelp ble ikke alltid vurdert individuelt**

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Poliklinikken skal fastsette tidspunktet for oppstart av nødvendig helsehjelp ut fra en individuell vurdering. Maksimal ventetid som kan fastsettes er 65 virkedager (13 uker). I pasientjournalen skal det fremgå hvilke faglige vurderinger som er gjort i forbindelse med fastsettelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp. Setter poliklinikken samme frist for alle pasienter, kan det bety at forhold som kan gi pasienten rett til raskere behandling<sup>14</sup> ikke er faglig vurdert. Ved for eksempel mistanke om depresjon, vil grad av selvmordsfare, selvskading, funksjonsnivå etc. være forhold som må tas i betraktning. Vurderinger skal kunne gjenfinnes i pasientens journal. Poliklinikken skal ha en styrt praksis for hvordan vurderinger knyttet til frist for oppstart av helsehjelp skal gjennomføres og dokumenteres. Pasienten og eventuelle foresatte har rett til å få vite hvilke vurderinger som er gjort ved en fristfastsettelse. Slik informasjon vil ofte også være relevant for andre fagpersoner som skal involveres, og for videre oppfølging av pasienten.

Praksis i poliklinikken skal til enhver tid være i samsvar med kravene, både med hensyn til fristfastsettelser og med hensyn til dokumentasjon. Det er ledelsens oppgave å legge til rette for god praksis, følge med på at vedtatt praksis følges og justere dersom kravene ikke oppfylles.

13 Henvisninger skal som hovedregel rettighetsvurderes av personell med spesialistkompetanse, det vil si psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater. Se anbefalingene fra Helsedirektoratet: IS-1570, side 26.

14 Se tilstandsgruppe 7 og 9 i veiledertabellen i Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge.

### *Funn*

Om fristene var satt etter individuelle vurderinger, inngikk ikke som et eget punkt i egenvurderingen. Systemrevisjonene avdekket svikt i 4 av 23 poliklinikker. I disse virksomhetene konstaterte tilsynsmyndigheten at BUP ikke hadde en gjennomgående forsvarlig praksis:

*«Gjennomgang av pasientjournaler for ADHD-henvisninger viser at alle pasienter gis ventetid på 13 uker, maksfrist etter prioriteringsveilederen. Det fremkommer ikke individuelle vurderinger for denne pasientgruppen.»*

Fellestrekk i funnene var at frist for oppstart av nødvendig helsehjelp var satt til maksimum ventetid i alle saker. Det gjaldt hovedsakelig henvisninger knyttet til ADHD. Poliklinikkene kunne ikke bekrefte at det gjennomgående var foretatt individuelle vurderinger av om helsehjelpen burde vært igangsatt tidligere. Faglige vurderinger var ikke dokumentert. I én av poliklinikkene var det fast praksis å gi frist uten individuell vurdering. Helseforetaket hadde ikke sørget for at poliklinikkens praksis var i samsvar med kravene. For barn som trenger hjelp raskt er den individuelle vurderingen av helt vesentlig betydning.

### **3.2.4 Flertallet av poliklinikkene overholdt frist for oppstart av helsehjelp**

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Når poliklinikken fastsetter frist for oppstart av helsehjelp, betyr det at pasienten skal få hjelp seinest innen fristen som er satt. Fristen som poliklinikken setter er juridisk bindende. Oppstår det endringer som gjør at pasienten trenger hjelp raskere, må poliklinikken gjøre en ny vurdering.

Poliklinikkens ledelse må følge med på virksomhetens praksis for overholdelse av frister. Helseforetakets ledelse skal etterspørre data for fristoverskridelse, og eventuelle klager skal følges opp. BUP må ha ordninger for rapporteringer til helseforetakets ledelse.

### *Funn*

Resultatene fra tilsynet<sup>15</sup> viser at flertallet av poliklinikkene overholdt frist for oppstart av helsehjelp. Men i et par poliklinikker var det gått flere måneder etter fristen for første konsultasjon. Dette var ikke nevneverdig begrunnet, verken faglig eller om det skyltes konsultasjoner pasientene selv hadde utsatt. Disse poliklinikkene var selv kjent med svikten, og helseforetaket var orientert, men helseforetakets ledelse hadde ikke fulgt opp i tilstrekkelig grad.

At det ble avdekket få lovbrudd knyttet til oppstart av helsehjelp, harmonerer med at gjennomsnittlig ventetid til start av behandling innen psykisk helsevern for barn og unge har gått ned i perioden 2011–2013 (4).

## **3.3 Tilsynsystema: Utredning og diagnostisering**

### **3.3.1 Vurderingstemaer og sammendrag av funn**

Vurderingstemaer:

- Etterfølges første konsultasjon av et kontinuerlig pasientforløp?

<sup>15</sup> Gjelder både systemrevisjoner og egenvurderinger. Egenvurderingene avdekket noe høyere prosentandel fristbrudd enn systemrevisjonene. Som nevnt i punkt 2.5, kan dette blant annet skyldes at noen poliklinikker bedømte seg selv strengere enn fylkesmannen.

- Foretas det en planlagt og systematisk utredning?
- Kartlegges pasienter med tanke på selvmordsproblematikk, og følges det eventuelt opp?
- Kartlegges pasienter med tanke på sitt forhold til rusmidler, og følges det eventuelt opp?
- Settes det diagnose så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon og i tråd med føringene i multiaksialt diagnosesystem?<sup>16</sup>
- Følges pasient/foresatte opp hvis de ikke møter til avtalte timer?

**Sammendrag av funn:** Flertallet av lovbruddene i tilsynet gjaldt utredning og diagnostisering. Diagnose- og utredningspraksis i en rekke poliklinikker bar preg av at arbeidet ikke var tilstrekkelig styrt av ledelsen.

I ca. halvparten av poliklinikkene avdekket fylkesmennene svikt knyttet til å gjennomføre utredninger på en omforent og planlagt måte. Like mange hadde brist i gjennomføring av tverrfaglige utredninger. Det gjaldt blant annet ufullstendige diagnostiseringer. Svikt knyttet til framdrift ble konstatert i flertallet av poliklinikkene. Mange journaler manglet vurderinger i forbindelse med kartlegging for selvmordsproblematikk og pasienters forhold til rusmidler. Det mest gjennomgående funnet i tilsynet var mangelfull oppmerksomhet knyttet til eventuelle rusproblemer hos pasientene.

Alle funnene handlet i stor grad om at rutiner var for lite innarbeidet, og om for svak oppfølging fra ledelsens side. Hvilken oppfølging barnet eller ungdommen får skal ikke avhenge av den enkelte behandler.

### 3.3.2 De fleste lovbruddene i tilsynet gjaldt utredning og diagnostisering

Lovbrudd knyttet til utredning og diagnostisering ble avdekket i ca. halvparten av poliklinikkene. Lovbruddene gjaldt mangler knyttet til:

- systematisk arbeid med utrednings-/ behandlingsplaner
- kartlegging av selvmordsrisiko
- tverrfaglig arbeid

Første punkt ble ikke vurdert i egenvurderingene, men på de to andre punktene vurderte hele tre av fire poliklinikker at egen praksis ikke var i samsvar med kravene.

Det mest gjennomgående funnet i både systemrevisjoner og egenvurderinger, var mangelfull oppmerksomhet knyttet til pasienters forhold til rusmidler.

Resultatene utdypes i punktene under.

16 I psykisk helsevern for barn og unge benyttes et diagnosesystem med seks utredningsområder (akser) som kan fange opp komplekse tilstander. De beskriver ulike sider av barnets symptomer og barnets miljø, og består av seks akser:

Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom (tilstander som for eksempel depresjon)

Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse III: Psykisk utviklingshemming/intelligensnivå

Akse IV: Somatiske tilstander

Akse V: Avvikende psykososiale forhold (forhold i barnets miljø som virker inn)

Akse VI: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Det skal konkluderes/settes diagnose på alle seks akser.

### 3.3.3 Utredningspraksis varierte – plan for arbeidet kunne mangle helt

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Utredningen skal gjennomføres etter en plan. Arbeidsprosessen skal ikke være eller fremstå som tilfeldig. Det planmessige og systematiske kan ivaretas på ulike måter; i en egen utredningsplan, som en del av en felles utrednings- og behandlingsplan eller det kan være beskrevet i journalnotater. Det skal være rutiner for hvordan en planmessig utredning med diagnostisering skal foregå.

Poliklinikkens ledelse skal følge opp at rutiner etableres og følges, og at utredningene blir gjennomført i henhold til det som er bestemt. BUP har ansvar for at praksis er god nok.

#### *Funn*

Resultatet fra systemrevisjonene<sup>17</sup> viser at ca. halvparten av poliklinikkene som ble vurdert hadde svikt knyttet til arbeidet med å gjennomføre utredninger på en omforent og planlagt måte. Noen av poliklinikkene der fylkesmennene avdekket lovbrudd hadde få eller ingen planer å vise til. Andre poliklinikker hadde rutiner for hvordan utredningen skulle skje, uten at disse rutinene ble fulgt. Noen funn gjaldt uklare ansvarsfordeling eller manglende skriftliggjøring av vurderinger og konklusjoner.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

*«Det foreligger få utredningsplaner og lite skriftlig informasjon ... om hvilke utredninger som planlegges, hvordan den skal gjøres, hvem som skal delta og når utredningen er planlagt gjennomført.»*

*«Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner, i tråd med faglige anbefalinger. Disse rutinene følges bare unntaksvis. ...»*

Poliklinikken har *«... ikke en felles praksis for utarbeiding av utredningsplaner og planlegging av utredning. ... Ved gjennomgang av ... pasientjournaler er det utredningsplan i om lag en av tre saker.»*

### 3.3.4 Ufullstendige tverrfaglige utredninger av barn og unge

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Underveis i utredningen skal diagnostiske vurderinger drøftes tverrfaglig. Dette kan eksempelvis ivaretas ved at et tverrfaglig team drøfter funn og resultater i møter. Spesialist, det vil si psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater, skal involveres i de tverrfaglige vurderingene. Poliklinikken må selv vurdere hvordan dette skal ivaretas, og se til at vedtatt ordning følges opp. Når barn og unge blir henvist til psykisk helsevern innen spesialisthelsetjeneste, vil det ofte dreie seg om komplekse tilstander som krever utredning på flere områder. Denne kompleksiteten håndteres blant annet ved at BUP benytter et klassifikasjonsverktøy som inneholder seks vurderingsområder (5). Utredningen skal ende opp med konklusjoner/diagnoser (at det kodes) på alle seks områder. Konklusjonene danner grunnlag for valg av behandlingsopplegg. Diagnose på alle seks utredningsområdene kan gi en god indikasjon på at det er foretatt en tverrfaglig utredning.

Poliklinikkens ledelse har ansvar for at praksis for utrednings- og diagnostiseringsrutiner er kjent, og at de involverte har fått tilstrekkelig opplæring. Ledelsen har

17 Tilsvarende vurderingspunkt inngikk ikke i egenvurderingene.

også ansvar for at (egne) rutiner følges, og å korrigere dersom det er ansatte som ikke retter seg etter dette.

