

## **Veileder for landsomfattende tilsyn 2003**

# **Helsetjenestene til voksne med psykiske problemer**

**Godkjent av avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig 19. februar 2003**

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet

## Innholdsfortegnelse:

<b>1. Bakgrunn og målsetting</b>	<b>side 3</b>
<b>2. Avgrensning</b>	<b>side 5</b>
<b>3. Gjennomføring</b>	<b>side 6</b>
<b>4. Valgte områder</b>	<b>side 9</b>
<b>4.1 styring og ledelse</b>	<b>side 9</b>
4.1.1 målsetting, ansvar og myndighet	side 10
4.1.2 kompetanse	side 11
4.1.3 områder med stor risiko for svikt	side 11
4.1.4 oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord	side 12
4.1.5 egevaluering av tvangsbruk	side 12
4.1.6 rapportering/ bruk av data i forbedringsarbeid	side 13
4.1.7 konstatering avvik og merknad hele 4.1	side 13
<b>4.2 pasientrettigheter</b>	<b>side 14</b>
4.2.1 rett til vurdering	side 14
4.2.2 rett til prioritering	side 20
4.2.3 rett til øyeblikkelig hjelp	side 21
4.2.4 rett til å klage på tvangsbehandling	side 23
<b>4.3 kontinuitet og samhandling</b>	<b>side 23</b>
4.3.1 oppg.fordelingen innen spesialisthelsetjenesten	side 23
4.3.2 individuelle planer	side 25
4.3.3 veiledning overfor kommunehelsetjenesten	side 27
<b>5. Forberedelser</b>	<b>side 28</b>
<b>6. Rapportering</b>	<b>side 28</b>

## 1. BAKGRUNN OG MÅLSETTING

Psykisk helsevern har vært foreslått som tema for felles tilsyn fra flere fylkesleger de siste årene, og etaten har hatt fokus på psykiatrien på ulike måter. Sosial og helsedepartementet har også gjentatte ganger spilt inn psykiatri, og ulike deler av den, som forslag til tema for tilsyn.

I løpet av høsten 2001 og våren 2002 ble det laget en gjennomgang og vurdering av ulike data om psykiske helseforhold og tjenester til mennesker med psykiske lidelser (rapport fra arbeidsgruppa ledet av Petter Øgar, datert 10. juni 2002). Hensikten var å bidra til en avklaring av hva som finnes av data som etaten kan basere et løpende overordnet faglig tilsyn på. Arbeidet med denne rapporten vil fortsette i 2003, for å kunne systematisere hva de ulike dataene sier om helsetjenesten og helsetilstanden. I 2002 gjennomførte fylkeslegene felles tilsyn med helsetjenestene til barn og unge med psykiske problemer. Hovedfokus er samhandling, og tilsynet retter seg mot både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynet mener det er nødvendig og hensiktsmessig med en fortsatt satsing på psykiatri fra tilsynsetatens side, og at det naturlige i 2003 er å se på voksenpsykiatrien sett i lys av opptrappingsplanen og den ”nye” loven om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern. I tillegg til dette felles tilsynet vil det også i løpet av 2003 bli gjort en sammenstilling og presentasjon av statistiske data om bruken av tvang innen psykiatrien.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 bygger på Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Meldingen konkluderte med at tjenestetilbudet var svært dårlig på de fleste områder og at det var nødvendig med en oppbygging og modernisering av tilbudet. Målet med opptrappingsplanen er å få en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede overfor pasientene. Opptrappingsplanen nærmer seg ”halvgått løp”, og dette aktualiserer spørsmålet om hvorvidt utviklingen innen psykiatrien er i samsvar med opptrappingsplanens intensjoner. Ved dette felles tilsynet i 2003 vektlegges myndighetskravene ut i fra den erkjennelse at oppfyllelse av regelverkskravene er en forutsetning for å gi befolkningen helsetjenester av rett kvalitet. Tilsynet vil sammen med tilsynet innen barne- og ungdomspsykiatri bidra til kjennskap om tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten til mennesker med psykiske lidelser.

I tidlig fase av opptrappingsplanen var det mye fokus på planlegging og oppføring av ny bygningsmasse, og mindre fokus på behandlingmessige forhold. Målet er at psykisk helsevern skal få en aktiv behandlingsprofil og bli mer tilgjengelig bla gjennom desentralisering. En viktig satsing er etableringen av distriktpsykiatriske sentre (DPS) i alle fylker for å lette tilgangen på spesialisthelsetjenester på lokalsykehusnivå. Akuttavdelingene med øyeblikkelig-hjelp funksjoner er også av avgjørende betydning for gode helsetjenester til de som trenger det. En viktig forutsetning for opptrappingsplanens suksess er at ansvars- og oppgavefordelingen mellom akuttavdeling og DPS-ene fungerer. Akuttavdelingene har siden opprettelsen for om lag 20 år siden opplevd et stadig økende press på innleggelser, en utvikling som har fortsatt fram til i dag. For å dekke det økende behovet for akutt plasser, ble flere elektive sykehusplasser omgjort til akutt plasser. Derved ble muligheten for å kunne få behandling etter søknad redusert, hvilket igjen økte presset på akuttavdelingene. Etter hvert som antall akutt plasser igjen ble utilstrekkelig, så ”ryddet” man plass ved å skrive ut pasienter på et stadig tidligere tidspunkt. Resultatet har ofte blitt manglende mulighet til forsvarlig utredning forut for behandling. ”Svingdørsproblematikk” og unødvendig tap av psykososialt funksjonsnivå er blitt resultatet for mange pasienter. Ved enkelte akuttavdelinger har det forekommet suicid i relasjon til restriktiv inntakspraksis og tidlige utskrivinger. Ved andre

enheter har en valgt å unngå slik praksis med den konsekvens at avdelingene får overbelegg og korridorpasienter. DPS-ene må derfor forutsetningsvis endre sitt virksomhetsfokus bort fra lettere psykiske lidelser og mer over til alvorlige sinnslidelser. Dette må skje til tross for økt oppgavemengde innen andre pasientgrupper. Dette forutsetter at kronisk alvorlig sinnslidende, samt mennesker med selvmordsfare må prioriteres foran, eksempelvis, spiseforstyrrelser, ADHD, ikke psykotiske depresjoner, personlighetsforstyrrelser, utbrenthet og tvangslidelser.

På den annen side er det også grunn til å se til hva slags rolle DPS-ene og poliklinikkene tar i forhold til de alvorlig sinnslidende som faktisk får et tilbud på det nivået, og om kontakten går i en akse fra akuttavdeling via DPS til kommunehelsetjeneste. Det er dokumentert at på landsbasis er 1/3 av institusjonspasientene på feil nivå (Sintef Unimed pasienttelling 1999). Det er ofte hevdet at de alvorligst syke pasientene enten er i akuttpsykiatri, og der går liggetiden radikalt ned, eller så befinner de seg i egne hjem med oppfølging av hjemmesykepleier. Data som viser at andelen med diagnosen psykose ved poliklinikkene ikke øker, synes å bekrefte dette forholdet.

Ved mange sykehus og DPS –døgnavdelinger blokkeres sengeplassene av langtidsliggere med den konsekvens at pasienter med dårligere funksjonsevne og større sykdom ikke får det tilbudet de burde ha. Pasienter som skulle hatt et tilbud i kommunen, men som opptar en plass i DPS-en, gjør at akuttavdelingen ikke avlastes som tenkt. Avdelingen må da enten skrive ut pasienter for tidlig eller nekte å ta imot nye pasienter som trenger og har rett til helsehjelp. Slik opphopning kan gi seg utslag på venteliste.

Det er med andre ord et spørsmål om sammenhengen i behandlingsskjeden, og først og fremst innen spesialisthelsetjenesten, er god nok, og om rett pasient er på rett sted og til rett tid. Dette spørsmålet var også langt fremme i den diskusjonen vi hadde med eksterne aktører (se side 3). Vi vil gjennom denne revisjonen søke å belyse denne problematikken gjennom å se på hvordan virksomhetene definerer sine oppgaver og hvordan de styrer for å ivareta dem, og om DPS-ene ivaretar pasientenes rett til vurdering og rett til prioritering.

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Samtidig ble det etablert en ny styringsform i spesialisthelsetjenesten gjennom opprettelse av statlige regionale helseforetak og opprettelse av helseforetak. På den ene siden kan det argumenteres med at denne ordningen må få tid til å sette seg før det forventes full effekt og styring. På den annen side er det viktig at det overfor denne styringsformen på et så tidlig stadium som mulig gis tydelige signaler om hvordan tilsynsmyndighetene forventer at virksomhetene ivaretar sentrale pasientrettigheter når de skal løse sine oppgaver. Helseministeren har på sin side formidlet et klart ønske om at tilsynsmyndighetene følger opp spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av sentrale pasientrettigheter.

Arbeidsgruppa som har utarbeidet denne veilederen for felles tilsynet har vært ledet av fylkeslege Anne-Sofie Syversten, Aust-Agder og ellers bestått av Øystein Ruud, Helsetilsynet i Hedmark, Tjaarke Hopen Alfarnes (til 21/10-02), Sylvi Storaas (fra 4/11-02), Hans Løvdahl, Jan Fredrik Andresen og Heidi Merete Rudi, alle fra Statens helsetilsyn.

Gruppens mandat var åpent : *Område for felles tilsyn ved systemrevisjoner i 2003 er voksenpsykiatrisk helsetjeneste. Det nærmere innhold i tilsynet med voksenpsykiatrien fastsettes etter dialog med fagmiljøene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.*

På denne bakgrunnen hadde arbeidsgruppa den 19. september 2002 møte med representanter for brukerne ( Mental helse, pasientombudet), for kontrollkommisjonene, for

kommunehelsetjenesten og for spesialisthelsetjenesten. I etterkant av dette møtet la arbeidsgruppa frem et notat for ledermøtet der tema og omfang av tilsynet ble nærmere presisert. Områdene ble valgt på bakgrunn av de innspill som kom fra de eksterne aktørene, og vår egen kunnskap om og vurdering av risiko og sårbarhet i tjenesten. Den overordnede hensikt med tilsynet er å bidra til kontinuerlig forbedring av helsetjenesten, og tilsynet skal se til at praksis er i tråd med de myndighetskravene som stilles på de valgte områdene.

Veilederen omtaler de avgrensninger, valg og vurderinger som er foretatt. Deretter gjennomgås og drøftes lovgrunnlaget for tilsynet for å bidra til at myndighetskravene tolkes likt i hele landet.