### *Funn*

I over halvparten av poliklinikkene hvor det ble gjennomført systemrevisjon, ble det konkludert med lovbrudd som gjaldt brist i gjennomføring av tverrfaglig utredning. Mange av lovbruddene gjaldt ufullstendige diagnostiseringer. Det manglet vurderinger og konklusjoner på ett eller flere utredningsområder (akser), jf. tidligere forklaring. Det vil si at sider av barnets symptomer og miljø ikke var vurdert, eller at vurderinger og eventuelle konklusjoner ikke var journalført. Slik svikt handlet også ofte om at tilstrekkelig og relevant fagkompetanse ikke var trukket inn. Mange poliklinikker hadde rutiner for hvordan arbeidet skulle gjennomføres, men rutinene ble ikke fulgt. De hadde ikke felles praksis slik det var lagt opp til. Ledelsen hadde ikke sørget for at vedtatte rutiner var kjent, forstått og implementert. Resultatene fra egenvurderingene viser at tverrfaglig utredning var et område hvor mange BUP-ledere ikke sørget for at praksis var i samsvar med kravene. I nær syv av ti egenvurderinger konkluderte poliklinikkene med lovbrudd på dette området. For pasienten vil kvaliteten på den tverrfaglige utredningen være vesentlig – med tanke på at tiltakene skal bli så treffsikre som mulig.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

*«... det er opp til den enkelte behandler å melde pasientsaker opp for drøfting i tverrfaglig team,... og ... ikke ... en styrt praksis for når saker skal drøftes i tverrfaglig team.»*

*Poliklinikken «... følger ikke egne prosedyrer og faglige retningslinjer for bruk av det multiaksiale diagnosesystemet. ... Det foreligger bare unntaksvis diagnostiske konklusjoner etter alle seks akser. ...»*

*« ... «Multiaksial klassifikasjon» er beskrevet i det elektroniske kvalitetssystemet ... Men ledelsen sikrer ikke at rutinene følges i praksis.»*

### **3.3.5 Ledelsen sørget ikke for god nok fremdrift i pasientforløpene**

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Det foreligger ikke konkrete tidskrav til gjennomføring av utredning. Men det er et mål at en utredning i tillegg til å være faglig god også må gjennomføres med tilstrekkelig fremdrift – slik at behandling kan iverettes. Og den diagnostiske vurderingen skal gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon.<sup>18</sup>

God fremdrift setter store krav til organiseringen og oppfølgingen av arbeidet. Poliklinikken må ha rutiner for å følge med på at første konsultasjon er starten på et pasientforløp med god kontinuitet. Når barn, unge og deres foresatte trenger hjelp fra BUP, skal de kunne stole på at løpet som legges er under kontroll og svarer til de kravene myndighetene stiller – på vegne av brukerne.

18 I Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge (indikator N-024), står det at det er et mål at diagnosekodene settes seinest ved sjette direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten. Det kan imidlertid være gode grunner for at enkelte utredningsprosesser tar lang tid. Men med konsultasjoner ukentlig eller annenhver uke, vil det i de fleste tilfeller være grunnlag for å sette diagnose innen tre måneder.

Poliklinikkens ledelse må melde fra til helseforetaket dersom rammebetingelsene ikke er tilstrekkelige for å kunne gjennomføre utredninger innen rimelig tid, for eksempel ved mangelfull tilgang på fagkompetanse.

Helseforetakets ledelse skal følge med og sørge for at behandlerne gis rammebetingelser som gjør at de kan ivareta pasientene på en forsvarlig måte.

### *Funn*

Samlet viser funnene at størstedelen av poliklinikkene<sup>19</sup> hadde svikt knyttet til fremdrift. For pasienten kan god fremdrift være en vesentlig faktor for at behandlingsresultatet skal bli så vellykket som mulig. Flertallet av funnene i systemrevisjonene var knyttet til ventetid på annen fagkompetanse, primært lege, og/eller at det, av ulike årsaker, tok uforholdsmessig lang tid før diagnose ble stilt. Det ble også avdekket uønsket variasjon i praksis mellom team og blant behandlere. Dette var variasjoner som ikke kunne anses å være akseptable med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet. Helseforetakene hadde ikke sørget for at poliklinikkene hadde en styrt praksis som sikret tilstrekkelig gode pasientforløp. Noen helseforetak hadde heller ikke sørget for nødvendige rammebetingelser for sine poliklinikker.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

*«Det fremgår ... at BUPs ledelse ikke har rutiner for å fange opp og iverksette nødvendige tiltak dersom utredningsperioden tar for lang tid.»*

*Det er «... ikke noe klart mål i poliklinikken for hvor lang tid det som hovedregel skal ta før diagnose stilles. Dette overlates til den enkelte terapeuts vurdering.»*

Resultatene fra egenvurderingene viser at ledelsen i flere enn to av tre poliklinikker ikke fulgte tilstrekkelig med på fremdriften i utredningene – og/eller sørget for at en felles, omforent praksis var etablert og fulgt. Når ledelsen ikke har styring med om utredning, herunder diagnostisering, skjer innen rimelig tid, er det et brudd på plikten til å drive forsvarlig virksomhet.

Lange opphold mellom konsultasjoner ble bare unntaksvis avdekket. Tidligere erfaringer har vist at reglene om frist for oppstart helsehjelp har vært oppfattet feil i en del virksomheter. Feiloppfatningen har vært at fristen overholdes ved at det gis en enkeltstående konsultasjon. Ut fra resultatene fra tilsynet har vi ikke grunnlag for å si at slike feiloppfatninger fortsatt er en utfordring.

### **3.3.6 Til dels vilkårlig praksis ved kartlegging for selvmordsproblematikk**

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Statistikk viser at selvmord forekommer svært sjelden i de aller yngste aldersgruppene. Men fra ti–tolv års alder kan selvmordstanker være høyst relevant. Samspill mellom ytre stress og en personlig sårbarhet hos den unge spiller ofte inn. Hos barn og unge kan selv små vanskeligheter oppleves som uoverstigelige. Det kan være svært vanskelig å forutsi det enkelte selvmordstilfelle, og hvem som ikke er i faresonen. Derfor bør alle kartlegges for selvmordsproblematikk. De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord, som BUP bør forholde seg til, sier at kartlegging for selvmordsrisiko bør være standard for pasienter innen psykisk helsevern.

19 Egenvurderingene avdekket svikt knyttet til fremdrift i ca. tre av fire poliklinikker. I ca. hver tredje BUP hvor det ble gjennomført systemrevisjon, var fremdriften ikke forsvarlig.

Det innebærer at også unge pasienter, fra ca. ti år og oppover, bør spørres om selvmordstanker, -planer og eventuelle -forsøk.

Kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk er viktig for å sikre god faglig praksis. Poliklinikken bør derfor ha tydelige og innarbeidede prosedyrer for dette arbeidet. Dersom den unge gir uttrykk for selvmordstanker eller -planer, må poliklinikken ha klare retningslinjer for hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvem som har ansvar for det. Når behandler mistenker selvmordsrisiko, må pasienten følges opp med en systematisk og grundigere vurdering. Alle involverte behandlere skal vite hvem som har ansvar for vurderingen og videre oppfølging.

Behandlere kan i noen tilfeller komme til at selvmord er et så lite aktuelt tema at det er faglig forsvarlig å fravike fast praksis, om kartlegging. Det er ikke et absolutt krav at alle pasienter kartlegges for selvmordsrisiko, men i enkelttilfeller der behandler fraviker dette, skal det være faglig begrunnet. Kartlegging og eventuell oppfølging skal dokumenteres i pasientens journal. Dersom kartlegging ikke er gjennomført, skal det fremgå av journalen hvilke faglige vurderinger som ligger til grunn for dette.

Ledelsen i poliklinikken må ta stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre kartlegginger og ha ansvar for oppfølgingen dersom selvmordsfare blir avdekket. Det innebærer også at BUP må sørge for at det blir gitt tilstrekkelig opplæring, og at ledelsen tar stilling til hvordan slik kompetanse skal vedlikeholdes. Poliklinikken må ha klare prosedyrer for hvordan kartleggingen skal foregå, herunder dokumentasjonsrutiner. Poliklinikkens ledelse må følge med på om vurderinger skriftliggjøres, slik vedtatt praksis tilsier, og følge opp ansatte som ikke ivaretar dette. BUPs ledelse må se til at prosedyrer følges, og sørge for at de justeres dersom de ikke er hensiktsmessige. Prosedyrer skal være et funksjonelt bidrag til forsvarlig praksis.

Helseforetaket skal blant annet sørge for tilstrekkelig kompetanse, og at sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer er kjent og implementert.

### *Funn*

I over halvparten av systemrevisjonene konkluderte fylkesmannen med at praksis knyttet til kartlegging av selvmordsproblematikk ikke var faglig forsvarlig. Egenvurderingene styrket dette bildet. Funnene i systemrevisjonene varierte, men tilnærmet fravær av selvmordskartlegginger ble bare unntaksvis avdekket. Kartlegginger ble i regelen gjennomført, men i en rekke poliklinikker var unntakene ikke begrunnet. Det var derfor ofte uklart om vurderinger var gjort. I noen poliklinikker var det også svikt knyttet til opplæring i kartlegging av selvmordsproblematikk, og uklart hvem som var kvalifisert for å gjennomføre disse.

Et mindre antall poliklinikker manglet felles rutiner for kartlegging av selvmordsproblematikk, og følgelig var det fra ledelsens side heller ikke lagt grunnlag for felles praksis. Langt flere poliklinikker *hadde* rutiner, også i form av skriftlige prosedyrer, men disse var ikke tilstrekkelig innarbeidet og fulgt.

*«Ved gjennomgang ... fremgår det at det ikke foretas systematisk kartlegging av selvmordsproblematikk. Det foreligger en prosedyre på dette området kun når det gjelder øyeblikkelig hjelp.»*



*«... Der suicidalvurdering ikke er gjennomført er begrunnelsen for dette ikke dokumentert.»*

I poliklinikker der kartlegging ikke var gjennomført, manglet det ofte faglig begrunnelse for dette i journal. Journalføring er særlig viktig med tanke på at alt helsepersonell som er involvert i pasientbehandlingen skal ha tilstrekkelig informasjon for å kunne gjøre godt arbeid.

### **3.3.7 For lite oppmerksomhet knyttet til unge pasienters forhold til rusmidler**

#### *Noen kjennetegn på god praksis*

Unge som har problemer med å regulere følelser synes å være mest tilbøyelige til rusmiddelbruk. Dette kan dreie seg om vansker med å håndtere utrygghet og engstelse, vonde følelser og derved nedtrykthet og depressivitet, eller sinne. Forskning har vist at barn og unge med ADHD har fem ganger økt risiko for bruk av rusmidler (tobakk) og rusmiddelmisbruk (alkohol eller illegale rusmidler) sammenlignet med jevnaldrende (6).

Unge fra ti–tolv år og oppover bør spørres om sitt forhold til rus i løpet av utredningsperioden. Poliklinikken bør som hovedregel kartlegge hvilket forhold pasienten har til rusmidler, om det eksisterer et misbruk, eller om ungdommen er i fare for å utvikle misbruk. BUP må ha rutiner som gjør at de fanger opp rusproblematikk blant pasientene, slik at problemer av slik karakter ikke blir oversett. Det er ikke et absolutt krav at alle skal kartlegges for rusproblematikk. Dersom forhold til rusmidler ikke er et relevant tema i en konkret utredning, og kartlegging ikke er gjennomført, skal det fremgå hvilken faglig vurdering som er gjort som kan underbygge det.

Det finnes flere typer kartleggingsverktøy. Poliklinikkens ledelse må sørge for at behandlere som gjennomfører ruskartlegging og eventuell oppfølging, har fått tilstrekkelig opplæring. Rutinene for kartlegging og oppfølging av rusproblematikk må følges opp av BUPs ledelse med tanke på om de fungerer og følges. Poliklinikken må se til at kartlegging og eventuell oppfølging dokumenteres i den enkelte pasients journal. Ledelsen må følge opp feil og mangler.

#### *Funn*

Svikt i kartlegging av pasienters forhold til rusmidler, som en del av utredningen, var et gjennomgående funn i tilsynet. Omkring åtte av ti poliklinikker hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot eventuelle rusproblemer hos unge. I følge egenrevisningene hadde ledelsen i ca. halvparten av poliklinikkene sørget for felles rutiner for kartlegging av pasienters forhold til rusmidler og for nødvendig opplæring til involverte. Men ledelsen i kun én av tre poliklinikker (totalt) *fulgte med* på om disse rutinene ble etterlevd. For unge med rusmiddelproblemer – eller for dem som står i fare for å utvikle det – vil det være av vesentlig betydning for behandlingen og videre prognose at disse problemene blir avdekket raskt.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

Det fremgår *«... at det gjennomgående ikke foretas kartlegging av pasientenes rusproblematikk. Det foreligger heller ikke prosedyre for dette området.»*

*«Virksomheten har etablert skriftlig rutine for kartlegging av alkohol- og annen rusmiddelbruk ... Kartlegging i henhold til egne rutiner gjenfinnes i liten grad... Det er uklart hvordan eventuell identifisert rusproblematikk følges opp.»*

«Det fremkommer ... at poliklinikken ikke har en felles, innarbeidet praksis for å kartlegge mulig rusproblematikk hos pasienter over 10–12 år og dokumentere resultatene i journal.»

Mangelfull journalføring var et gjennomgående trekk i forbindelse med både kartlegging av selvmordsrisiko og pasienters forhold til rusmidler. I tilfeller der kartlegging ikke var gjennomført, manglet det ofte faglig begrunnelse for dette i journal. Det fremgikk dermed ikke om det var gjort vurderinger, hvilke vurderinger som var gjort og hvilke konklusjoner som eventuelt var trukket. Som tidligere nevnt, er tilstrekkelig journalføring en forutsetning for at alt helsepersonell som er involvert har tilgang til informasjon som er sentral i pasientbehandlingen.

### 3.4 Tilsystema: Behandling, og avslutning og oppfølging av behandling

#### 3.4.1 Vurderingstemaer og sammendrag av funn

Vurderingstemaer:

- Involveres pasient og foresatte i planlegging av behandlingen?
- Tilrettelegges det for nødvendig samhandling mellom BUP og førstelinjetjenesten, også skole/PPT og barneverntjenesten, når det er nødvendig for god behandling?
- Utskrives pasientene i samarbeid med pasient/foresatte og førstelinjetjenesten/ eventuelt psykisk helsevern for voksne?

**Sammendrag av funn:** I systemrevisjonene ble det avdekket få tilfeller av svikt knyttet til brukermedvirkning og til samhandling med andre tjenester. Men i egenvurderingene konkluderte ca. én av fire poliklinikker med at virksomheten hadde mangelfulle ordninger for å sikre brukermedvirkning. Dette gjaldt også med hensyn til samhandling med andre tjenester om individuell plan. Slike brudd på regelverket innebærer at pasientenes rettigheter ikke var sikret på en god nok måte.

#### 3.4.2 Brukermedvirkning og samhandling med andre tjenester må ivaretas bedre

*Noen kjennetegn på god praksis*

BUP skal legge til rette for aktiv brukermedvirkning og samhandle med andre aktører som den unge forholder seg til. Pasienter og foresatte skal gis reelle muligheter til innflytelse på utforming av tjenestene. Poliklinikken må legge til rette for dette, herunder skal poliklinikken utarbeide en plan for behandlingen i samarbeid med pasienten og de/den foresatte. De skal ha mulighet til å uttale seg om det som skal foregå. Tilbakemeldinger fra pasient/foresatte må følges opp og benyttes i poliklinikkens forbedringsarbeid. Behandlingen i poliklinikken skal avsluttes i samråd med pasient/foresatte. Involverte i BUP må følge poliklinikkens bestemmelser som gjelder for pasient- og brukermedvirkning, herunder også for hvordan behandlingsavslutning skal skje. Ledelsen må sørge for at vedtatte retningslinjer følges, se til at de fungerer i praksis og justere ved behov.

Poliklinikken må legge til rette for nødvendig samarbeid og samhandling med ulike instanser som pasienten forholder seg til. Det kan gjelde barnehage, skole, PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste), helsestasjon, fastlege og barnevern. Poliklinikken skal ha en innarbeidet praksis som sikrer opprettelse av individuell plan når det er behov for det. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det er

aktuelt med en individuell plan som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Poliklinikken må ha rutiner som sikrer oppfølging i førstelinjetjenesten eller eventuelt i psykisk helsevern for voksne når behandlingen avsluttes i poliklinikken. Overføring av informasjon og kunnskap er vesentlig for å sikre helhetlig behandling.

Helseforetaket skal følge med på om brukermedvirkning og samhandling med andre tjenester ivaretas til beste for pasient og foresatte, og korrigere dersom praksis i BUP avviker fra vedtatte retningslinjer. Helseforetaket skal bruke tilbakemeldinger fra pasienter/foresatte i sitt generelle forbedringsarbeid.

### *Funn*

I egenvurderingen konkluderte én av fire poliklinikker med at virksomhetens ordninger for å sikre pasient- og brukermedvirkning ikke var tilstrekkelige. Når det gjaldt egenvurderingens punkt om samhandling om individuell plan med andre tjenester, ble det samlede resultatet omtrent det samme som for brukermedvirkning. I ca. én av fire poliklinikker ble konklusjonen at helseforetakets rutiner, og/eller oppfølgingen ved ledelsen i poliklinikken, ikke var i tråd med regelverket. Punktet om samhandling i egenvurderingen var avgrenset til samarbeid med andre tjenester om individuell plan.

Svikt knyttet til brukermedvirkning og samhandling er ikke fremtredende i tilsynsrapportene fra fylkesmennene. Men resultat fra egenvurderingene alene tilsier at en rekke poliklinikker og helseforetak hadde en jobb å gjøre for å sikre ivaretagelse av brukernes rettigheter på områdene som ble vurdert.

I forbindelse med stikkprøvetilsyn ved to poliklinikker, inviterte Fylkesmannen i Hordaland pasienter over tolv år og foreldre/foresatt til å delta i en spørreundersøkelse om tilbudet ved poliklinikken. Nærmere omtale er gitt i kapittel 4.

## 4 Oppfølging og avslutning av tilsynet

### 4.1 Stikkprøvetilsyn som en del av fylkesmennenes oppfølging

Det enkelte helseforetak ble bedt om å utarbeide en plan for retting av eventuelle lovbrudd som var avdekket gjennom systemrevisjon eller egenvurderinger. Helseforetaket skulle følge opp resultatene samlet.

Noen fylkesmenn la inn stikkprøvetilsyn som en del av *sin* oppfølging. I etterkant av systemrevisjonene og egenvurderingene var det ved utgangen av 2014 gjennomført fire stikkprøvetilsyn. Fylkesmannen i Hordaland er et av embetene som gjennomførte stikkprøvetilsyn. Gjennomføringen skjedde ved stikkprøver i et avgrenset utvalg pasientjournaler i to poliklinikker. Fylkesmannen vurderte om tiltak i handlingsplan for å oppfylle lovkravene ble fulgt i arbeidet med utredning og behandling i poliklinikkene.

Noen fylkesmenn vurderer å gjennomføre stikkprøvetilsyn i 2015.

#### *Spørreundersøkelse til pasienter og pårørende i forbindelse med stikkprøvetilsyn*

I forbindelse med to stikkprøvetilsyn, som nevnt over, gjennomførte Fylkesmannen i Hordaland også en spørreundersøkelse til pasienter og foreldre/foresatte. Pasienter som var tolv år og eldre og deres foreldre/foresatte ble invitert til å delta i en anonym spørreundersøkelse om tilbudet ved poliklinikken. De svarte på spørsmål om de opplevde å bli lyttet til, om ulike sider ved informasjonen de hadde fått, om medbestemmelsesrett, samarbeid med andre instanser, om de fikk individuelt tilpasset hjelp og om ventetid. Det er fylkesmannens vurdering at det er godt samsvar mellom svarene fra pasientene og foreldre/foresatte. I sine rapporter skriver fylkesmannen også at hovedinntrykket er at de blir informert og får medvirke ved utredning og behandling. Fylkesmannen understreker at svarene må brukes med forsiktighet, ettersom antall deltakere var begrenset. Nærmere resultater fra undersøkelsene finnes i rapportene fra stikkprøvetilsynene, se [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

### 4.2 Flesteparten av tilsynene ble avsluttet innen 2014

Som det fremgår i kapittel 3, konkluderte fylkesmennene med lovbrudd (avvik) i 20 av 23 poliklinikker. Ved utgangen av 2014 var det store flertallet av tilsynene avsluttet fra fylkesmannens side. Det innebærer enten at lovbruddene var brakt i orden, eller at helseforetakene hadde laget planer og iverksatt tiltak som fylkesmannen vurderte som tilstrekkelig til at de ville bli det i nær fremtid.

Fylkesmennes oppfølging av funn i egenvurderingene henger i de aller fleste tilfellene nøye sammen med oppfølgingen av funn i systemrevisjonene. For lovbrudd avdekket ved egenvurderingene, var det ved årsskiftet 2014/15 fire lovbrudd som ikke var brakt i orden, og tilsynet var i disse tilfellene dermed ikke avsluttet.

## 5 Hvordan opplevde tjenestelederne tilsynet?

Etter gjennomført tilsyn ble BUP-ledere og PHBU-ledere, som hadde vært involvert i egenvurdering, invitert til å delta i en spørreundersøkelse. Den elektroniske evalueringen var utarbeidet av Statens helsetilsyn, og besto av to tilpassede undersøkelser. En var rettet mot leder for den enkelte poliklinikk, og den andre mot overordnet leder for alle BUP-er i helseforetaket (PHBU-leder). Mange ledere responderte, om lag 70 prosent. Svarene er nyttige, og Statens helsetilsyn benytter materialet i sitt videre arbeid. Nedenfor gjengis kort noen av resultatene. Svar fra begge kategorier ledere er slått sammen.

Spørsmålene til lederne gjaldt:

- innholdet i og gjennomføringen av egenvurderingene
- utbytte av egenvurderingene
- om egenvurderinger ønskes velkommen igjen

Punkt om erfaringer eller synspunkter på tilsynet var også med i spørreundersøkelsen.

Et stort flertall av lederne ga positiv respons på følgende:

- temaene i tilsynet var relevante for pasientsikkerhet og kvalitet
- de forsto hva som måtte forbedres
- de ble inspirert til å gjøre forbedringer
- tilsynet ga grunnlag for koordinert oppfølging i helseforetaket
- de vil legge til rette for å gjenta egnevalueringen på seinere tidspunkt
- de vil anbefale Helsetilsynet å bruke egenvurdering igjen

Ikke alle var udelt positive til egenvurdering, og noen mente blant annet at den var svært tidkrevende. Men de fleste var positive, og noen ga tydelig uttrykk for det:

*«Egenvurderinger... er gode læringsarenaer for riktig registrering og felles praksis.»*

Ulike oppfatninger om nytte og tidsbruk kan ligge i at det var svært store variasjoner i tid som gikk med til egenvurderingene. Tidsbruken er anslag, men vi kan likevel slå fast at forskjellene er påfallende. Ytterlighetene er fra ca. 7 timer til ca. 70 timer, men flertallet oppgir mindre påfallende tidsbruk. Variasjonene har blant annet sammenheng med hvor krevende det var å finne fram til aktuelle opplysninger i journalene, som grunnlag for egenvurdering. Et eget spørsmål om dette, viste at dette hadde vært krevende i en del poliklinikker. Ut fra materialet kan vi ikke si noe

sikkert om hvor mye ulikhetene skyldes ulike ordninger, rutiner og praksis knyttet til journalføring. Men vi kan anta at noe av forklaringen ligger der.