## **2. AVGRENSNING**

Tilsynet skal innrettes mot sentrale pasientrettigheter knyttet til tilgjengelighet, samhandling og oppfølging i den voksenpsykiatriske helsetjeneste, og hvordan spesialisthelsetjenesten ved systematiske tiltak styrer for å oppfylle disse pasientrettighetene. Flere av temaene ved tilsynet vil derfor være de samme som for felles tilsynet som skal gjennomføres i indremedisinske poliklinikker (med retten til vurdering, retten til nødvendig helsehjelp og retten til fritt sykehusvalg som tema.). Tilsynet skal også se på om virksomhetene sikrer at pasienter som utsettes for tvang får informasjon om sin rett til å klage på tvangvedtak, noe som er en forutsetning for at pasientens klagerett skal kunne innfris. Vi har tidligere omtalt behovet for en ansvars- og oppgavefordeling mellom akuttavdelingene og DPS-ene. I tillegg vet vi at faren for svikt er større der det er behov for samhandling mellom nivåer eller på tvers innen nivåer. Vi har derfor valgt å fokusere på sammenhengen i behandlingsskjeden fra akuttavdeling/-post via DPS/poliklinikk til førstelinjen, med særlig vekt på noen utvalgte områder. Tilsynet skal rette fokus mot eventuelle flaskehalsar som kan avdekke hvorvidt DPS-døgnavdeling har klart omstillingen til korttidsopphold, rehabilitering, dagtilbud mv slik opptrappingsplanen forventer. Grenseflaten til kommunehelsetjenesten skal kun belyses gjennom revisjon i spesialisthelsetjenesten. Det legges ikke opp til revisjoner i kommunene ved dette tilsynet. Dersom det er nødvendig og ønskelig kan det gjøres verifikasjoner i kommunen, men da må disse benyttes i revisjonen på en åpen og etterrettelig måte.

Det som skal vies særlig oppmerksomhet og være revisjonens ”røde tråd”, er tjenestenes innretning overfor følgende pasientgrupper der konsekvensene av svikt kan være spesielt store:

- de alvorlig syke som har lidelser med psykotiske symptomer
- pasienter som har forsøkt å begå selvmord

Fylkeslegene skal ha fokus på følgende områder:

- A Styring og ledelse
- B Pasientrettigheter, herunder tilgjengelighet og tvangsbruk
- C Samhandling og kontinuitet

**Etter tilsynet skal Helsetilsynet kunne svare på følgende hovedspørsmål :**

1. om behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er spesielt tilrettelagt for de sykeste, herunder om samarbeidet er slik at tjenestetilbudet fremstår som en sammenhengende kjede
2. om de alvorlig syke prioriteres foran de med lettere psykiske lidelser

3. om behandlingstilbudet til personer som har forsøkt å begå selvmord sikres ivaretatt på en faglig forsvarlig måte uavhengig av hvilken del av spesialisthelsetjenesten som får befattning med pasienten i den akutte fasen
4. om pasientrettigheter hva gjelder rett til øyeblikkelig hjelp, rett til vurdering, rett til prioritering og klageadgang blir ivaretatt
5. om spesialisthelsetjenesten ivaretar veiledningsplikten overfor kommunene
6. om virksomheten nyttiggjør seg erfaringer og annen informasjon i sitt forbedringsarbeid
7. om pasienten får tilbudet på rett nivå i forhold til Opptappingsplanens intensjoner, særlig om DPS har fått den rollen som var forutsatt i planen.

Under valgte områder i kapittel 4 er disse spørsmålene delt opp i underspørsmål som til sammen skal legge grunnlaget for å besvare hovedspørsmålene. Hovedspørsmålene vil være noe av grunnlaget for tilbakemeldingen til det regionale helseforetaket og for samlerapportene, jf drøftingen av dette i kapittel 3. Det blir derfor viktig at revisjonene genererer nok informasjon og observasjoner til at hovedspørsmålene kan besvares.

### **3. GJENNOMFØRING**

#### *Felles for landsomfattende tilsyn i 2003*

##### *Generelt*

Den nye organiseringen av spesialisthelsetjenesten gir oss store utfordringer med tanke på likhet, harmonisering og konsistens i tilsynsutøvelsen. De stadige endringene gjør at tilsynsmyndigheten også må endre seg og innrette aktiviteten slik at vi til enhver tid kan ivareta vårt tilsynsansvar. I det følgende vil vi redegjøre for de beslutningene som er fattet for at de to landsomfattende (felles) tilsynene i 2003 skal bli innrettet slik at de harmoniserer med organiseringen og strukturen i tjenesten:

##### *Nye organisasjoner og organisasjoner i stadig endring*

Foretaksreformen gjør det enda mer påkrevet enn tidligere å skaffe oversikt over den organisasjonen vi skal inn i. Fordi disse organisasjonene både er nye og i stadig endring og til dels svært ulike de gamle organisasjonene slik vi kjenner dem, så vil det være mer omfattende og krevende å skaffe denne oversikten enn ved tidligere tilsyn med tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Plasseringen av ansvar vil variere, og hvem som skal intervjues vil ikke kunne besluttes før Helsetilsynet i fylket har fått klarhet i styringslinjene. I noen helseforetak finner vi igjen mye av den gamle sykehusstrukturen med en ansvarlig direktør på hvert sted (og med stor grad av autonomi), mens andre helseforetak har organisert fagområdene og styringen på tvers av fylkesgrenser/gamle sykehus. Kunnskapen om dette må være helt oppdatert når tilsynet skal finne sted for at vi i tilsynet skal kunne innhente informasjon der den skal finnes og kunne konkludere riktig i forhold til hvor ansvar og myndighet er plassert. Et formøte kan vise seg nødvendig og hensiktsmessig.

##### *Om adressat for tilsynet og hvem som har plikter etter lovgivningen*

Helsedirektøren har besluttet at det er *helseforetakene* som skal være adressatene for tilsynet. Det innebærer at varsel om tilsyn, rapport etter tilsyn og evt anmodning om lukking av avvik skal rettes til foretaket.

I tilsynene skal vi se på tjenestetilbudet til voksne med psykiske problemer og til pasienter med behov for somatiske polikliniske tjenester. For å kunne vurdere disse tilbudene skal vi se på tjenestene i en akuttavdelig/-post i psykiatrien, et DPS og tre somatiske poliklinikker.

Revisjonene i hver av disse skal betraktes som selvstendige revisjoner med åpnings-, sluttmøte og rapport selv om de kan sortere under samme HF.

Helseforetakene er i liten grad pekt ut som pliktsubjekter i helselovgivningen. Med få unntak er pliktene lagt på enten de regionale helseforetakene eller direkte på sykehusene.

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å sørge for helsetjenester til befolkningen i regionen. I dette tilsynet er "sørge for" plikten særlig aktuell i forbindelse med bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 2. Helseforetakene er de regionale helseforetakenes instrument for å ivareta disse pliktene gjennom tildeling av oppgaver og ansvar for geografiske opptaksområder. Dette tilsynet vil gjennom granskning av noen utvalgte virksomheter vise hvordan helseforetakene løser sine oppdrag.

Sykehus som eget pliktsubjekt fremstår etterhvert problematisk flere steder, -selv om dette er pliktsubjektet for mange av bestemmelsene i lov spesialisthelsetjeneste. I noen fylker er imidlertid lite endret så langt.

Helsedepartementet har gitt en definisjon av sykehus i høringsnotatet om endringer i lov om pasientrettigheter: "Et sykehus er den fysiske og organisatoriske enheten som er godkjent som sykehus." I samme notat slår Helsedepartementet fast at helseforetak ikke er "identisk" med sykehus.

I styringsdokumentet for 2003 til de regionale helseforetakene anfører Helsedepartementets eieravdeling under pkt. 3.2.1 Lovpålagte rammebetingelser: "Helsetilsynet og fylkeslegene har i 2001 og 2002 identifisert områder der det ikke var god nok oppfølging og dokumentasjon av at norske lovkrav oppfylles. Dette er ikke akseptabelt. Helselovgivningen inneholder en rekke pliktbestemmelser, der pliktsubjektet ikke er entydig i forhold til dagens organisering i helseforetak. RHF må derfor utarbeide en oversikt som konkretiserer hvem som innen de ulike områdene er pliktsubjekt." Som eksempel er pekt på plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, som er lagt på "sykehus".

Valg av helseforetakene som adressat for tilsynet er gjort ut fra at disse, uavhengig av hvilken styringsmodell som er valgt i sykehusene, vil ha det overordnede ansvaret for virksomhetene. Helsetilsynet har lagt avgjørende vekt på å legge ansvaret for oppfølgingen av tilsynet til det nivå som har myndighet og ressurser til å rette opp eventuelle mangler. At helseforetakene skal være adressat for tilsynet betyr imidlertid ikke at de er pliktsubjekt. Ved utforming av rapportene kan ikke avvik knyttes til helseforetaket i de tilfellene lovbestemmelsene f.eks legger plikten til helseinstitusjonen. Det bør da velges formuleringer som f.eks: Pasientene ved XX (den virksomhet det er ført tilsyn i) er ikke sikret informasjon om fritt sykehusvalg (spesialisthelsetjenesteloven § 3-11).

Vi vil så overlate til helseforetakene å organisere arbeidet med oppfølgingen av den enkelte tilsynsrapport.

*Tilsyn med helseforetak som omfatter virksomheter i flere fylker*

Ved tilsyn med fylkesovergripende helseforetak skal det settes sammen revisjonsteam på tvers av kontorene.

### *Samarbeid i regionen*

Den nye strukturen i spesialisthelsetjenesten generelt, og særlig med henblikk på at det skal foretas en oppsummering av tilsynet overfor de regionale helseforetakene, tydeliggjør et øket behov for likhet i myndighetsutøvelsen. Det gjelder både gjennomføring av tilsynet for å sikre at forholdene bli tilstrekkelig undersøkt og bedømmelsen i forhold til myndighetskravene. I praksis tilsier det at kontorene regionalt må samarbeide både før, under og etter tilsynet.

Det er viktig at samarbeidet oppfattes som gjensidig forpliktende og at det legges til rette for kontinuitet i forhold til hvem som deltar fra hvert kontor. Det ideelle er å etablere felles revisjonsteam. Andre alternativer er forskjellige former for deltakelse i hverandres revisjonsteam. Region Sør og Region Øst har på grunn av størrelsen særlige utfordringer.

I forbindelse med tidligere forsøk med deltakelse på tvers av fylkesgrensene, har det vært reist spørsmål om personell fra andre kontorer bør være revisorer eller observatører. Helsetilsynet forutsetter at oppgavene knyttet til dette samarbeidet legges til personell med tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å kunne bidra konstruktivt inn i samarbeidet. Helsetilsynet antar at bestrebelsene med å få til et gjensidig forpliktende og fruktbart samarbeid vil tjene på at deltakerne er revisorer som arbeider fram løsninger i fellesskap under ledelse av en revisjonsleder.

Ansvar for å koordinere dette samarbeidet legges til kontaktfylkeslegen.

### *Oppfølgingen av tilsynet overfor regionalt helseforetak*

Når alle revisjonene i årets to landsomfattende tilsyn er gjennomført (dvs min 5 revisjoner pr fylke) skal alle revisjonsrapportene i regionen sammenfattes til en regional samlerapport. Som en del av oppfølgingen etter revisjonene skal det samlede inntrykk og vurdering av det regionale foretakets (RHF-ets) ivaretagelse av sin sørge-for-plikt på denne måten fremstilles og fremlegges for RHF-en i et møte. Samtidig som tilsynet varsles, må kontaktfylkeslegene sende brev til RHF-ene og forhåndsvarsle et oppfølgingsmøte med RHF-et i løpet av november. Dette oppfølgingsmøtet med RHF-et skal være i regi av tilsynsmyndigheten, og bør ideelt sett være et eget møte. Dersom andre hensyn tilsier at dette møtet bør være en del av et annet, må det være en klart avgrenset del som defineres til dette formålet. Selv om anmodningen om lukking av påviste avvik skal rettes mot helseforetaket, er det viktig at tilsynsmyndigheten fremlegger sin helhetlige vurdering av situasjonen overfor det regionale helseforetaket. Helsetilsynet vil komme tilbake til rammene for samlerapportene og møtene med de regionale helseforetakene senere. Det vil imidlertid være påkrevet med en samordning i tid for at revisjonene og enkeltrapportene skal være ferdigstilt slik at samlerapport og møte med RHF kan avholdes innen utgangen av november.

### *Særlig om tilsynet med helsetjenester til voksne med psykiske problemer*

For å belyse tjenestetilbudet til voksne med psykiske problemer best mulig, skal det i hvert fylke gjennomføres systemrevisjoner i en akuttavdeling/-post og ett samarbeidende DPS (distriktpsikiatrisk senter). DPS-en omfatter poliklinikk og døgnavdeling utenfor sykehus. Ut ifra erkjennelsen av at geografisk avstand gir større utfordringer med hensyn til samarbeid, kan det være hensiktsmessig å velge DPS og akuttavdeling/-post som ikke er samlokalisert.

De valgte områdene for dette tilsynet har et betydelig omfang, slik at revisjonene ikke vil kunne gjennomføres som en-dags revisjoner. Helsetilsynet forventer også mer omfattende



bruk av verifikasjoner enn det de fleste vanligvis gjennomfører ved revisjoner. Det vil bli ettersendt et forslag til aktuelle verifikasjoner.

## **4. VALGTE OMRÅDER**

### *Generelt*

Ny internkontrollforskrift ble vedtatt 20. desember 2002, og trådte i kraft fra nyttår. De krav som klargjøres i forskriften er i det alt vesentlige i tråd med de krav til internkontroll som tilsynsmyndigheten også tidligere har stilt til virksomhetene. Ved dette tilsynet skal vi derfor forvente at virksomhetene har etablert systematiske styringstiltak for å sikre overholdelse av de sentrale lovkravene denne revisjonen tar for seg. Det bør imidlertid aksepteres at ikke virksomhetens dokumentasjon mv er oppdatert med henvisning til den nye internkontrollforskriften. Her kan anledningen til å gi en merknad benyttes.

Styring og ledelse (internkontroll) er satt opp som eget område ved dette tilsynet. Styring og ledelse omfatter imidlertid også de øvrige valgte områder (pasientrettigheter og samhandling) i tilsynet.

Av hensyn til lesbarheten i veilederen er det gjennomgående benyttet begrepet *sikrer* i formuleringen av spørsmålene under de valgte områdene. Med det menes om de respektive nivå utøver tilstrekkelig systematisk styring i henhold til internkontrollforskriften for å påse at myndighetskravene overholdes.

### **4.1 STYRING OG LEDELSE**

I utgangspunktet har systemrevisjonene den hensikt å avklare om virksomhetene har troverdige, implementerte og effektive styringssystemer som skal bidra til å sikre etterlevelse av regelverket. Under dette punktet i denne veilederen har vi valgt å fokusere på noen av kravene om styring og ledelse i forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten. Lov – og forskriftsgrunnlaget finnes som kjent i tilsynslovens § 3 og internkontrollforskriften. Det vises også til bestemmelsen i helsepersonellovens § 16, som også omhandler krav til organisering for å sikre at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Internkontrollen er et lovpålagt styringssystem. Kravene til skriftlig dokumentasjon beskrives i internkontrollforskriften §5, jfr. § 4.

Ved dette tilsynet vil det ikke være aktuelt å gå gjennom alle de systematiske tiltakene til enheten. Vi behøver derfor ikke å be om å få tilsendt alle skriftlige tiltak fra virksomhetene. Det foreslås derfor at man etterspør en oversikt over innholdet, samt alle tiltak relatert til internkontrollforskriften § 4 bokstavene a, c, e, f, g og h. Virksomheten bør oppfordres til å oversende øvrig dokumentasjon de finner relevant i forhold til revisjonens tema.

I denne sammenhengen skal det tas utgangspunkt i noen av bokstavene i § 4 som omtaler innholdet i internkontrollen:

*Internkontrollen innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:*

- a) *beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart gå frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt*

- c) *sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll*
- e) *gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten*
- f) *skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav*
- g) *utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen*
- h) *foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.*

Av § 5 i internkontrollforskriften går det frem at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

I de følgende avsnitt vil vi drøfte myndighetskravene og hva som skal til for å innfri dem:

#### **4.1.1 Målsetting, ansvar og myndighet**

**Tilsynet skal avklare**

- **om virksomheten sikrer at de ivaretar de rette pasientene**
- **om det er klarhet rundt ansvar, herunder medisinskfaglig ansvar, og rapporteringslinjer**

Institusjonene skal gjennom sine styringssystemer ha *definert kjerneoppgavene* slik de fremgår ut i fra myndighetskrav, prioriteringer og faglige vurderinger. Med dette menes at virksomheten skal planlegge, organisere og styre sin virksomhet med fokus på de alvorligst syke (lidelser med psykotiske symptomer, de som har forsøkt å begå selvmord, de som trenger øyeblikkelig hjelp og de som har behov for rask hjelp ("halv-øyeblikkelig hjelp" jf. pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften).

*Ansvar og myndighet* må være kjent i organisasjonen, herunder rapporteringslinjer. Særlig viktig er det at de ansatte til en hver tid er kjent med hvem som har det *medisinsk faglige ansvaret*. Blant innlagte pasienter med psykiske lidelser er det 50% overhyppighet av somatiske lidelser. For å ivareta kravet om faglig forsvarlighet er det et krav om at dersom lege ikke er på vakt (døgnavdeling DPS) skal retningslinjene for kontakt med lege være skriftlige, både med hensyn på hvem en kontakter (legevakt, spesialist) for hva og hvordan.

Veiledningsplikten (jfr avsnitt om kontinuitet og samhandling) bør også være forankret i styringssystemene. Det forventes at de definerte kjerneoppgavene gjenspeiles på både akuttavdeling/-post og DPS-nivå.

### **4.1.2 Kompetanse**

#### **Tilsynet skal avklare**

**- om det er sikret riktig kompetanse og nødvendig faglig oppdatering i henhold til oppgavene**

På bakgrunn av de prioriterte oppgaver skal virksomheten ha gjort vurderinger med hensyn på hvilken kompetanse som trenges for å utføre disse, og ut fra behov iverksatt systematiske tiltak for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter som for eksempel internopplæring, plan for kompetansesikring, rekruttering eller lignende. Det er en forutsetning at enheten sikrer kontinuerlig faglig oppdatering, f.eks gjennom at bestemte personer har ansvaret for å holde seg oppdatert på ny kunnskap på feltet.

Se Helsetilsynets utredning IK-2740 om kompetansebehovet i psykisk helsevern, IK-2738 om organisering og arbeidsområder ved DPS og IK-2739 om drift av psykiatriske poliklinikker for nærmere omtale.

### **4.1.3 Sikring av forsvarlige tjenester på områder med stor risiko for svikt**

#### **Tilsynet skal avklare**

**-om behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er spesielt tilrettelagt for de sykeste**

For å sikre tjenestene til disse pasientene forventer vi å finne at de har omforente og enhetlige rutiner for diagnostikk og behandling. Praksis for hvordan pasientene planmessig skal utredes, og hvilke supplerende undersøkelser ( billeddiagnostikk, lab.us) som skal foretas, skal gjenfinnes i tilstrekkelig grad i prosedyrer og evt sjekklister (kvalitetshåndbøker el.l). På samme måte forventes det omforent praksis når det gjelder behandling, type medikament etc. For mer omfattende drøfting og informasjon se IK-2726 om utredning og behandling ved schizofreni .

Tjenester overfor de som har forsøkt å begå selvmord er omtalt under 4.1.4. Øyeblikkelig hjelp drøftes under 4.2.3.

Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal være tilgjengelig når pasienten trenger det som mest. Noen tilstander har betydelig grad av hast, ("halv-øyeblikkelige") der pasienten har behov for rask hjelp, men ikke omfattes av retten til øyeblikkelig hjelp. Akutte livskriser er eksempler på tilstander som ikke nødvendigvis innebærer behov for øyeblikkelig behandling, men som har behov for rask behandling. Disse skal vurderes og prioriteres i henhold til lovkravene drøftet i 4.2.1 og 4.2.2. Faglig forsvarlighet tilsier imidlertid kanskje at de må vurderes/prioriteres raskere enn innen 15/30 dager i henhold til retten til vurdering. Dersom eneste løsning er å legge disse inn i akuttavdelingen må det anses som ressursødende å belegge hardt belastede sykesenger med slik problematikk, og for den enkelte pasient vil det kunne være kontraindisert å bli lagt inn. Samtidig vil det kunne være uforsvarlig å først få time på poliklinikken om 3 uker eller oppfordres til å kontakte fastlegen for henvisning. I tilsynet skal det avklares hvordan virksomheten tilrettelegger slik at de kan ivareta disse pasientene på en forsvarlig måte ( er det f.eks tilgjengelige "hastetimer" på poliklinikken dagen etter el.l) jfr internkontrollforskriften § 4, bokstavene a,f og g.