I evalueringen skulle lederne<sup>20</sup> også ta stilling til følgende:

- Ga funnene i journalene et korrekt bilde av virksomhetens praksis?
- Hvordan var det å bedømme funnene og finne ut om dere hadde avvik?

På en skala fra 1–6 (hvor 6 er stor grad/helt ukomplisert) lå gjennomsnittsvurderingen på 4,4.

Statens helsetilsyn betrakter dette som positive tilbakemeldinger.

20 Spørsmålene under ble stilt til BUP-lederne. PHBU-lederne ble spurt om hvordan det hadde vært å finne løsninger på områdene de hadde avvik på. Dette er omtalt i kapittel 6.

## 6 Implementer, følg med, følg opp! - Helsetilsynets forventninger

### 6.1 Statens helsetilsyn forventer at helseforetaket følger opp gjennom kontinuerlig kvalitetsarbeid

Statens helsetilsyn forventer at den positive deltakelsen i tilsynsaktivitetene følges opp av helseforetaket, slik at pasientforløpene for unge mennesker med behov for tjenester fra psykisk helsevern til enhver tid er forsvarlige. Ledere på ulike nivåer i helseforetaket må følge opp sin del av ansvaret for å sikre robuste løsninger. Varig kvalitetsforbedring krever tett og systematisk oppfølging fra helseforetakets side.

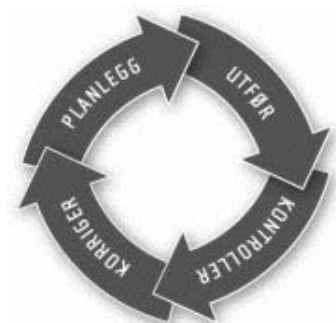
Poliklinikker og helseforetak ble invitert til aktiv deltakelse i gjennomføringen av dette tilsynet. Gjennom et tilsynsopplegg med en kombinasjon av systemrevisjoner og egenvurderinger, har også BUP selv undersøkt om deres pasientforløp er forsvarlige og samsvarer med kravene som myndighetene stiller. Helseforetakene har gjennom tilsynet fått et bidrag til innsikt i hvilke forbedringsaktiviteter som er påkrevet, og et styrket grunnlag for samkjøring av god praksis i hele foretaket. Resultatene fra tilsynet viser ledelsesutfordringer på alle nivåer. I dette tilsynet handlet det i særlig grad om

- at ledelsen ikke var tett nok på og evaluerte og korrigerende for lite og
- implementeringsutfordringer i arbeidet med å sikre god og enhetlig praksis

Når ledelsen ikke har godt grep om virksomheten, øker risikoen for at pasientene ikke får de tjenestene de har krav på, og til rett tid. Kvalitetsarbeid er kontinuerlig forbedringsarbeid. En anerkjent og mye brukt modell for kvalitetsforbedring, er Demings sirkel.



Figur 1 Demings sirkel



W. E. Demings utviklet en modell for systematisk forbedring som består av fire hovedelementer: planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Planleggingsfasen består av problemidentifisering, fakta-innsamling, årsaksanalyse og løsningsforslag. Utføringsfasen består av å teste ut løsningsforslagene i praksis. Kontrollfasen består av å evaluere om endringene fører til forbedring. Korrigeringsfasen består av å justere og standardisere løsningene (9).

Gjennom tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge har helseforetakene fått ekstra næring til løpende kvalitetsarbeid – også etter at påpekte lovbrudd er rettet opp. Statens helsetilsyn har merket seg at mange helseforetak har tatt godt tak i dette. Evalueringssvarene fra tjenesteledere (jf. kapittel 5) viser at de aller fleste av dem som har respondert, har en positiv holdning til løpende forbedringsarbeid. Tydelige retningslinjer for å melde fra når vedtatt praksis ikke følges, og systematisk oppfølging av lovbrudd, er sentralt i forbedringsarbeid.

### 6.1.1 Krav og forventninger må oversettes til god praksis

Ansatte i BUP gjør mye godt arbeid. Mange er dedikert til den viktige jobben de gjør og har stort engasjement for faget.

Funn i tilsynet viser imidlertid at ledelsen i en rekke poliklinikker ikke hadde gjort en god nok jobb med å formidle verdien av systematisk arbeid til sine ansatte – og å følge opp i praksis. Disse poliklinikkene hadde med andre ord mangelfull styring. Det ga seg utslag i for eksempel ulik praksis innad i poliklinikken – knyttet til utredning og dokumentasjon. Kvaliteten på utredningen er vesentlig for videre-pasientforløp, med valg av behandling og oppfølgingstiltak.

Gjennom deltakelse på en landskonferanse for BUP-ledere i 2014<sup>21</sup> erfarte representanter fra Statens helsetilsyn at mange poliklinikkledere er opptatt av å være det de selv betegnet som gode «oversettere». Med oversettelse mente lederne evne til å skape forståelse hos de ansatte for verdien av felles retningslinjer og det å oppfylle myndighetskrav. Det handler blant annet om å «... formidle at ikke det er motsetning mellom fag og rutiner». På postere som oppsummerte sentrale punkter for å få til endring i praksis, hadde flertallet av gruppene med at oversetterjobben er sentral. På en av posterne var det nedfelt slik: «Viktig med engasjerte ledere som oversetter «krav og forventninger» til «god praksis».

God praksis forutsetter en kombinasjon av relevant kompetanse, kliniske ferdigheter og systematisk arbeid. Internkontroll er et nødvendig bidrag for ivaretagelse av pasientsikkerhet og av pasientrettigheter. Det er viktig at ledelsen på alle nivåer er samstemte i sin formidling av dette. Helseforetakets ledelse må være pådriver, slik at

21 Representanter fra Statens helsetilsyn ble invitert til å delta på NBUPs lederkonferanse 2014. NBUP er en interesseorganisasjon for alle avdelinger/enheter innen psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten. På lederkonferanse 2014 ble det viet mye plass til BUP-tilsynet.

leder i poliklinikken ikke må fronte dette alene. En pårørende (mor), som også er psykologspesialist, har uttrykt det slik:

*«Jeg ser at noen helsepersonell mener at lovene er en byrde. Jeg mener det i liten grad er en motsetning mellom god faglighet og det som står i helselovene, og jeg mener også at lovene kan og bør brukes til å forbedre kvaliteten på helsetjenestene våre.» (7)*

### **6.1.2 Implementering – det å innarbeide i praksis**

#### *Rutiner og prosedyrer skal være funksjonelle*

Regelverkskrav beskriver mål som skal oppnås. Det er i stor grad opp til virksomhetene selv å velge løsninger for å innfri ulike mål. Virksomheten må vurdere hvilke felles kjøreregler, i form av rutiner, prosedyrer etc., som er nødvendig for å kunne drive forsvarlig praksis. Omfanget må blant annet vurderes ut fra virksomheten størrelse og kompleksitet. Uansett må disse felles kjørereglene være funksjonelle og ivareta pasienters individuelle behov. De skal være til hjelp, ikke til hinder. Og det skal være rom for nødvendig, faglig skjønn. Rutiner og prosedyrer som ikke benyttes har liten verdi.

#### *At retningslinjer og prosedyrer er utarbeidet betyr ikke alltid at de er implementert*

Flere tilsynsrapporter inneholder observasjoner som handler om at prosedyrer ikke ble fulgt, og at det var mye opp til den enkelte behandler hvilke fremgangsmåter og løsninger som ble valgt i ulike deler av pasientforløpet. Det gjaldt for eksempel ulik praksis knyttet til utarbeiding og bruk av utrednings-/behandlingsplaner. En ungdom fra PsykiskhelseProffene (se nærmere omtale i punkt 6.2.2) har beskrevet hvordan en variant av uforsvarlig praksis kan oppleves av pasienten:

*«Jeg har gått gjennom en plan for angst uten å vite om det. Vet ikke hvorfor jeg ikke fikk vite om verken det eller behandlingalternativene» (8).*

Tilsynet viste at flertallet av helseforetakene hadde en jobb å gjøre for å sikre at egne, vedtatte retningslinjer etc. var omforent og innarbeidet. Det gjaldt også i stor grad skriftliggjøring, ikke minst beskrivelse av vurderinger og konklusjoner i journal.

En forutsetning for vellykket implementering, er at målgruppa/ene opplever vedtatte, felles fremgangsmåter som praktiske og nyttige. Involvering og tilstrekkelig opplæring inngår ofte som en del av suksesskriteriene.

#### *Implementering helt ut er krevende, men nødvendig*

I evalueringen etter tilsynet ble lederne for alle poliklinikkene i det enkelte helseforetak spurt om hvordan det hadde vært å finne løsninger på områdene de hadde avvik på. Svarene helte mot den positive delen av skalaen («ikke vanskelig»). Men for noen sviktområder mente flertallet at det var «litt vanskelig» å finne løsninger.<sup>22</sup> En av lederne uttrykte det også slik (utdrag):

22 PHBU-lederne (13 respondenter) skulle vurdere hvordan det hadde vært å finne løsninger for ni ulike avvik, eller markere som ikke aktuelt. På en skala fra 1 («svært vanskelig») til 4 («ikke vanskelig»), ble mottak og vurdering av henvisninger vurdert som «ikke vanskelig». Fem typer avvik ble vurdert til 3,5 eller nærmere 4. Det gjaldt blant annet frist for overholdelse av oppstart av nødvendig helsehjelp, kartlegging for selvmordsproblematikk og sammenhengende utredningsforløp. Tre avvik helte mot «litt vanskelig» (under 3,5). Det gjaldt sikre tverrfaglig utredning og diagnoser på alle utredningsområder, kartlegge for rusproblematikk og involvere andre instanser i arbeidet for å opprette individuell plan.

*«Det har vært lett å tenke ut og utarbeide forslag til løsninger på problemer, men det er implementeringen som er utfordringen, å faktisk endre atferd blant behandlere...»*

Å få til endringer i praksis kan betraktes som små innovasjoner: *«Innovasjon er en ny og bedre løsning, som er så bra at den tas i bruk.»* (10). Ledelsen i helseforetaket skal legge til rette for løsninger som er anvendelige i praksis, følge med på om de tas i bruk, vurdere om de fungerer og være pådriver for nødvendige justeringer som hører inn under deres ansvarsområde. Helseforetaket skal sørge for tilstrekkelig rammebetingelser og være en støtte for implementeringsarbeidet helt ut.

### **6.1.3 Dokumentasjon handler også om pasient-/brukerrettigheter**

*«Tilsynet gav oss eit godt innblikk i at vi må bli flinkare til å registrere og formalisere/tydleggjere ein del vurderingar/diagnoser. Tilsynet viste at dette var godt ivaretatt klinisk, ved at det var tematisert og drøfta, både kollegialt og med brukar, men at det ikkje var sett inn på rett plass i EPJ<sup>23</sup> og slik ikkje lett identifiserbart for andre.»* (Ytring fra en tjenesteleder, hentet fra evalueringen av tilsynet).

Det fremgår av punkt 3.3 at mangelfull journalføring var et fremtredende funn i flere deler av utredningsarbeidet. Diagnostiske vurderinger kunne mangle, spor i journal etter kartlegging av selvmordsproblematikk og rusproblemer kunne være helt fraværende etc. I en del poliklinikker skyltes dette at vurderinger og kartlegginger faktisk ikke var gjennomført, noe som selvsagt er aller mest alvorlig. Men i en rekke tilfeller var det gjort vurderinger uten at disse var skriftliggjort. Hvordan kan kolleger, leder og pasienten vite hva som er tenkt og gjort når det ikke er spor etter det? En ung fra PsykiskhelseProffene (se punkt 6.2.2) sier blant annet dette:

*«Journaler er viktige, de følger oss jo utover i livet. Gode psykologer vil samarbeide med oss om det som skrives. ...»* (8).