#### **4.1.4 Virksomhetens oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord**

**Tilsynet skal avklare**

**-om behandlingstilbudet til personer som har forsøkt å begå selvmord sikres ivaretatt på en faglig forsvarlig måte uavhengig av hvilken del av spesialisthelsetjenesten som får befatning med pasienten i den akutte fasen**

På to områder mener arbeidsgruppen det vil være særskilt viktig med god oversikt og systematisk oppfølging for å sikre faglig forsvarlighet. For det første gjelder det den gruppen som har *gjort selvmordsforsøk*. Tilsynet skal avdekke om HF-et har utviklet og iverksatt rutiner for oppfølging av disse, fra pasientens innkomst og til man så langt som mulig har sikret seg at vedkommende vil kunne fungere uavhengig av helsetjenestens bistand.

I Helsetilsynets utredning om oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord IK-2743 slås det fast at *Pasienter som er selvmordsnære bør undersøkes så snart som mulig. Det er i dag bred enighet om at alle som har gjort selvmordsforsøk har krav på psykiatrisk undersøkelse og behandling. Undersøkelsen utføres av psykiater, psykolog eller av annet personale med særskilt erfaring eller tilleggskompetanse. I sistnevnte tilfelle er det nødvendig at personalet har tilgang på veiledning fra psykiater.* (avsnitt 3.1.2 side15). Likeså angis det at *Det er i regelen nødvendig å holde pasienten i minimum 24 timer i sykehuset, selv ved lettere tilfeller av forgiftning og ved mindre skader som ikke fordrer avanserte behandlingstiltak. I løpet av denne tiden skal somatisk og psykiatrisk diagnostikk gjennomføres, videre behandling planlegges og kontakt etableres med oppfølgende ledd utenfor sykehuset. Dersom pasienten innlegges i helg eller under høytid og vanlige prosedyrer forventes å ta lengre tid, bør observasjonstiden forlenges slik at pasienten ikke forlater sykehuset før psykiatrisk vurdering er foretatt.* (avsnitt 3.1.4. side 17).

HF-et må sikre at det finnes rutiner for samarbeid mellom den eller de avdelinger som normalt mottar selvmordskandidater, først og fremst mottakelse / medisinsk avdeling, men også psykiatriske enheter, kirurgisk avdeling og primærhelsetjeneste. Forut for tilsynet bør det innhentes informasjon om hvor disse pasientene vanligvis legges inn og hvem som har ansvar for å gi psykiatrisk helsehjelp til dem som har forsøkt å begå selvmord. Denne informasjonen bør vektlegges når det besluttes hvilke enheter det skal gjøres revisjoner i.

#### **4.1.5 Virksomhetens egnevaluering av tvangsbruk**

**Tilsynet skal avklare**

**-om enheten evaluerer egen virksomhet til bruk i forbedringsarbeid**

Det andre området der god oversikt og systematisk oppfølging er nødvendig for å sikre faglig forsvarlighet, er knyttet til psykotiske pasienter og bruk av tvang i behandlingen. Tilsynet skal være komplementært med kontrollkommisjonenes aktiviteter, dvs at tilsynet ikke skal innrettes mot de områder hvor kontrollkommisjonen utøver kontroll. Dette tilsynet skal gi oversikt over om virksomhetene tar i bruk tilbagemeldinger fra kontrollkommisjonen, aggregerte data om tvangsbruk på institusjonsnivå, samt klager over tvangsbehandling i sitt forbedringsarbeid. På et så sentralt område med hensyn til pasientsikkerhet, autonomi og integritet må virksomhetene forutsettes å evaluere sin bruk av tvang.

Som forberedelse og til bruk i revisjonene bør kontrollkommisjonens rapporter for siste år innhentes.

#### ***4.1.6 Rapportering og bruk av aggregerte data, erfaringer og annen informasjon i eget forbedringsarbeid***

##### **Tilsynet skal avklare**

##### **-om virksomheten nyttiggjør seg erfaringer og annen informasjon i sitt forbedringsarbeid**

Det er viktig å undersøke om virksomheten innhenter og bruker tilgjengelig informasjon i sitt forbedringsarbeid. Dette kan virksomhetene blant annet gjøre ved å benytte

- Aggregerte data
- Tilbakemeldinger på enkeltsaker, avvik, klagesaker, evt summert opp.

Bruk av aggregerte data bør inngå i virksomhetens evaluering av egen virksomhet. Slike data kan være egenproduserte, eller mottatt fra annet hold (kontrollkomisjon, Statistisk sentralbyrå, Sintef Unimed mv.) For eksempel har Helsedepartementet lagt opp til at alle institusjoner skal sende inn standardiserte data til Norsk pasientregister, et statlig register som håndteres av Sintef Unimed. Denne rapporteringsordningen er imidlertid verken hjemlet i lov eller pålagt foretakene av departementet som eier. I 2001 unnlot cirka 1/3 av institusjonene innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste å levere inn slike data. I tillegg var data fra en rekke institusjoner av dårlig kvalitet. Hensikten med å samle inn slike data er å skape informasjonsgrunnlag for evaluering av virksomheten, både lokalt og sentralt. Informasjonen er ment å danne et viktig utgangspunkt for virksomhetens eget forbedringsarbeid.

Foretak har også vært uvitende om de obligatoriske datasett til Norsk pasientregister og enkelte har iverksatt ressurskrevende parallellinnsamling av tilsvarende opplysninger. Registrering og innsending av data sentralt eller til RHF/foretak er i seg selv ikke tilstrekkelig til å sikre kvaliteten på behandlingsaktiviteten lokalt. Internkontroll forutsetter at virksomheten systematisk evaluerer og forbedrer ut fra erfaring, tilbakemeldinger og brukertilfredshet, jf. § 4 e som krever at virksomhetene bruker erfaringer bl.a. fra pasienter og pårørende.

#### ***4.1.7 Konstatning av avvik og merknader vedrørende hele 4.1***

Det vil være vanskelig og u hensiktsmessig å kategorisere evt svikt til en bestemt enkeltregel (bokstav) i internkontrollforskriften § 4. Observasjonene som underbygger konstatning av avvik må derfor utformes så konkret som mulig for å bidra til virksomhetens kvalitetsarbeid.

Dersom enheten ikke har definert kjerneoppgavene, (mål for virksomheten) og sikret at ansvar, myndighet og rapporteringslinjer er avklart og kjent i enheten vil det foreligge et avvik fra internkontrollforskriften § 4 bokstav a.

Dersom det ikke er sikret nødvendig kompetanse for å ivareta de definerte oppgavene foreligger et avvik fra internkontrollforskriften § 4 bokstav c. (Det må også vurderes opp mot kravet til forsvarlighet.)

Dersom virksomheten ikke systematisk sikrer forsvarlige tjenester (diagnostikk og behandling) til de alvorligst syke der svikt kan få store konsekvenser foreligger avvik fra internkontrollforskriften § 4 f og g.

Dersom helseforetaket ikke har sikret forsvarlig ivaretagelse av pasienter som har forsøkt å begå selvmord (uavhengig av hvor de blir lagt inn i utgangspunktet), foreligger et avvik fra internkontrollforskriften § 4 bokstav f og g

Dersom det ikke kan godtgjøres at enheten systematisk evaluerer bruken av tvang ut fra kontrollkomisjonens rapporter og klager over tvangsbehandling, vil dette være et avvik fra internkontrollforskriften § 4 bokstav g.

Manglende bruk av aggregerte data og tilbakemeldinger fra enkeltsaker, avvik etc i forbedringsarbeidet medfører avvik fra internkontrollforskriften § 4 g

I de tilfeller hvor virksomhetene/foretakene ikke følger opp rapporteringsordningen til Norsk pasientregister, kan det gis en merknad knyttet til § 4 bokstav g

Dersom virksomhetens dokumentasjon mv ikke er oppdatert med henvisning til den nye internkontrollforskriften kan det gis en merknad.

Svikt knyttet til flere bokstaver summeres opp til et avvik fra internkontrollforskriften § 4. Avviket skal underbygges med observasjonene, og disse bør relateres til en eller flere aktuelle bokstaver i forskriften § 4.

## **4.2 PASIENTRETTIGHETER**

Vi har valgt ut noen sentrale myndighetskrav knyttet til pasientrettigheter som må være av vesentlige betydning for virksomhetene når de skal løse sine oppgaver. Myndighetskravene fremgår av pasientrettighetslovens § 2-1 og Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, samt pasientrettighetslovens § 2-2 om rett til vurdering og § 2-5 om rett til individuell plan. Rett til øyeblikkelig hjelp er også en sentral rettighet for pasienter som har behov for rask hjelp innen psykiatrien. Det vises også til § 2-2 i spesialisthelsetjenesteloven om plikt til forsvarlighet.

Rett prioritering på bakgrunn av en grundig vurdering er grunnleggende elementer i rettsikkerheten for psykiatriske pasienter. Eierne av helsetjenesten så vel som befolkningen har krav på å vite om – og at – prioriteringskravene i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften innfris. Den prioritering som fremgår av Lønningutvalgets prioriteringsgrupper skal følges, slik at de sykeste prioriteres foran de med lettere lidelser. Gjennomgang av data fra poliklinikkene tyder som tidligere nevnt ikke på at dette skjer.

Den lokale kunnskapen om ansvars- og oppgavefordelingen innen helseforetaket må benyttes for å avgjøre hvilke av temaene under dette punktet som er relevant hvor. Spørsmålene om retten til vurdering vil for eksempel ikke være relevant dersom den reviderte enheten utelukkende yter øyeblikkelig hjelp.

### ***4.2.1 Rett til vurdering***

**Tilsynet skal avklare**

**-om retten til vurdering sikres ivare tatt gjennom å se på om**

**- vurderingens innhold sikres ivare tatt i tråd med lovkravet**

- **fristen på 30 dager sikres overholdt**
- **rutinene sikrer raskere vurdering der hensynet til faglig forsvarlighet tilsier det**
- **tilbakemelding til henvisende instans og pasient sikres ivaretatt i henhold til kravene**

I henhold til denne bestemmelse har pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal herunder vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og det skal gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Det endelige ansvar for at det foreligger tilstrekkelige opplysninger for å kunne foreta en forsvarlig vurdering, påhviler spesialisthelsetjenesten – og den må derfor legge forholdene til rette for at en forsvarlig vurdering kan effektueres innen fristen. Utgangspunktet for vurderingen er henvisningen, men om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes, eller pasienten kan innkalles til undersøkelse.

### ***Drøfting av myndighetskrav***

Lovbestemmelsens forarbeider og etterarbeider kan underbygge ulike fortolkninger av bestemmelsen om retten til vurdering, og under forberedelsene til dette tilsynet framkom det et behov for nærmere avklaringer om *innholdet* i retten til vurdering. Sosial- og helsedirektoratet har i samråd med departementet avgitt en fortolkning i brev av 15. februar 2003. Den skal legges til grunn i dette tilsynet. Brevet er sendt til fylkesmennene i kopi, nedenfor gjengis direktoratets fortolkning i sin helhet:

"...

### **Vurderingsprosess**

I praksis vil spesialisthelsetjenestens vurdering av helsetilstanden, basert på kravet til faglig forsvarlighet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-2, foregå slik:

- 1 Spesialisthelsetjenesten avgjør hvilken spesialist som skal vurdere henvisningen
- 2 Vedkommende spesialist vurderer henvisningen og tar standpunkt til om saken er tilstrekkelig opplyst til å vurdere hvilken helsetilstand det gjelder
- 3 Hvis saken *ikke* er tilstrekkelig opplyst, må spesialisten se til at
  - a) det innhentes supplerende opplysninger fra henvisende lege og/eller
  - b) pasienten innkalles til undersøkelse.
- 4 Det skal nå være mulig å vurdere
  - a) om tilstanden gir grunnlag for at det skal innvilges nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasl. § 2-1
  - b) hvordan man går videre for å utrede og/eller behandle tilstanden
- 5 Spesialisthelsetjenesten skal gi tilbakemelding om hvilken utredning/behandling pasienten kan forvente å få og når utredning/behandling forventes å bli gitt. Er det ikke grunnlag for å yte helsehjelp, gis det tilbakemelding om dette.

Denne prosessen skal være gjennomført innen 30 virkedager, alternativt innen 15 dager (eller raskere) dersom vurderingen tilsier at det foreligger en livstruende eller alvorlig helsetilstand som krever raskere håndtering ut fra forsvarlighetskravet, jf. prl. § 2-2.

### **Pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert**

Innledningsvis peker vi på at pasl. § 2-2 fastslår at alle pasienter som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Bestemmelsen har ikke innarbeidet ressurs- eller kapasitetsvurderinger i forhold til pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager.

Den sentrale problemstilling blir hva som skal til for at pasientens ”rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager” anses innfridd, jf. pasl. § 2-2. I departementets brev av 21. januar 2003 opplyses det at pasienten ikke kan ha krav på at det blir stilt endelig diagnose innen 30 dager i de tilfeller medisinske forhold gjør dette umulig. Vi viser til Inst. O. nr. 91 (1998-99) fra Sosialkomiteen om pasientrettighetsloven § 2-2 side 23 som lyder: ”Komiteen forutsetter at det innen fristens utløp skal foreligge en reell og faglig vurdering av pasientens tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling fra spesialistens side for at lovens ordlyd skal være oppfylt.” Det er pasientens *helsetilstand* som skal vurderes innen fristens utløp med hensyn på videre *undersøkelse* og *behandling*. Det fremgår videre av innstillingen at retten til vurdering vil være et viktig redskap for at pasienter med de alvorligste sykdommene sikres behandling først.

#### *Bruk av begrepet diagnose kontra undersøkelse/behandling*

Vår vurdering er at det blir viktig å skille mellom begrepene diagnose og helsetilstand når vi skal vurdere hva som skal til for at pasientens rett til vurdering anses innfridd etter pasl. § 2-2. Endelig diagnose er et sluttprodukt som, om mulig, foreligger idet pasienten er ferdig utredet. I visse tilfeller er ikke diagnosen klar før et behandlingsforsøk er slutført, nemlig ut fra bedømmelse av mulig behandlingsrespons. Et eksempel på dette kan være *temporal arteritt* (betennelse i åreveggen) der man ikke nødvendigvis finner objektive tegn til sykdom ved spesialundersøkelse (biopsi), men får god effekt av prednisonbehandling som går over måneder. I andre tilfeller står man overfor alternative diagnoser, altså flere mulige differensialdiagnoser. Det kan kreves langvarig utredning med spesialundersøkelser som følger en logisk rekkefølge over lang tid, ofte med innsats fra mange spesialavdelinger. I enkelte tilfeller finner man ingen sikker forklaring på helseplagene, og da åpner den internasjonale diagnoseklassifikasjonen for å sette en symptomdiagnose, enten midlertidig eller som endelig konklusjon. Eksempler på dette kan være *forhøyet senkning*, *hodepine* og *leddsmertes*.

Ut fra ovenstående kan retten til å få sin helsetilstand vurdert ikke innebære en *rett til en diagnose* innen en frist på 30 virkedager. Pasienten vil imidlertid ha rett til en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling.

### **Forholdet til prioritering**

Pasl. § 2-2 innebærer at det stilles et minimumskrav til at alle pasienter som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, får sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, uavhengig av prioriteringsgruppe eller andre hensyn.

Bestemmelsen om raskere vurdering enn fristen på 30 dager ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom betyr i praksis at spesialisthelsetjenesten har vurdert henvisningen for å avgjøre om det foreligger slik mistanke. Det forutsetter at spesialisthelsetjenesten har et system som ivaretar at henvisningene vurderes uten unødig forsinkelse slik at pasientens rett



til raskere undersøkelse/behandling blir innfridd. En viktig del av vurderingstemaet blir derfor alvorlighetsgrad. Det vises også i denne sammenheng til helsetjenestens plikt til å yte faglig forsvarlig helsetjeneste jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dette medfører også at sykehuset/poliklinikken må forsikre seg om at henvisningen er av en slik kvalitet at retten til vurdering kan innfris. En mangelfull henvisning fratrar ikke pasienten retten til å få vurdert sin helsetilstand innen 30 dager, eller raskere dersom forsvarlighetskrav tilsier det.

Ut fra alvorlighetsgrad som prioriteringskriterium, vil pasientens rett til vurdering av sin helsetilstand innen 30 dager i forhold til pasl § 2-2 innebære:

- 1 Når henvisningen gir *begrunnet mistanke* om alvorlig eller livstruende sykdom skal det gis prioritet for raskere vurdering enn 30 virkedager med hensyn på videre undersøkelse/behandling av pasienten. Dette kan innebære at undersøkelse/behandling av pasienten igangsettes før 30 dagers fristen for vurdering utløper, f.eks. 15 dager eller raskere i tråd med forsvarlighetskravet.
- 2 Når henvisningen inneholder opplysninger om vage og uspesifikke symptomer, og man *ikke med rimelig sikkerhet kan utelukke* at det foreligger alvorlig eller livstruende sykdom, må det iverksettes tilstrekkelige undersøkelser/behandling av pasienten slik at det kan gis en realistisk vurdering av pasientens helsetilstand før 30 dagers fristen utløper.
3. Når henvisningen inneholder opplysninger om at det *åpenbart* foreligger *mindre alvorlige* sykdommer, innebærer retten til å få sin tilstand vurdert innen 30 dager at det skal opplyses om det er nødvendig med *helsehjelp*, og når helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eventuelt kan forventes gitt.

Alle pasienters rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, innebærer således ikke en rett til at det bli stilt endelig diagnose når medisinske forhold gjør dette uforsvarlig eller umulig.

Innenfor for eksempel spesialitetene indremedisin, nevrologi og psykiatri kan det være behov for lengre tid enn 30 dager før man kommer frem til en endelig diagnose, uten at dette medfører prognosetap. Det gjelder først og fremst tilstander der det ikke er tilgjengelig behandling, f.eks. visse degenerative tilstander, der det naturlige sykdomsforløpet har betydning for endelig diagnose. Et eksempel er demens av Alzheimers type der diagnosen pr. definisjon ikke kan endelig fastslås før etter seks måneder etter symptomdebut. Helsetjenesten skal vurdere hvor ressurskrevende utredning og behandling vil være, i forhold til forventet nytte av behandlingen. At utredning/behandlingen eventuelt er særskilt ressurskrevende, fratrar ikke pasienten rett til å få vurdert sin helsetilstand innen fristen på 30 dager.

### **Konklusjon**

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-2 har ikke innarbeidet ressurs- eller kapasitetsvurderinger i forhold til pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. Direktoratet slutter seg til Helsetilsynets distinksjon mellom helsetilstand og diagnose. Retten til å få sin helsetilstand vurdert innebærer ikke nødvendigvis en *rett til diagnose* innen en frist på 30 virkedager.

Bestemmelsen må praktiseres ut fra kravet om en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand. Med utvikling i retning av mer sammensatte helseproblem, bl a. som følge av redusert sykdomsspesifikk dødelighet, vil det nettopp være spesialisthelsetjenestens ansvar å foreta en grundig vurdering av hvordan de ulike helseproblemene virker inn på hverandre, og hvilken innvirkning helsetilstanden har på livssituasjonen til den enkelte. Hvordan vurderinger av pasientens helsetilstand skal følges opp i forhold til det forventede "sluttprodukt" vil avhenge av behandlingens prioritet, både i forhold til alvorlighetsgrad, fare for prognosetap og forventet nytte av vurderingen, sett i forhold til ressursforbruket, det vises til prl. § 2-1. "Sluttproduktet" kan være en ferdig utredning, endelig diagnose og igangsatt eller ferdig behandling...."- sitat slutt

#### *Helsetilsynets kommentarer*

Helsetilsynet oppfatter at direktoratets fortolkning er i samsvar med de vurderinger arbeidsgruppa la fram for revisjonsledersamlingen 13. desember og som senere ble formidlet til departementet i brev av 9. januar. Helsetilsynet vil understreke at det i vår henvendelse til departementet ikke foretok en fullstendig gjennomgang av bestemmelsen, men tok opp spørsmålet om *innholdet* i vurderingen. Til bruk i tilsynet er følgelig også andre forhold kommentert nedenfor.

30 virkedager regnes som påfølgende dager unntatt helgedager, helligdager og andre offentlige fridager.

Retten til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 gjelder *alle* pasienter som er henvist til offentlig sykehus eller DPS, uavhengig av om vedkommende vil ha rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Helsetilstanden skal være tilstrekkelig avklart til å avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Ved revisjonene skal det undersøkes om vurderingene og tilbakemeldingen til henvisende instans/pasient inneholder konklusjoner om hvorvidt pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

#### *Særlig om avvisning eller retur av henvisninger*

Retten til vurdering gjelder uavhengig av kapasitet. Det regionale helseforetaket har ansvaret for å sikre at det totalt sett er tilstrekkelig kapasitet innen regionen til å ivareta retten til vurdering. Pasienter som oppsøker spesialisthelsetjenesten i egen region kan følgelig ikke avvises med begrunnelsen at det ikke er kapasitet til å ivareta retten til vurdering.

Spesialisthelsetjenesten har videre ikke adgang til å avskjære retten til vurdering innen 30 dager ved å returnere henvisninger som de mener er mangelfulle. Fristen skal overholdes, selv om det er nødvendig å innhente supplerende opplysninger og spesialisthelsetjenesten mener disse burde ha foreligget ved den første oversendelsen. Som beskrevet i direktoratets framstilling av vurderingsprosessen understreker det behovet for å håndtere henvisningene fortløpende for å avklare om det er behov for ytterligere opplysninger for å kunne foreta en vurdering.