En pårørende uttrykker det slik:

*«... Pasienten har i praksis ingen mulighet for vurdering av en sak om ikke helsehjelpen er journalført. ...»* (7).

Skriftliggjøring er viktig av flere årsaker. Dokumentasjon er et bidrag for å sikre gode tjenester. Skriftliggjøring danner også grunnlag for pasientens rett til informasjon og innsyn i journalen og ved eventuelle klagesaker. Dersom helsepersonell velger løsninger som avviker fra gitte anbefalinger, er det viktig å begrunne dette. Eksempelvis kan det i noen tilfeller være lite aktuelt å gjennomføre ruskartlegging av et barn på tolv år. Men det må fremgå at det er vurdert, og at det er en problematikk som poliklinikken er oppmerksom på. Det skal begrunnes faglig hvorfor det er forsvarlig å fravike en anbefaling når det gjelder en konkret pasient. Og det skal være skriftlige spor etter vurderinger og konklusjoner. Poliklinikken må ha tydelige rutiner for journalføring og klar ansvars plassering. Praksis som ikke er god nok må avdekkes og følges opp til alle involverte oppfyller krav til skriftliggjøring.

### **6.1.4 Ledelsen må følge med og følge opp**

Mange av lovbruddene i dette tilsynet kan føres tilbake til at ledelsen, på ulike nivåer, ikke var tett nok på for å sikre at pasientforløp var i samsvar med kravene. Det dreide seg blant annet om at vedtatte fremgangsmåter ved utredning og

23 EPJ: Elektronisk pasientjournal.

diagnostisering ikke var tilstrekkelig innarbeidet. Mye var overlatt til den enkelte behandler, og noen steder hadde det utviklet seg ulike former for «solopraksiser». Dette kan gi uønskede variasjoner og negative utslag på pasientbehandlingen. Ledelsen hadde ikke tilstrekkelig oversikt over virksomhetens drift, og evaluerte og korrigerende praksis i for liten grad.

Helseforetaket skal sørge for god og sikker pasientbehandling i alle sine poliklinikker. Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet hører til blant kjerneoppgavene.

- Er eventuelle fristbrudd fulgt tilstrekkelig opp?
- Er sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer tilstrekkelig implementert?
- Har medarbeiderne tilstrekkelig muligheter for kompetanseutvikling, slik at de kan løse oppgavene innen psykisk helsevern for barn og unge på en god måte?
- Er tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende aktivt tatt i bruk i utformingen av tjenestetilbudet?
- Osv.

Helseforetakets ledelse må gjennom sin styring sørge for å ha god oversikt over sentrale områder i tjenesten til denne gruppen barn og unge. Oversikten skal gi grunnlag for korrigerende tiltak der det er nødvendig. Helseforetaket skal løpende vurdere om det er behov for å forbedre kvaliteten i tjenestene og om myndighetskravene er innfridd. En av forutsetningene for dette er en velfungerende og omforent praksis for melding og håndtering av avvik i helseforetaket. Helseforetaket skal bruke avviksmeldinger systematisk også for å få oversikt over risikoområder.

## **6.2 Brukermedvirkning og samarbeid med andre tjenester**

I kapittel 3 viser resultater fra egenvurderingene at ca. én av fem poliklinikker hadde mangelfulle ordninger for å sikre brukermedvirkning. Det samme gjaldt samhandling med andre tjenester. Sistnevnte var avgrenset til å gjelde individuell plan. Svar fra tjenesteledere, i evalueringen etter tilsynet, kan tyde på at involvering av aktuelle instanser i arbeidet med individuell plan er ansett som «litt vanskelig». Tilsynsrapportene utdyper ikke funnene i egenvurderingene, og andre dokumenter fra tilsynsmyndigheten belyser det i begrenset grad (11).

Verken Helsedirektoratets Kvalitetsindikatorer – Psykisk helse for barn og unge (12), eller publikasjonen Helsebarometeret 2015 (13) gir oss nærmere beskrivelser av hvordan BUP involverer og samarbeider. Hva forteller andre kunnskapskilder om eventuelle utfordringer knyttet til brukermedvirkning og samarbeid med andre tjenester? Statens helsetilsyn har valgt å trekke inn noen eksterne kunnskapskilder som kan gi oss litt mer innblikk i dette. Vi vil understreke at innfallsvinklene i disse undersøkelsene ikke er sammenfallende med dem i BUP-tilsynet. Og tilsyn skiller seg ut ved at tilsynsmyndigheten gjør vurderinger opp mot regelverk.

### **6.2.1 Samarbeid mellom poliklinikken og andre instanser – rom for forbedring**

Vi har funnet få omfattende undersøkelser fra Norge som beskriver utfordringer i samarbeidet mellom BUP og andre instanser som barnehage, skole, PPT etc. Sluttevalueringen av kommuneprosjektet «Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge» (14), belyser dette noe. Det er gjort en

del mindre undersøkelser, primært på mastergradsnivå, som også sier en del om hvordan samarbeidet fungerer. Er det noen fellestrekk i dette begrensede materialet?

I en kvalitativ undersøkelse ved Høgskolen i Oslo (15), ble et mindre antall foreldre, BUP-ansatte, PPT-ansatte og ansatte i kommunal barneverntjeneste intervjuet. Problemstillingen var: «Hvordan opplever foreldre tverrprofesjonelt samarbeid rundt eget barn med sammensatte vansker? Hvordan beskriver profesjonsutøverne samarbeidet?» Studien synliggjorde fire faktorer som fremmer samarbeid: klare mål, godt lederskap, klare roller og de rette personene – samt tillit til de andre samarbeidspartnere. Informantene etterlyste tydelig ledelse og felles målsetting. Både foreldrene og profesjonsutøverne gav sterk kritikk til samarbeidet, men de la også vekt på at deltakerne var velmenende – noe som fremmet samarbeidet. Sammenlikner vi med resultatene fra to andre undersøkelser (16, 17), som også omhandler tverrprofesjonelt arbeid der BUP inngår, er det stort sammenfall i funn og konklusjoner. Det gjelder også evalueringen nevnt innledningsvis. Alle funn peker mot at klar rolle- og ansvarsfordeling og felles mål og respekt for hverandres faglighet har mye å si. Dette er trolig ikke tilstrekkelig ivaretatt i dag. Men det finnes selvsagt eksempler på at samarbeidet mellom BUP og andre instanser kan fungere bra:

*«I Hamarøy kommune har samhandlingen når det gjelder barn og unge fått et helt eget ord. Samtidlighet. At ungdommen får tidlig hjelp, av rette instanser samtidig, er en nøkkel for at de lykkes så godt i sitt arbeide med barn og unge.»<sup>24</sup> (18)*

Det er et overordnet mål å styrke forpliktende samhandling i tjenestene både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (19).

### **6.2.2 Poliklinikkens tjenester fra pasienten og de foresattes ståsted**

I dette tilsynet ble vurderingene av virksomheten gjort av BUP/helseforetak og tilsynsmyndighet. Pasienters og foresattes erfaringer med brukemedvirkning knyttet til pasientforløp i poliklinikken, var ikke en obligatorisk del av tilsynet. Men som det fremgår av punkt 4.1, har Fylkesmannen i Hordaland som en del av oppfølgingen av tilsynet gjennomført en spørreundersøkelse. Pasienter og foreldre/foresatte ble spurt om deres oppfatning av tilbudet ved poliklinikken. Undersøkelsen gjaldt erfaringer med to poliklinikker. Ut fra tilsynet kan vi derfor ikke si hvordan pasienter og foresatte generelt opplever tjenesten.

Vi kjenner til få kunnskapskilder som belyser dette i noe omfang, og noen er gamle. Det gjelder blant annet en PasOpp-rapport fra 2008 (20) med resultater fra en nasjonal undersøkelse der foresatte vurderte alle BUP-er i Norge. Materialet ble samlet inn i 2006. Kunnskapssenteret sier blant annet dette i en oppsummering:

*«Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten mener undersøkelsen viser at foresatte generelt har gode erfaringer med BUP. Forbedringspotensialet er størst på området informasjon og medbestemmelse. ... »<sup>25</sup> (21)*

Lovens bestemmelser om brukerens rett til medvirkning er skjerpet etter at denne undersøkelsen ble gjennomført. Statens helsetilsyn er ikke kjent med tilsvarende undersøkelser av nyere dato, som gjelder BUP. Men i studien ved Høgskolen i Oslo,

24 Begrepet «samtidlighet», i denne sammenheng, er innført av BUP-representanten Olav Eldøen som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri.

25 Status for samhandlingsreformen, 2013 (IS-2113) refererer fra samme PasOpp-rapport: «... foresatte ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker var misfornøyde med hvordan poliklinikken samarbeidet med ulike involverte instanser...»

som er omtalt i punkt 6.2.1, hevdes det at reell brukermedvirkning ikke er ivare tatt. Studien gjaldt medvirkning i forbindelse med tverrprofesjonelt samarbeid.

Hva mener de unge pasientene selv? Forandringsfabrikken har i samarbeid med Rådet for psykisk helse undersøkt hva 120 unge mener om psykisk helsevern. De var i alderen 14–24 år, og alle har erfaring fra BUP. En del av dem har også vært innlagt. Erfaringer og råd fra PsykiskhelseProffene er samlet i et resultatmagasin, utgitt i 2014 (8).

Noen av PsykiskhelseProffene har vi sluppet til i denne rapporten. Rådene fra disse unge tyder på at psykisk helsevern, herunder også BUP, har flere forbedringsområder, hvorav brukermedvirkning er ett av dem.

Statens helsetilsyn vil i tillegg til pasient- og brukerrettighetsloven minne om forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 e). I denne går det klart frem at den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten. Helseforetaket må sørge for at tilbakemeldinger fra pasienter/foresatte brukes både i den enkelte pasients behandlingsforløp, og i helseforetakets generelle forbedringsarbeid.

*«Brukerorientering er en viktig del av kulturen ved helseinstitusjoner, ...» (22)*

#### ***Brukerstemmen..***

En ung stemme fikk slippe til tidlig i denne rapporten. Det er rimelig at unge med erfaring fra BUP<sup>26</sup> også får siste ord. Stemmene nedenfor tilhører unge i PsykiskhelseProffene som er omtalt over.

*«De fleste av oss kjenner jo oss bedre enn noen av dere gjør. Dere er fagpersonene, vi lever dette livet. Vi burde samarbeide om hva som skal gjøres og skrives. Da ville vi følt oss tryggere.»*

*«Han forsto og hørte. Og han ga tilbakemelding. Og sa: vi finner en løsning vi to. Det var veldig deilig.» (8)*

26 Opplevelsene de unge gir uttrykk for kan også være knyttet til andre deler av psykisk helsevern for barn og unge enn poliklinikker.

## 7 Referanser

1. Hetland L. «Det første kuttet». Blogg. <http://liseliten.com/> (avlest 16. februar 2015)
2. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2013. IS-2173. Oslo: Helsedirektoratet, 2014. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge> (avlest 16. februar 2015)
3. Distriktpsikiatriske tjenester – likeverdig tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Rapport fra Helsetilsynet 3/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2010/Distriktpsikiatriske-tjenester-likeverdig-tilbud/> (avlest 16. februar 2015)
4. Meld. St. 11 (2014–2015). Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/> (avlest 16. februar 2015)
5. Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge. IS-1581. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. Med: Veiledertabell - Psykisk helsevern for barn og unge. IS-1636. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/prioriteringsveileder-og-veiledertabell-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge> (avlest 16. februar 2015)
6. Kvello Ø. Risiko og beskyttelse ved ungdoms rusmiddelmissbruk. *Rus & avhengighet* 2006; 4: 25-28. [http://www.idunn.no/file/ci/2913089/rus\\_2006\\_04\\_risiko\\_og\\_beskyttelse\\_ved\\_ungdoms\\_rusmiddelmissbruk.pdf](http://www.idunn.no/file/ci/2913089/rus_2006_04_risiko_og_beskyttelse_ved_ungdoms_rusmiddelmissbruk.pdf) (avlest 16. februar 2015)
7. Molund E-M. Verdien av pårørendeerfaringer. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 2014; 51(6): 486-487.
8. PsykiskhelseProffene. Unge med råd til psykisk helsevern. Oslo: Forandringsfabrikken, 2014.
9. ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Til deg som leder og utøver. IS-1162. Oslo: Helsedirektoratet, 2005.
10. Dagestad S et al. Innovasjon i praksis. Veien til den andre siden. Oslo: Innoco AS, 2014.
11. Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering. Rapport fra Helsetilsynet 5/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012. <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Mytar-og-anekdotar-eller-realitetar-Barn-med-tiltak-fra-barnevernet-og-tenester-fra-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/> (avlest 16. februar 2015)

12. Kvalitetsindikatorer - Psykisk helse for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge> (avlest 16. februar 2015)
13. Helsebarometeret 2015 – Oppfatninger av egen helse, helsetilbudet og prioriteringer i Helse-Norge. Oslo: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og SINTEF Helse, 2014. [http://www.lhl.no/Global/Helsebarometeret/helsebarometeret\\_rapport\\_web.pdf](http://www.lhl.no/Global/Helsebarometeret/helsebarometeret_rapport_web.pdf) (avlest 16. februar 2015)
14. Winsvold A. Evalueringen av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. NOVA rapport 18/11. Oslo: NOVA, 2011. <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2011/Evaluering-av-prosjektet-Sammen-for-barn-og-unge-bedre-samordning-av-tjenester-til-utsatte-barn-og-unge/NOVA-Rapport-18-11> (avlest 16. februar 2015)
15. Frydenlund M H. «Ett ledd unna hjelpen...» : en kvalitativ studie av foreldres og profesjonsutøveres opplevelse av tverrprofesjonelt samarbeid i arbeid med barn med sammensatte vansker. Masteroppgave i sosialt arbeid. Oslo: Høgskolen i Oslo, 2011. <https://oda.hio.no/jspui/handle/10642/912> (avlest 16. februar 2015)
16. Moxon M. Bekymringsfullt fravær og tverretatlig samarbeid - belyst gjennom intervju med representanter fra ulike etater i en kommune. Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning. Oslo: Universitetet i Oslo, 2012. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/34347> (avlest 16. februar 2015)
17. Olsen AG. En kvalitativ studie av dialog og samarbeid. Masteroppgave ved Avdeling for sykepleierutdanning. Oslo: Høgskolen i Oslo, 2011. <https://oda.hio.no/jspui/handle/10642/966> (avlest 16. februar 2015)
18. Familiemøter som alternativ til henvisning. Oslo: KS, 2014. <http://www.ks.no/tema/Skole-og-oppvekst/Barn--og-familietjenester/Tverrfaglig-samarbeid/Dialog-i-stedet-for-henvisning/> (avlest 16. februar 2015)
19. Oppdragsdokument 2014 til de regionale helseforetakene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014. <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> (avlest 16. februar 2015)
20. Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Institusjonsresultater fra en nasjonal undersøkelse. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 4 - 2008 (PasOpp-rapport). Oslo: Kunnskapssenteret, 2008. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/foresattes-vurderinger-av-tilbudet-ved-barne-og-ungdomspsykiatriske-poliklinikker-i-2006-institusjonsresultater-fra-en-nasjonal-undersokelse> (avlest 16. februar 2015)
21. Blir pårørende godt nok ivaretatt ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker? Oslo: Kunnskapssenteret, 2008. <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/blir-p%C3%A5r%C3%B8rende-godt-nok-ivaretatt-ved-barne-og-ungdomspsykiatriske-poliklinikker> (avlest 16. februar 2015)



22. Status for samhandlingsreformen, 2013 (IS-2113). Oslo: Helsedirektoratet, 2014. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/status-for-samhandlingsreformen> (avlest 16. februar 2015)

Lenker til publikasjoner som var aktuelle i tilsynet:

- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. IS-1570. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker> (avlest 16. februar 2015)
- Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. IS-1244. Revidert 2014. IS-2062. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-adhdhyperkinetisk-forstyrrelse> (avlest 16. februar 2015)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern> (avlest 16. februar 2015)
- Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge. IS-1581 og IS-1636. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/prioriteringsveileder-og-veiledertabell-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge> (avlest 16. februar 2014)
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten> (avlest 16. februar 2015)
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. IS-1948. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser> (avlest 16. februar 2015)

## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Egenvurderingsskjema



**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2014: Psykisk helsevern for barn og unge

#### Egenvurderingsskjema

Er det samsvar mellom egen praksis og krav i regelverket?

Helseforetakets navn:	
Poliklinikkens navn:	
Ca. antall mottatte henvisninger siste 12 mnd:	
Ca. antall stillingshjempler:	
Antall psykologspesialister (tilsatt eller avtalebasert), oppgis i % stilling	
Antall psykologer under spesialistutdanning:	
Antall barne- og ungdomspsykiatere (tilsatt eller avtalebasert), oppgis i % stilling:	
Antall leger under spesialistutdanning:	

**Skjemaet er godkjent av:** Direktør Jan Fredrik Andresen, Statens helsetilsyn 12. desember 2012, sist endret: 12. februar 2013

#### Tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge

Fylkesmannen skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge i 2013 og første halvdel av 2014. Tilsynets målsetting er å stimulere til nødvendige forbedringsaktiviteter i alle landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Statens helsetilsyn har som mål at tilsynet skal bidra til erfaringsoverføringer mellom helseforetakets ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Barn og unge med psykiske lidelser er en sårbar pasientgruppe. Potensialet for å forebygge senere psykisk lidelse er stort ved tidlig intervensjon. Konsekvensene av svikt i tjenestene kan være alvorlige for resten av livsløpet. Det er derfor viktig at

tilsynet har størst mulig rekkevidde, og at det oppnås effekt i hele tjenesten. Alle landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker blir involvert i tilsynet. Tilsynsmyndigheten skal undersøke om pasientforløpene preges av god fremdrift, kontinuitet og kvalitet i de ulike fasene: (a) mottak og vurdering av henvisninger, (b) utredning og diagnostisering, (c) behandling og (d) avslutning og oppfølging av behandling.

Alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker vil bli bedt om å gjøre en samsvarsvurdering av egen praksis mot noen utvalgte sjekkpunkter som er beskrevet i dette egenvurderingsskjemaet. Det vil også kunne bli tatt stikkprøver av virksomheten ved noen av disse poliklinikkene. I tillegg vil det bli gjennomført minst en systemrevisjon i hvert helseforetak.

Ved å kombinere systemrevisjoner med egenvurderinger, ser vi en mulighet for å kunne inspirere helseforetakene til selv å undersøke om deres pasientforløp innenfor psykisk helsevern for barn og unge, er i tråd med gjeldende regelverk og er forsvarlige. Gjennom dette tilsynsopplegget ønsker vi å tydeliggjøre at vi har tillit til at helseforetakene har felles mål med tilsynsmyndigheten om god pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

### **Praktisk gjennomføring i det enkelte helseforetak**

1. Helseforetaket, ved administrerende direktør, mottar egenvurderingsskjema sammen med varsel om tilsyn.
2. Helseforetaket sørger for at alle deres barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker fyller ut et egenvurderingsskjema, og at det gjøres i forkant av systemrevisjonen.
3. Helseforetaket innhenter de utfylte skjemaene fra poliklinikkene og lager en kort sammenstilling av resultatene. Skjemaene og oppsummeringen tas med til åpningsmøtet for systemrevisjonen, og overleveres til tilsynslaget.
4. Systemrevisjonen avsluttes med et sluttmøte der funnene fra systemrevisjonen blir presentert. Funnene fra egenvurderingene vil også bli gjennomgått. Lederne for hver av helseforetakets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker inviteres til å delta på sluttmøtet.
5. Avvik som avdekkes både gjennom egenvurderinger og systemrevisjoner følges opp av tilsynsmyndigheten. Helseforetakets ledelse koordinerer prosessen med å rette opp påpekte avvik. Det vil kunne bli tatt stikkprøver av gjennomførte tiltak, og eventuelt også av enkelte virksomheter som gjennom egenvurderingene melder tilbake at alt er i tråd med regelverket.
6. Helseforetakets handlingsplan for iverksetting av korrigerende og forebyggende tiltak skal også inneholde oppfølgingsaktiviteter fra ledelsens side for å kontrollere om iverksatte tiltak fungerer.

## 1. Mottak og vurdering av henvisning

### Sjekkpunkt 1:

Virksomheten skal sørge for rask vurdering av alle innkomne henvisninger for å vurdere alvorlighet og hastegrad.

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

**Undersøkellesmetode:** Bruke de siste 30 henvisningene innkommet 14 dager før mottatt tilsynsvarsel og tidligere. Telle antall virkedager fra dagen henvisningen ble mottatt til vurderingen er gjennomført.

### Referanser/lovparagrafer:

**Prioriteringsforskriften § 4a Særskilte fristregler for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet:** Barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering som nevnt i § 4 første ledd første punktum, innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt.

Funn i 30 henvisninger				Funn i 30 henvisninger			
Id (for intern bruk)	Dato for mottak av henvisning	Dato for vurdering av henvisning	Antall virkedager fra mottatt henvisning til vurdering	Id (for intern bruk)	Dato for mottak av henvisning	Dato for vurdering av henvisning	Antall virkedager fra mottatt henvisning til vurdering

	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

**Veiledning til bedømmelsen:**

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

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

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

### Sjekkpunkt 2:

Overholdes individuelt satt frist for oppstart av nødvendig helsehjelp?

**Undersøkelsesmetode:** Bruke de 30 siste journalene for pasienter over 7 år med rett til helsehjelp der pasienten ble innskrevet (dato for mottatt henvisning) minst 6 måneder før tilsynsvarselet.

### Referanser/lovparagrafer:

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

Funn i 30 journaler				Funn i 30 journaler			
Id (for intern bruk)	Dato for individuelt satt frist	Dato for påbegynt helsehjelp (første konsultasjon)	Er fristen overholdt? ja/nei Ved nei oppgis antall dager fristoverskridelse	Id (for intern bruk)	Dato for individuelt satt frist	Dato for påbegynt helsehjelp (første konsultasjon)	Er fristen overholdt? ja/nei Ved nei oppgis antall dager fristoverskridelse

	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

**Veiledning til bedømmelsen:**

Fristene fastsettes individuelt for hver pasient. For å vurdere om fristen overholdes, må tidspunktet for første konsultasjon vurderes mot pasientens individuelle frist for oppstart helsehjelp. Overskridelser må bedømmes som avvik dersom det ikke er snakk om pasientutsatte konsultasjoner eller at utsettelsen er faglig begrunnet. Ved enkeltstående og korte overskridelser kan det likevel utøves noe skjønn, forutsatt at poliklinikken har felles rutiner for oppfølging av frister.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

### 3. Overholdelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp, del 2

#### Sjekkpunkt 3:

Erfaringer har vist at et antall virksomheter i spesialisthelsetjenesten har oppfattet reglene om frist for oppstart helsehjelp feil, at fristen overholdes/rettigheten innfris ved at det gis en enkeltstående konsultasjon. Når barn/unge er henvist for mulig psykisk lidelse, forutsettes det igangsetting av et sammenhengende utredningsløp fra oppstart til diagnose foreligger.

Er første konsultasjon starten på et sammenhengende og planlagt utredningsforløp?