Poliklinikkens praksis i forhold til avvisning og returnering av henvisninger bør undersøkes under revisjonen.

Etter internkontrollforskriften § 4 andre ledd c) skal virksomheten sikre at personell som skal foreta vurdering av rett til helsehjelp har kjennskap til de kriterier som skal legges til grunn og skal etter g) legge til rette for og følge opp at dette skjer i praksis., jf. også helsepersonelloven § 16.

#### **4.2.1.1 Prioritering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom.**

Etter pasientrettighetsloven § 2-2 andre ledd er det krav om at spesielt alvorlige tilstander skal vurderes innen 15 dager, jf. merknadene til § 2-2 med Sosialkomitéens presisering.

For at dette kravet skal kunne overholdes må henvisningene gjennomgås nesten fortløpende. Det må skje i alle fall som en midlertidig vurdering, senest innen 1 uke etter at henvisningen er mottatt, for at det skal være realistisk at pasienter med spesielt alvorlige tilstander skal kunne tas inn til vurdering innen denne fristen.

#### **4.2.1.2 Informasjon om utfallet av vurderingen til pasient/primærlege**

Pasienten og pasientens primærlege skal umiddelbart etter vurderingen er foretatt ha informasjon om utfallet av vurderingen (har pasienten rett til nødvendig helsehjelp), og det skal gis opplysninger om når behandlingen forventes gitt og hva slags behandlingsopplegg det dreier seg om (vurdering). Tidsfastsettelsen er ikke rettslig bindende, men virksomhetene må planlegge, organisere og styre for å oppfylle avgjørelsene i vurderingene innenfor grensen av hva som er faglig forsvarlig, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1 og tilsynsloven § 3.

#### **Hva skal avklares i forbindelse med revisjonen:**

Som tidligere nevnt har veiledningen om hvordan denne bestemmelsen skal forstås ikke vært entydig. Det er derfor grunn til å forvente at helsetjenesten har fortolket denne ulikt. Innledningsvis i revisjonen bør det derfor avklares hvilke krav den aktuelle virksomheten har lagt til grunn ved utøvelsen av rett til vurdering.

Tilsynet skal ikke vurdere kvaliteten av den enkelte vurdering. Hvilke undersøkelser som må foretas for at det skal foreligge tilstrekkelig grunnlag for å foreta en forsvarlig vurdering av pasientens helsetilstand er opp til den enkelte lege/psykolog å beslutte. Tilsynets fokus må være om virksomheten har iverksatt tilstrekkelig tiltak for å legge til rette for den/de som er tillagt ansvar for å foreta vurderinger etter pasientrettighetsloven § 2-2, se også helsepersonelloven § 16, og om vurderingene faktisk blir gjort. For å legge til rette må:

- virksomheten ha et *system for håndtering av henvisninger*
- systemet ivareta at *kyndig personell kan foreta vurderingene*
- personellet kunne utføre vurderingene *ofte nok*.

Det er viktig å bringe klarhet i om virksomheten er organisert slik at alle aspekter ved retten til vurdering (dvs. forsvarlig vurdering for dette stadiet, vurdering innen 30 virkedager eller 15 i spesielle tilfeller, tilbakemelding til pasient og henvisende instans) kan bli oppfylt. Det er derfor viktig å avklare de ulike trinnene i logistikken ("følge henvisningene inn, gjennom vurderingen og tilbakemeldingen ut av virksomheten"):

- Registrering av mottaksdato (hvem, hvor, når) Er registreringen slik at virksomheten har oversikt over om retten til vurdering innfris?
- Hvor går henvisningen etter at mottaksdato er registrert?
- Hvem utfører den faglige vurderingen av henvisningen?
- opplæring av personell som skal ivareta rett til vurdering. (jf. IK-forskriftens § 4 andre ledd c))
- Har virksomheten rutiner for å fange opp tilfeller av særlig alvorlig sykdom, slik at vurdering kan skje innen 15 dager?
- Hvordan og hvor registreres resultatet av vurderingen?
- Når skjer vurderingen?
- Hvor ofte gjennomgår virksomheten nyinnkomne henvisninger?

- Informeres pasient og henvisende instans om resultatet av vurderingen?
- Skjer vurderingen innen 30 virkedager etter mottak av henvisningen?
- Skjer vurdering av alvorlig sykdom innen 15 dager etter mottak av henvisningen?
- Hva er årsakene til at henvisninger ev. avvises?
- Har virksomheten rutiner for håndtering av avvik til kravet om rett til vurdering?
- Er det uklar ansvars- og oppgavefordeling? (jf. IK-forskriften § 4 andre ledd, a))

### **Konstatering av avvik og merknader**

Det må undersøkes om virksomheten har organisert seg slik at den kan oppfylle lovens krav som nevnt. Dersom ikke virksomheten sikrer at disse vurderingene skjer i samsvar med loven, vil det være avvik fra. § 3 i tilsynsloven og internkontrollforskriften, pasientrettighetsloven § 2-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (da særlig kravet om raskere vurdering) det vil være avvik dersom pasientene ikke sikres:

- At det foretas en konkret faglig vurdering, basert på tilstrekkelige opplysninger og av kompetent personell
- At vurderingen skjer innen 30 dager
- At virksomheten fanger opp henvisninger der det er mistanke om alvorlig sykdom og gir disse raskere vurdering
- At pasienten får tilbakemelding om utfallet av vurderingen (om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp), hvilken helsehjelp som kan forventes og når helsehjelpen vil bli gitt

Det skal gis avvik dersom ett eller flere av kravene over ikke er oppfylt.

## **4.2.2 Rett til prioritering**

### **Tilsynet skal avklare**

- om de alvorlig syke prioriteres foran de med lettere psykiske lidelser
- om retten til prioritering sikres ivaretatt

Myndighetskravene på dette felt finnes i pasientrettighetsloven § 2-1, Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, Forskrift om ventelisteregistrering, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Det grunnleggende kravet er at pasienter skal gis en prioritet for behandling og behandles innenfor grensene for hva som er faglig forsvarlig, jfr. også de kriterier som er nedfelt i prioriteringsforskriften § 2. . Hvor grensen mellom rettighetspasienter og pasienter uten slik rett går, er i stor grad overlatt til det faglige skjønn. Det gjør det svært vanskelig å gå nærmere inn på om det blir foretatt korrekte beslutninger om rett til nødvendig helsehjelp. Det vi skal se på her er om virksomheten sikrer at de prioriterer i henhold til lovverket. Hvorvidt prioriteringen av den enkelte er ”riktig” i henhold til kravet om forsvarlighet forventes ikke vurdert.

Det fremgår av merknadene til § 2 i prioriteringsforskriften at bestemmelsen er en effektivering av Lønning II –utvalgets forslag til prioriteringsgruppe 1 og 2. Det er ikke utarbeidet nærmere prioriteringskriterier for voksenpsykiatri. Det er imidlertid klart ut fra gjeldende regelverk at pasienter med alvorlig sinnslidelse (psykotiske symptomer), samt selvmordsproblematikk, skal plasseres i kategori 1 – dersom det ikke er tale om øyeblikkelig hjelp. På denne bakgrunn må man kreve at virksomheten kan godtgjøre at den prioriterer pasienter som er alvorlig sinnslidende eller som har gjort forsøk på selvmord. Ved revisjonen

må man således etterspørre om det finnes systemer (prosedyrer, rutiner etc.) som sikrer en slik kvalifisert og bevisst vurdering og prioritering av pasientene. Etter denne revisjonen vil vi altså ikke kunne fastslå om enheten gir alle henviste pasienter riktig prioritet, men om de to utvalgte gruppene i Lønning kategori 1 prioriteres foran kategori 2.

#### ***Drøfting av myndighetskravene:***

Helsetilsynet i fylkene skal gjennom sine tilsyn kunne gi svar på om psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er planlagt, organisert og styrt slik at pasientene blir sikret prioritering i henhold til forskriften. Slik prioritering gjøres på bakgrunn av en konkret vurdering – se over.

Rett til nødvendig helsehjelp er en rettighet på "nasjonalt nivå" som skal sikre lik rett på helsetjenester uavhengig av bosted. Ved vurderingen av om den henviste pasienten har rett til nødvendig helsehjelp kan det følgelig ikke tas hensyn til om virksomheten selv har kapasitet til å yte den nødvendige helsehjelpen. Det er etter pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 3 kun kapasitetssvikt på nasjonalt nivå som kan gi grunnlag for avslag på rett til nødvendig helsehjelp av kapasitetshensyn. Det må forventes at RHF/HF etablerer tiltak for å sikre nødvendig beslutningsstøtte.

Revisorene bør verifisere ved gjennomgang av henvisninger. Virksomheten skal kunne godtgjøre at det finnes intern instruks/felles omforent praksis ved enheten som sikrer slik prioritering ved vurdering for inntak og at denne etterleves.

Som et ledd i tilretteleggingen må poliklinikker til enhver tid holde ventelistene oppdaterte. Under revisjonene skal ventelistene brukes som "resultatdokumentasjon", og det skal ikke revideres opp mot ventelisteforskriften.

#### **Konstatering av avvik og merknader**

I henhold til tilsynsloven § 3 må det kreves at HF-et systematisk styrer slik at de krav som er drøftet ovenfor kan etterleves.

Dersom virksomheten ikke kan godtgjøre at pasientens rett til prioritering ivaretas, vil det være et avvik fra pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

### ***4.2.3 Rett til øyeblikkelig hjelp***

#### **Tilsynet skal avklare**

##### **-om retten til øyeblikkelig hjelp sikres ivaretatt**

Bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp finnes i pasientrettighetsloven § 2-1, spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, samt i Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. I henhold til § 3-1, annet ledd i spesialisthelsetjenesteloven skal regionale helseforetak utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp. For å klarlegge hvor dette området er aktuelt i revisjonen, må det klarlegges på forhånd hvilke deler av virksomheten som skal ivareta øyeblikkelig- hjelp- funksjonen (ikke alle DPS-er har ansvar for slik tilbud.)

Forskriften gjelder ved mottak til undersøkelse og/eller behandling. Den gjelder både ved frivillig behandling og ved undersøkelse og behandling uten pasientens samtykke. Den gjelder både ved henvisning av pasienter og ved henvendelse direkte til institusjonen. Dersom pasienten vurderes slik at han eller hun ikke behøver øyeblikkelig hjelp, vurderes henvisningen/henvendelsen på linje med andre søknader om behandling.

### ***Drøfting av myndighetskravene***

Det fremgår av § 2 i forskriften om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet blant annet at

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
- c) deliriose tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak

Institusjonen har en mottagelse- og undersøkelsesplikt. Hvis institusjonen ved sin undersøkelse finner at den aktuelle tilstanden tilsier øyeblikkelig behandling utløses en behandlingsplikt. Øyeblikkelig hjelp-plikten omfatter altså ikke tilstander av halv-øyeblikkelig karakter.

For at virksomheten skal kunne innfri sin øyeblikkelig-hjelp-plikt tilfredsstillende bør tilgjengeligheten til faglig ansvarlig i vakt være god. Dette kan verifiseres ved å spørre medarbeidere i ekspedisjon/forværelse om de ofte opplever å måtte lete etter vakthavende, om de slår av callingen når de går i møter, om det alltid er klart hvem som har vakt osv.

Psykisk helsevernlov hjemler mulighet for at pasient selv oppsøker tjenesten. Virksomheten plikter å vurdere også slik oppmøte ”på døra”, og det bør avklares hvordan virksomheten håndterer dette. Får pasient beskjed av hjelpepersonell, - uten undersøkelse av den faglig ansvarlige, om å kontakte fastlege, legevakt el. er dette ikke godt nok.

Det er ikke anledning til å avvise pasienter uten etter undersøkelse og / eller vurdering av den faglig ansvarlige. Dersom den faglig ansvarlige ikke er lege, bør virksomheten ha rutiner for tilkalling av lege. I de fleste tilfeller tilsier kravet til forsvarlighet at vedkommende bør undersøkes av lege, særlig dersom det ikke er lege som har henvist.

Ved tvangsinnleggelse er det ufravikelig krav om at pasienten skal undersøkes av den faglig ansvarlige for vedtak, og av lege dersom den faglig ansvarlige ikke er lege. I de tilfeller der institusjonen har klinisk psykolog i primærvakt, skal institusjonen ha rutiner som sikrer somatisk/medisinsk undersøkelse og tvangsmedisineringsvedtak umiddelbart dersom behovet tilsier det.

Av hensyn til den faglige forsvarlighet skal tvangsvedtak kun fattes av spesialist, evnt klinisk psykolog (ikke for tvangsmedisinering). Dersom institusjonen har leger under spesialistutdanning i primærvakt, skal *delegasjon* av myndighet til å fatte vedtak være skriftlig og innebærer et instruksjons- og veiledningsansvar. Det er ikke anledning til å delegere slik myndighet til medisinske kandidater (ev studenter).

### **Konstatering av avvik og merknader**

Det kreves at virksomheten har et opplegg for å innfri plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Det dreier seg om kvalifisert personell på vakt, om prosedyrer som skal sikre at de hjelpesøkende blir tatt hånd om etc. Dersom sykehuset/avdelingen ikke har et bevisst forhold til denne lovpålagte plikten og ikke har et system for å håndtere de henvendelser som kommer, vil det avhengig av funnene være avvik fra internkontrollforskriftens bestemmelser, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

## **4.2.4 Rett til å klage på tvangsbehandling**

### **Tilsynet skal avklare**

#### **-om informasjon om klageadgang sikres**

Som tidligere nevnt skal dette tilsynet være komplementært til kontrollkommisjonens aktivitet/ansvar.<sup>1</sup> Når det gjelder bruk av tvang skal vi i revisjonene derfor se til om virksomheten sikrer at pasienter som utsettes for tvang får opplysning om sin klagerett (i tillegg til å se på virksomhetens systematiske forbedringsarbeid omtalt under 4.1), fordi forutsetningen for at pasienter kan få innfridd sin rett til å klage er at de kjenner sin rett. I tilsynet skal det derfor verifiseres at *klageretten* er reell, slik at det i hvert enkelt tilfelle der vedtak om tvang er fattet, er dokumentert at pasienten har fått informasjon om retten til å klage. Det er ikke godt nok om institusjonen viser til generelle rutineskriv, informasjonsmateriell el.l..

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom pasienter som utsettes for tvang ikke informeres om sin adgang til å klage foreligger et avvik fra forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. § 6 fjerde ledd.

## **4.3 KONTINUITET OG SAMHANDLING**

### **4.3.1 Oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten**

#### **Tilsynet skal avklare**

**-om samarbeidet er slik at tjenestetilbudet fremstår som en sammenhengende kjede**  
**-om pasienten får tilbudet på rett nivå i forhold til Opptappingsplanens intensjoner, særlig om DPS har fått den rollen som var forutsatt i planen.**

Samhandling innen og over forvaltningsnivåene står sentralt i kvalitetssikringen av tjenestetilbudet til psykiatriske pasienter. Vi vil i dette kapitlet drøfte myndighetskrav som har direkte relevans for dette området. I tilsynet vil vi også legge Opptappingsplanens intensjoner ( som er drøftet i kap 1) til grunn, som en tydelig nasjonal målsetting, og vurdere funnene opp mot det.

I kapittel 1 har vi drøftet utfordringene knyttet til ansvars og oppgavefordelingen mellom akuttavdelingen og DPS-en. En av opptappingsplanens intensjoner, var som nevnt at pasienter på *tvunget psykisk helsevern* i større grad skulle følges opp utenfor akuttavdeling,

---

<sup>1</sup> Uavhengig av revisjonene skal det også sammenstilles og presenteres statistiske data om tvangsbruk.

dvs i DPS / poliklinikk. Det er mye som tyder på at spesialisthelsetjenesten i liten grad har klart å overføre oppfølgingsansvaret for pasienter på tvunget psykisk ettervern fra akuttavdelinger til DPS'ene. Dersom tilsynet avdekker at DPS/poliklinikk i liten grad står for slik oppfølging, bør planer for utbygging av kapasitet for slik oppfølging og hvilken status planen har (aktiv eller "sovende" plan) etterspørres. Med kapasitet menes her omprioriteringer så vel som nominell økning av personell, arealer, penger mv.

Revisjonen må legge stor vekt på å få klarlagt og beskrevet hvordan samhandlingen og oppgavefordelingen mellom akuttavdelingen og DPS-et er. Dersom samarbeidet svikter i en slik grad at tjenestetilbudet blir uforsvarlig skal det overfor HF-et (HF-ene der to slike er berørt) påpekes avvik på vanlig måte. Svikten vil måtte komme frem i begge rapportene, dvs både i tilsynsrapporten fra akuttavdelingen/-posten og fra DPS-et. For å sikre faglig forsvarlige tjenester kreves det at pasienter med psykotiske symptomer som har vært innlagt i en akuttavdeling/-post systematisk får oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter utskrivelse fra akuttavdelingen. Pasienter som har gjennomgått sin første psykotiske episode skal sikres et forsvarlig medikamentelt regime.

Dersom revisjonene viser at samarbeidet ikke fungerer i henhold til intensjonene, men dog ikke avdekker manglende innfrielse av lovkrav (uforsvarlighet), skal det anføres en merknad relatert til opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Pasientflyten og ressursallokeringen som følger av den, vil belyse hvorvidt tjenestetilbudet faktisk er tilrettelagt for de alvorligst syke. Dvs brukes ressursene der de alvorligst syke pasientene er? Statistikk vedrørende diagnosefordeling i DPS-et kan være av verdi her, fordi det forteller noe om hvilke pasienter DPS-et bruker ressurser på..

Vi har også tidligere beslyst problematikken med "langliggere" både i akuttavdeling og i DPS-ene. Dersom DPS ikke ivaretar de oppgaver og målsettinger den er tillagt, må vi forvente at det iverksettes tiltak for å endre dette. Dersom DPS-en angir å slite med kapasiteten til å kunne ta i mot nye pasienter (f.eks fra akuttavdelingen), og har lang ventetid, skal dette følges opp i tilsynet. Det forventes at institusjonen har oppdatert oversikt over sine pasienter, (hvem som er vurdert som ferdigbehandlet osv), og at spørsmål om utskrivning er tatt opp med hjemkommunen. Dersom dette ikke kan dokumenteres, eventuelt i journal, er det rimelig å anta at enheten ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å løse dette problemet. Tvilstilfeller kan eventuelt verifiseres ved å kontakte aktuell hjemkommune.

Som en del av veiledningen og for å ivareta forsvarlige tjenester på tvers av nivåene vil det ofte være hensiktsmessig at det etableres arenaer for å drøfte spørsmål omkring definering av begrepet "ferdigbehandlet" og for utskrivning av pasienter, slik at man sikrer seg at pasienten ikke skrives ut før neste ledd er i stand til å overta. Med "i stand til" menes her at primærhelsetjeneste, pasient og pårørende skal ha fått nødvendig opplæring og veiledning.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom pasienter med psykotiske symptomer ikke sikres forsvarlig medikamentelt regime fra spesialisthelsetjenesten etter utskrivelsen fra akuttavdelingen, foreligger at avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

Dersom ansvars- og oppgavefordelingen mellom akuttavdelingen og DPS-et ikke fungerer slik at det blir en sammenhengende tiltakskjede, men dog uten at det kan påvises uforsvarlighet kan adgangen til å gi merknad benyttes.



Dersom den aktuelle enhet ikke kan ta i mot og yte tjenester pga ”stase” enten mellom akuttavdeling og DPS eller mellom DPS og kommunene vil det foreligge avvik fra internkontrollforskriften § 4 bokstav g dersom det ikke er tiltak for å korrigere dette.

### 4.3.2 Individuelle planer

**Tilsynet skal avklare**

**-om plikten til å medvirke i arbeidet med individuell plan sikres ivaretatt**

**-om hovedpunktene når det gjelder innholdet i de individuelle planene er sikret ivaretatt**

Alle pasienter innskrevet i psykisk helsevern har *rett til individuell plan*. Pasienter under tvunget psykisk helsevern skal ha slik plan, mens de på frivillig opphold kan gi avkall på dette. Det finnes bestemmelser om individuelle planer i flere lover (kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven).

For pasienter som er under psykisk helsevern, gjelder bestemmelsen i § 4-1 i psykisk helsevernloven, samt Forskrift om individuelle planer. Forskriften § 2 omhandler formålet med utarbeidelsen av individuelle planer. Det er viktig å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planarbeidet skal videre bli å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Det er videre et mål å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom ulike tjenesteytere uavhengig av forvaltningsnivåer.

Helsetilsynet har i denne tilsynsaktiviteten valgt å avgrense tilsynet med utarbeidelsen av individuelle planer til de alvorligst syke dvs. de som er under tvunget psykisk helsevern. Helsetilsynet vurderer det slik at dette ofte vil omfatte de grupper av pasienter med stort behov for individuelt tilpasset bistand fra ulike instanser og der det vil være påkrevet med planmessig og styrt koordinering for å sikre en sammenhengende tiltakskjede. Disse pasientene skal som tidligere anført ha en slik individuell plan uavhengig av om de selv ønsker det. Dersom en pasient er under tvunget psykisk helsevern, skal det imidlertid søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planleggingen.