**Undersøkellesmetode:** Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2. Telle uker mellom første og andre konsultasjon.

#### Referanser/lovparagrafer:

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

Funn i 30 journaler				Funn i 30 journaler			
Id (for intern bruk)	Dato for første konsultasjon	Dato for andre konsultasjon	Antall uker fra første til andre konsultasjon	Id (for intern bruk)	Dato for første konsultasjon	Dato for andre konsultasjon	Antall uker fra første til andre konsultasjon



	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

### **Veiledning til bedømmelsen:**

Erfaring har vist at enkelte virksomheter registrerer at fristen er innfridd ved å tilby en enkeltstående konsultasjon. Intensjonen i pasient- og brukerrettighetsloven og også i prioriteringsforskriften, er at oppstart helsehjelp skal være starten på et planlagt, strukturert og faglig forsvarlig utrednings- og behandlingsforløp. Det har vært avdekket praksis der første konsultasjon ikke etterfølges med et kontinuerlig pasientforløp. Et langt avbrudd etter første konsultasjon vil i realiteten i de fleste tilfeller innebære at fristen ikke er innfridd.

God praksis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, tilsier at det i de fleste pasientforløpene innen psykisk helsevern for barn og unge, vil være hyppige kontakter med konsultasjoner ukentlig eller hver andre uke. Det kan være gode grunner for at det kan ta lengre tid mellom konsultasjoner, både faglige grunner og etter ønsker fra pasient/pårørende. Langt opphold mellom første og andre konsultasjon kan også ha sin årsak i at virksomheten har problemer med å igangsette utredningen (helsehjelpen) til fastsatt tid, for eksempel på grunn av dårlig organisering og kapasitetsproblemer. Dersom det er et tydelig mønster at det går lang tid mellom første og andre konsultasjon i flere saker, er det en sterk indikasjon på at utredningsløpet ikke i realiteten startes opp ved første konsultasjon, med mindre det av journalene/intervjuene kan vise at dette er faglig begrunnet eller av hensyn til pasienten/foresatte. Virksomheten bør finne frem til journaler der det er mer enn 2 til 3 uker mellom første og andre konsultasjon, og undersøke nærmere. Har det en akseptabel årsak? Jo lengre opphold og jo flere journaler med slike funn, jo sterkere indikasjon på at første konsultasjon i realiteten ikke var oppstart på utredningen. Her må det utøves noe skjønn. Det er virksomhetens praksis og ikke enkelthendelser vi ønsker å avdekke.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

## 4. Utredning og diagnostisering, del 1

### Sjekkpunkt 4:

Diagnostisering av psykiske lidelser hos barn og unge skal baseres på en tverrfaglig utredning (multiaksial diagnostisering).

Settes det diagnoser/konklusjoner på alle 6 akser (områder)?

**Undersøkellesmetode:** Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2. Hvor mange akser er det satt diagnose/konkludert på i hver enkelt journal?

### Referanser/lovparagraf:

**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Plikt til forsvarlighet:** Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Jf. Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge samt Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren for «registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge» (N-024).

Funn i 30 journaler			Funn i 30 journaler		
Id (for intern bruk)	Antall akser der det er satt diagnose/konklusjon	Diagnose/konklusjon på alle 6 akser ja/nei	Id (for intern bruk)	Antall akser der det er satt diagnose/konklusjon	Diagnose/konklusjon på alle 6 akser ja/nei

	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

### **Veiledning til bedømmelsen:**

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge dreier det seg ofte om komplekse tilstander som krever utredning på flere områder. Følgende skal utredes, ende opp i konklusjoner/diagnoser og danne grunnlag for valg av behandlingsopplegg:

- Klinisk psykiatrisk syndrom
- Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Psykisk utviklingshemming/intelligensnivå
- Somatiske tilstander
- Avvikende psykososiale forhold
- Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Ved diagnosesetting innenfor psykisk helsevern for barn og unge benyttes det multiaksial klassifisering som verktøy for blant annet å sikre dette. Koding på alle 6 akser vil kunne være en indikasjon på om det er gjort en god kvalitativ utredning.

Dette tilsynet skal undersøke om alle sider ved diagnostikken er vurdert. Dersom praksis er i tråd med dette, men uten at det multiaksiale klassifiseringssystemet (aksesystemet) er benyttet, er dette ikke avvik i forhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Hovedpoenget er ikke kodesystemet i seg selv, men at det er gjort en planlagt og systematisk utredning, og at det gjenfinnes i journalen.

Kravet til en forsvarlig tverrfaglig utredning, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, innebærer at virksomheten må ha en styrt praksis der alle 6 utredningsområdene blir ivaretatt. Ved journalgjennomgangen bør det bare være unntaksvis at dette ikke er gjennomført.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

## 5. Utredning og diagnostisering, del 2

### Sjekkpunkt 5:

Langvarig utredning fører til at behandlingen utsettes, og får dermed betydning for forsvarligheten til tjenesten. Det er et mål at utredning i tillegg til å være faglig god, også må gjennomføres med tilstrekkelig fremdrift. Utredning og diagnostisering av barn og unge med psykiske lidelser er en omfattende og sammensatt prosess. Det setter store krav til virksomhetens organisering av arbeidet. Her vil det være mange «snubletråder» som kan føre til forsinkelser og utsettelse underveis. Samtidig er kravet til høyt tempo et gjennomgående trekk i lovgivningen som rettes mot denne pasientgruppen. Det samme må gjelde for hva som er forsvarlig bruk av tid i utredningsfasen.

Blir utredning og diagnostisering gjennomført innen forsvarlig tid?

**Undersøkellesmetode:** Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2. Telle antall uker fra første konsultasjon til diagnose er satt (på alle 6 akser).

### Referanser/lovparagraf:

**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.** *Plikt til forsvarlighet:* Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Jf. Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge samt Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren for «registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge».

Funn i 30 journaler				Funn i 30 journaler			
Id (for intern bruk)	Dato for første konsultasjon	Dato for diagnose	Antall uker fra første konsultasjon til diagnose	Id (for intern bruk)	Dato for første konsultasjon	Dato for diagnose	Antall uker fra første konsultasjon til diagnose

	Ja	Nei
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

### Veiledning til bedømmelsen:

Det foreligger ikke noen alminnelige tidskrav til gjennomføring av utredning innenfor psykisk helsevern for barn og unge i faglige retningslinjer. God praksis forutsetter imidlertid et godt planlagt utredningsforløp med kontinuitet og god fremdrift. I dette tilsynet er målet å fange opp om virksomheten driver slik at utredningsforløp blir unødig lange.

Den diagnostiske vurderingen skal gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon. Virksomheter som er godt organisert og som har god tilgang på kompetent personell inkludert spesialister, kan ha dette klart innen 3-4 uker etter første konsultasjon. For de fleste tilstander vil man kunne ha nok informasjon i løpet av 3 måneder dersom utredningen er systematisk. I praksis betyr dette ofte mellom 8 og 12 konsultasjoner. I Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren: *Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge* (indikator N-024), står det at det er et mål at diagnosekodene skal settes seinest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten. Dersom det tas utgangspunkt i dette målet og at det normalt er konsultasjoner ukentlig eller annenhver uke, vil det være et rimelig utgangspunkt at en utredning kan ta ca. 10 til 12 uker. Dette understøtter at diagnose i de fleste tilfeller vil kunne settes i løpet av 3 måneder. Denne tidsangivelsen må regnes som et utgangspunkt, og ikke en absolutt grense.

Det kan være gode grunner for at utredningsprosessen må ta lengre tid. Pasienter/foresatte kan ha behov for pauser og utsettelse underveis i utredningen. Det kan også oppstå behov for andre og mer omfattende undersøkelser enn først planlagt.

Det er viktig å unngå lange pauser i utredningen på grunn av ikke tilstrekkelig:

- planlegging og organisering av prosessen
- kapasitet
- tilgang på nøkkelkompetanse
- oppfølging av pasienter som ikke møter

Se på journaler med lengre utredningsforløp enn 3 måneder, og undersøk om det er pauser i utredningsprosessen som virksomheten med bedre styring burde ha forebygget. Dersom det planlegges med noe lengre løp enn 3 måneder, og planene etterleves og følges opp, er det ikke grunnlag for å konkludere med avvik. Målet er å fange opp virksomheter der utredningsløpet drar ut i tid på grunn av mangelfull planlegging, kapasitet og kompetanse med videre.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

## 6. Utredning og diagnostisering, del 3

### Sjekkpunkt 6:

Kartlegges alle pasienter fra 10-12 års alder og oppover for selvmordsproblematikk som en del av utredningen?

**Undersøkelsesmetode:** Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 2, men begrenset til pasienter over 10-12 år. Følgelig må det velges ut noen flere journaler slik at det totalt er 30 journaler. Registrere om det er dokumentert at selvmordsproblematikk er kartlagt.

### Referanser/lovparagraf:

**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Plikt til forsvarlighet:** Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Jf. *Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, som anbefaler at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal kartlegges for selvmordsrisiko.

Funn i 30 journaler			Funn i 30 journaler		
Id (for intern bruk)	Selvmordsproblematikk er kartlagt	Selvmordsproblematikk er ikke kartlagt	Id (for intern bruk)	Selvmordsproblematikk er kartlagt	Selvmordsproblematikk er ikke kartlagt

	Ja	Nei
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

#### **Veiledning til bedømmelsen:**

Det er vanskelig å forutsi det enkelte selvmordstilfellet, og hvem som ikke er i faresonen. Derfor bør alle kartlegges for selvmordsproblematikk. Kartlegging av selvmordsproblematikk vil være mest aktuelt fra 10-12 års alder og oppover. Det er ikke et absolutt krav at alle pasienter kartlegges for selvmordsrisiko. Samtidig vil konsekvensene av uoppdaget selvmordsrisiko være alvorlige. Det legges derfor til grunn at det må være en fast praksis at pasienter som kommer i kontakt med poliklinikken, kartlegges for selvmordsrisiko. Unntakene bør være få og faglig begrunnet. Dersom alle ikke kartlegges og følges opp med tanke på selvmordsproblematikk, må det vurderes om det er faglige begrunnede unntak/enkelthendelser eller om virksomheten har en variabel praksis. Dersom det mangler selvmordskartlegging i >3 av 30 pasientjournaler, bør virksomheten vurdere om manglende selvmordskartlegging er velbegrunnet.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

## 7. Utredning og diagnostisering, del 4

### Sjekkpunkt 7:

Kartlegges alle pasienter fra 10-12 års alder og oppover for rusproblematikk som en del av utredningen?

**Undersøkellesmetode:** Bruke de samme 30 journalene som angitt under sjekkpunkt 6. Registrere om det er dokumentert at rusproblematikk er kartlagt.

### Referanser/lovparagraf:

**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Plikt til forsvarlighet:** Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Jf. *Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*, som anbefaler at når barn og unge henvises til psykisk helsevern, skal det kartlegges hvilket forhold den enkelte har til rusmidler, om det eksisterer et misbruk eller om ungdommen er i fare for å utvikle misbruk.

Funn i 30 journaler			Funn i 30 journaler		
Id (for intern bruk)	Rus-problematikk er kartlagt	Rus-problematikk er ikke kartlagt	Id (for intern bruk)	Rus-problematikk er kartlagt	Rus-problematikk er ikke kartlagt



	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?		
Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?		
Har alle involverte fått nødvendig opplæring?		

**Veiledning til bedømmelsen:**

Det er vesentlig ikke å overse eventuelt rusmisbruk som del av henvisningsproblemet til barn og unge i det psykiske helsevernet. Derfor bør alle kartlegges for rusproblematikk. Kartlegging av rusproblematikk vil være mest aktuelt fra 10–12 års alder. Det er ikke et absolutt krav at alle kartlegges for rusproblematikk. Helse- direktoratets faglige retningslinjer må forstås slik at pasienter som kommer til poliklinikken vanligvis kartlegges med tanke på rusproblematikk, og at det er faglig begrunnet dersom det ikke gjøres. Dersom alle ikke kartlegges og følges opp med tanke på rusproblematikk, må det vurderes om det er faglige begrunnede unntak/ enkelthendelser eller om virksomheten har en variabel praksis. Dersom det mangler kartlegging av rusproblematikk i >5 av 30 pasientjournaler, bør virksomheten vurdere om manglende kartlegging er velbegrunnet.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

## 8. Brukermedvirkning og samhandling med andre tjenester

Et godt tjenestetilbud til barn og unge med psykiske lidelser forutsetter et nært samarbeid med barnets foresatte og andre aktører i barnets miljø. Blant disse kan nevnes barnehage, skole, PPT, helsestasjon, fastlege og barnevern. Poliklinikken må legge til rette for nødvendig samarbeid og samhandling med pasient/foresatte og ulike instanser.

### Sjekkpunkt 8a:

	Ja	Nei
Har helseforetaket sørget for at det er etablert rutiner som sikrer pasient- og brukermedvirkning, herunder rutiner for å fange opp tilbakemeldinger fra pasient/foresatte om forhold som de er misfornøyd med?		
Følger ledelsen ved poliklinikken med på at etablert rutine etterleves?		
Følger ledelsen ved poliklinikken opp påviste feil og mangler i daglig drift?		
Følges tilbakemeldinger fra pasient/foresatte opp slik at informasjonen brukes i den enkelte pasients behandlingsforløp?		
Følges tilbakemeldinger fra pasient/foresatte opp slik at informasjonen brukes i helseforetakets generelle forbedringsarbeid?		

### Referanser/lovparagrafer:

**Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.** *Pasientens og brukerens rett til medvirkning:*

*Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*

*Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.*

Helsetjenesten er pålagt å etablere internkontroll (kvalitetsstyringssystem) for å sikre forsvarlige tjenester, jf. **forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten**. Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene. Dette innebærer at ledelsen må styre og følge opp daglig drift slik at kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas, jf. **forskriften §§ 4 og 5. Internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav e:** *Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.*

**Veiledning til bedømmelsen:**

Dersom det ikke svares ja på spørsmålene under sjekkpunkt 8a, må det konkluderes med avvik.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

**Sjekkpunkt 8b:**

	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har helseforetaket sørget for at det er etablert rutiner som sikrer at kommunen varsles når det er behov for opprettelse av individuell plan, og at helseforetaket deltar i arbeidet i de tilfellene førstelinjetjenesten har ansvar for opprettelsen?		
Følger ledelsen ved poliklinikken med på at etablert rutine etterlevs?		
Følger ledelsen ved poliklinikken opp påviste feil og mangler i daglig drift?		

**Referanser/lovparagrafer:**

**Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 Individuell plan, jf. psykisk helsevernloven § 4-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5:**

*Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.*

*Dersom en person har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.*

Ettersom denne pasientgruppen oftest også har behov for tjenester etter helse- og omsorgsloven, vil opprettelsen av individuell plan for disse pasientene som regel være kommunens ansvar. Helseforetaket må ha rutiner for å varsle kommunen om behov for individuell plan, og for deltagelse i det videre arbeidet.

Helsetjenesten er pålagt å etablere internkontroll (kvalitetsstyringssystem) for å sikre forsvarlige tjenester, jf. **forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten**. Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene. Dette innebærer at ledelsen må styre og følge opp daglig drift slik at kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas, jf. **forskriftens §§ 4 og 5**.

**Veiledning til bedømmelsen:**

Dersom det ikke svares ja på spørsmålene under sjekkpunkt 8b, må det konkluderes med avvik.

<b>Kommentarer/avveiiinger:</b>	
---------------------------------	--

<b>Konklusjon:</b>	<b>Avvik</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ikke avvik</b> <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	--

## **Vedlegg 2: Oversikt over representanter fra forskningsmiljøer, fag- og brukerorganisasjoner som var invitert i prosessen med å identifisere de viktigste risikoområdene i psykisk helsevern for barn og unge**

Arbeidsmøte om risikoområder innen psykisk helsevern for barn og unge 15. februar 2012, i Statens helsetilsyn

Møte med forskningsmiljøer, fag- og brukerorganisasjoner

### **Inviterte:**

- Barneombudet
- Pasient- og brukerombudene
- Voksne for Barn
- Pårørende Senteret
- Mental Helse
- Landsforeningen for barnevernsbarn
- Stiftelsen Kirkens bymisjon
- Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
- Rådet for psykisk helse
- Barn av rusmisbrukere, BAR
- BarnsBeste
- Den norske legeforening
  - Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
  - Norsk forening for allmennmedisin
  - Norsk psykiatrisk forening
- Norsk Psykologforening
- Norsk Sykepleierforbund
  - Landsgruppen av helsesøstre NSF
  - NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere
- Utdanningsforbundet
- Fellesorganisasjonen, FO
  - Faggruppe for ansatte innen psykisk helse for barn og unge
- Forskningsmiljø
  - NOVA
  - FAFO
  - NIBR
  - NTNU, Norsk senter for barneforskning

## **Olu buoridanmunni – dáhttu dan dahkat**

### **Čoahkkáigeassu spesialistadearvvašvuodabálvalusa riikkaviidosas geahčus 2013:s ja 2014:s: psykalaš dearvvašvuodasuodjalus mánáide ja nuoraide, mánáid- ja nuoraidpsykiátralaš poliklinihkat**

#### **Dearvvašvuodageahču 3/2015 raportta čoahkkáigeassu**

Nuorra olbmot geain leat psykalaš gillámušat ja sin ovddasteaddjit leat rašes dilis. Bálvalusa kvalitehtas ja barggu ovdáneamis sáhtta leat mearkkašahtti mearkkašupmi meannudeami bohtosii.

Fylkkamánit guorahalle 2013:s ja 2014:s movt dearvvašvuodadoaimmahagat sihkkarastet ahte mánáid- ja nuoraidpsykiátralaš poliklinihkaid pasieantajođus lea buorre ovdáneapmi ja bissovašvuolta, ja ahte barggus lea buorre kvalitehta. Geahčču fáttmastii buot pasieantajođu dásiid, muhto guorahallan ja diagnosa bidjan deattuhuvvui.

Geahču bohtosat čájehit ahte dearvvašvuodadoaimmahagat eai bearráigeahččan bálvalusaid doarvái bures. Olu poliklinihkain lei beare olu ovttaskas dikšu árvoštallamiid duohken movt bargu galggai čadahuvvot ja makkár ovdánemiin. Mánge jodiheaddji bearráigeahčče bálvalusdoaimmaheami beare unnán, eai ge njulgen dohkketmeahtun praksisa. Vaikko ledje rutiinnat, de eai lean álo sajáiduvvon eai ge adnojuvvon. Lei dárbu eanet systemáhtalaš stivrejupmái ja čielgaset jodiheapmái.

Fylkkamánit čadahedje 23 geahču. Dasa lassin árvoštalle 85 poliklinihka iežaset praksisa, gos dahke oaivila dan ektui movt sin praksisa vástidii njuolggadusaid gáibádusaide válljejuvvon čuoggáin. Geahčču gávnnaid lánkarihkkumiid buot dearvvašvuodadoaimmahagain.

Dearvvašvuodadoaimmahagain lea bajimus ovddasvástádus das ahte lágat ja lánkaásahusat leat oahppásat ja ahte čuvvojuvnot. Bistevaš kvalitehtabuorideapmi gáibida lagas ja systemáhtalaš čuovvuleami dearvvašvuodadoaimmahagain.

# **Plenty of Room for Improvement, but the will to improve is there**

## **Summary of Countrywide Supervision in 2013 and 2014 of Specialized Health Services: Mental Health Care for Children and Adolescents**

### **Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 3/2015**

Young people with mental disorders and their parents or guardians are in a vulnerable situation. The quality of the services and progress in the care pathway can have great importance for the result of treatment.

In 2013 and 2014, the Offices of the County Governors examined mental health care provided by the health trusts in out-patient clinics for children and adolescents. They looked at the quality of the services, continuity of care, and progress in the care pathway. All stages of the care pathway were examined, but the main focus was on assessment and diagnosis.

The results of supervision show that the health trusts did not have good enough control of the services. In many of the out-patient clinics, it was up to individual therapists to assess how the work should be carried out, and how the treatment should progress. Many of the managers did not have an adequate overview of the services provided, and did not correct practices that did not meet the required standards. Even if routines were available, they were not always implemented and used. More systematic management and clearer leadership were needed.

The Offices of the County Governors carried out supervision in 23 out-patient clinics. In addition, at 85 out-patient clinics, the staff looked at their own practice, and assessed whether this met the legislative requirements, using a check-list. Breaches of the regulations were detected in all the health trusts.

The health trusts have overall responsibility for ensuring that the legislative requirements are known and met. They need to follow the services up closely and systematically in order to achieve lasting quality improvement.





# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2015

**1/2015** «–Bare en ekstra tallerken på bordet?» Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med oppfølging av barn som bor i fosterhjem

**2/2015** Kvalifisert til kvalifisering? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet i Nav

**3/2015** Mye å forbedre – vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

## Utgivelser 2014

**1/2014** Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre 2009–2012

**2/2014** Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv.

**3/2014** Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser ..... kunne det skjedd hos oss? Eksempler og erfaringer 2010–2013 fra Undersøkelses-enhetens arbeid med varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (§ 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven)

**4/2014** Helsestasjonen – hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013

## Videre lesning

Veilederen fylkesmennene har brukt i gjennomføringen av tilsynet:

Psykisk helsevern for barn og unge. Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2014. Internserien 1/2013. Finnes på [helsetilsynet.no](http://helsetilsynet.no), Publikasjoner / Internserien.

Rapportene for hvert enkelt tilsyn finnes på [helsetilsynet.no](http://helsetilsynet.no), Tilsyn / Tilsynsrapporter, velg under «Landsomfattende» til venstre på søkesiden

## Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester i Nav, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.  
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2015  
**Mye å forbedre – vilje til å gjøre det**

### **Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker**

Unge mennesker med psykiske lidelser og deres foresatte er i en sårbar situasjon. Kvaliteten i tjenestene og fremdriften i arbeidet kan ha vesentlig betydning for behandlingsresultatet.

I 2013 og 2014 undersøkte fylkesmennene om helseforetakene sørger for at pasientforløpet i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er preget av god fremdrift og kontinuitet, og at arbeidet har god kvalitet. Alle faser av pasientforløpet inngikk i tilsynet, men tyngdepunktet har vært på utredning og diagnostisering.

Resultatene fra tilsynet viser at helseforetakene ikke hadde god nok kontroll med tjenestene som ble gitt. I mange av poliklinikkene var det for mye opp til den enkelte behandler å vurdere hvordan arbeidet skulle gjennomføres og med hvilken fremdrift. Mange ledere fulgte for lite med på tjenesteutøvelsen, og foretok ikke nødvendig korrigering av uforsvarlig praksis. Selv om rutiner forelå, var de ikke alltid innarbeidet og brukt. Det var behov for mer systematisk styring og tydeligere ledelse.

Fylkesmennene gjennomførte 23 tilsyn. I tillegg gjorde 85 poliklinikker vurderinger av egen praksis, der de tok stilling til om det var samsvar mellom egen praksis og krav i regelverket på utvalgte sjekkpunkter. Tilsynet avdekket lovbrudd i alle helseforetak.

Helseforetaket har overordnet ansvar for at lover og forskrifter er kjent og blir fulgt. Varig kvalitetsforbedring krever tett og systematisk oppfølging fra helseforetakets side.