I Forskriften om individuelle planer finnes utfyllende bestemmelser om virkeområde, formål, pasientens rettigheter, samtykke, ansvar for å utarbeide individuell plan, innholdet i en slik plan etc. Ansvaret for utarbeidelsen av individuelle planer er ikke lagt til en enkelt instans. Plikten påhviler både kommunen etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Selv om det er flere instanser som har slik plikt etter lovgivningen, skal det bare lages en individuell plan for den enkelte bruker. Kommunen vil ha ansvaret for en rekke basistjenester til brukeren. Det vil derfor ofte være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen. Spesialisthelsetjenesten, inkludert akuttavdelingen/-posten, har imidlertid plikt til å medvirke til at arbeidet med individuell plan iverksettes, og til å samarbeide med kommunen om utarbeidelse av planen.

I merknadene til formålsbestemmelsen i forskriften om individuelle planer fremgår det at dersom tvunget vern skal kunne forsvares, må helsetjenesten også ha definert mål for den behandling og det vern som gis pasienten. Videre er det i merknadene til forskriften § 6

bokstav c uttalt at det i planarbeidet vil være nødvendig at *en person* tar et særlig ansvar for å sørge for at det skjer en samordning, og at det er fremdrift i arbeid med planen.

Forskriften § 7 omhandler taushetsplikt. Dette er en sentral problemstilling i planarbeid som involverer ulike aktører bl a instanser utenfor helsevesenet. Det er i merknadene påpekt at det ikke er anledning til å fravike de alminnelige regler for taushetsplikt i forbindelse med utarbeiding av individuelle planer. Dette aktualiserer spørsmålet om samtykke fra pasienten. Et slik samtykke skal etter merknadene fremgå av planen.

En slik overgripende individuell plan opphever ikke behovet for mer avgrensede planer på bestemte sektorområder. De ulike tjenestoområdene vil kunne ha behov for planer som er mer detaljerte enn det en overordnet plan kan være. Den psykiatriske helsetjenestens bidrag vil således være en behandlingsplan for pasienten. Det kan vurderes hvor mye av behandlingsplanen som skal eller bør tas med i den individuelle planen. Det vil f. eks. kunne tenkes at det finnes personlige og sensitive opplysninger i behandlingsplanen som det ikke vil være riktig eller hensiktsmessig å ta med i den sektorovergripende planen (individuell plan).

Den individuelle planen skal som et minimum omtale de tiltak som er avtalt iverksatt og når de skal evalueres. Alle tiltak inklusive eventuelle justeringer og revisjoner skal være ansvarsfestet. Det skal klart gå frem av planen hvem som har vært med på utforming inklusive pasientens medvirkning.

Opplysning om hvem som er pasientansvarlig lege bør klart fremkomme for de dette er relevant for: først og fremst pasient og medarbeidere, men også pårørende og samarbeidspartnere utenfor institusjon. Virksomheten må ha rutiner som sikrer oppnevning, at funksjonen blir tillagt et nærmere spesifisert innhold, og at dette gjøres kjent, jfr ovenstående.

I forskriften § 5 settes ikke presise tidskrav i forhold til oppstart. Dersom en individuell plan skal kunne bidra til at formålene med forskriften oppfylles må forutsetningene som en plan bygger på være tilstrekkelig avklarte og stabile. Dette innebærer at det kan være lite hensiktsmessig med oppstart av et planarbeid i en akutt fase hos nye og ukjente pasienter. For å kunne fastsette mål og vurdere pasientens muligheter er det nødvendig at diagnostiske avklaringer er gjort slik at forsvarlig behandling kan iverksettes og oppfølging forberedes. Sentrale forutsetninger i et planarbeid er derfor diagnostikk, prognostikk og behandlingstiltak. Planarbeid uten avklarte rammevilkår vil lett kunne bli en papirøvelse uten reel betydning for pasienten.

Avvik og merknader skal bare utarbeides der det mangler eller er mangelfullt planarbeid for pasienter under tvungent psykisk helsevern.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom det ikke kan godtgjøres at det systematisk arbeides med individuelle planer vil det være et avvik fra tilsynsloven § 3.

Dersom det ikke kan godtgjøres at de lager eller initierer eller medvirker ved utarbeidelsen av individuelle planer vil det være et avvik fra psykisk helsevernloven § 4-1.

Dersom ivaretagelse av hovedpunktene i henhold til innholdet i de individuelle planene ikke kan godtgjøres er dette et avvik fra Forskrift om individuell plan § 6.

### **4.3.3 Veiledning overfor kommunehelsetjenesten**

#### **Tilsynet skal avklare**

#### **-om spesialisthelsetjenesten sikrer ivaretagelse av veiledningsplikten overfor kommunene**

Bestemmelsen om veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Råd og veiledning skal gis av helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak. Virksomhet som yter helsehjelp skal imidlertid organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde denne plikten, jf. helsepersonelloven § 16. Virksomheten kan for eksempel ha utpekt en person som skal ha et koordinerende ansvar for råd m.m. til kommunehelsetjenesten.

Veiledningsplikten innebærer at kommunehelsetjenesten har rett til de opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for å løse sine lovpålagte oppgaver, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Helsepersonellet ved psykiatriske institusjoner skal gi den nødvendige veiledning av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten. Veiledningsplikten er begrenset til "helsemessige forhold" angående pasientens fysiske eller psykiske helse. Dette omfatter alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter.

Stikkord for revisjonen:

- er bestemmelsen om veiledningsplikten kjent for de ansvarlige
- hvilke tiltak er satt i verk for å etterleve bestemmelsen, om det foreligger noen retningslinjer eller omforente rutiner etc.
- hva som skjer ved utskrivning av pasienter og veiledning i den forbindelse (muntlig orientering og veiledning dersom den skriftlige dokumentasjon ikke er klar?)
- finnes det ambulerende personell i spesialisthelsetjenesten som oppsøker ansatte i kommunehelsetjenesten,
- om det er prosedyrer for samarbeid mellom nivåene, kurs/undervisning hospiterings - ordninger, samarbeidsmøter/problemmøter, om representanter fra kommunehelsetjenesten kan delta på faglige møter ved sykehuset
- koordinator på hel eller deltid.

Helseinstitusjonens plikt til å sende epikrise til den som skal følge opp pasienten kan også ivareta noe veiledningsbehov. Epikrisen skal blant annet muliggjøre forsvarlig oppfølging av pasientens lege. Plikten til å sende epikrise innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet ved institusjonen fremgår av journalforskriften § 9. I merknadene til denne bestemmelsen fremgår det videre at epikrisen bør sendes innen rimelig tid, (normalt innen en uke). Det må imidlertid vurderes konkret i den enkelte situasjon hva som er forsvarlig.

#### **Konstatering av avvik og merknader**

Det kreves at virksomheten har et system for å ivareta veiledningsplikten. Dersom virksomheten ikke har tilrettelagt for at helsepersonell kan ivareta sin veiledningsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, vil dette være avvik fra helsepersonelloven § 16.

Videre må virksomheten ha prosedyrer som sikrer at epikriser blir sendt innen forsvarlig tid. Dersom virksomheten ikke kan godtgjøre at de systematisk sender epikrise innen forsvarlig tid, vil dette være et avvik fra tilsynsloven § 3, jfr forskrift om pasientjournal § 9.

Dersom virksomheten ikke sender epikrise til kommunehelsetjenesten (fastlegen) vil det være et brudd på journalforskriften § 9, og kunne være uforsvarlig.

## 5. FORBEREDELSE

I hvert fylke skal det gjennomføres revisjoner i en akuttavdelig/-post og et DPS.

Varsel om tilsynet skal sendes til helseforetaket, men kopi til den aktuelle enhet. Samtidig som tilsynet varsles, må kontaktfylkeslegene sende brev til RHF-ene og forhåndsvarsle et oppfølgingsmøte med RHF-en i løpet av november (jfr kap 3).

Det bør i åpningsmøte orienteres dersom man velger å innhente informasjon fra samarbeidspartnere utenfor spesialisthelsetjenesten for å verifisere påstander som angår denne. For eksempel hvis det hevdes at x kommune ikke tar imot ferdigbehandlede pasienter og at dette fremheves som årsak til gitte problemer.

Helsetilsynet forutsetter som tidligere nevnt at omfanget av verifikasjoner blir tilstrekkelig og mer omfattende enn vanlig, for å sikre godt dokumenterte beskrivelser av de faktiske forholdene i tjenesten. De fleste verifikasjoner vil antagelig kunne ivaretas gjennom journalgranskning (epikrisetid, individuell plan, pasientansvarlig lege, informasjon om klagerett, opplæring mv). Helsetilsynet vil kort etter utsendingen av veilederen ettersende forslag til aktuelle verifikasjoner.

I kap 3 om gjennomføring er nødvendigheten av grundig forarbeide vektlagt. Informasjon om hvordan tjenesten er organisert og bygget opp med tanke på ansvars- og oppgavefordeling er helt avgjørende, og bør gjerne foreligge før avd/DPS velges. Hvilken del av HF-et har ansvar for øyeblikkelig hjelp, hvilke DPS som er godkjent for tvang, hvordan er logistikk og ansvars plassering for pasienter som har forsøkt å begå selvmord etc. . Kontrollkomisjonenes rapporter bør også innhentes. Helsetilsynets utredninger/veiledninger vedrørende psykiatri vil også være nyttig grunnlagsmateriale ( IK-2726, IK-2738, IK-2739, IK-2740 og IK 2743)

## 6. RAPPORTERING

Det vises til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport som ble sendt Fylkeslegene vedlagt brev av 10. mai 2000 og som finnes på henholdsvis *Losen: vår etat/felles fylkeslegemøte/tilsynsmøte for fylkeslegene/prosedyrer* og rapportmal fil Ny/generelt/fylkeslegemal.

I prosedyren står det under pkt 5.7.5: *Vedlagte rapportmal skal brukes ved rapportering. Alle områder som revideres skal omtales i rapporten, også de områder der det ikke er påpekt avvik eller merknader.*

Rapportene skal på vanlig måte ta for seg de valgte områder (styring/ledelse, pasientrettigheter, samhandling) og tilsynsmyndighetens funn og vurderinger av det. Hva som blir funnet og konkludert vedrørende samhandling mellom akuttavdeling/-post og DPS må tydelig meldes tilbake til helseforetaket. Det forventes ingen samhandlingsrapport, men begge rapportene fra henholdsvis avdeling/-post og DPS, skal inneholde funn og vurderinger om samarbeid.

Tilsynsrapporten skal sendes Helsetilsynet til e-postadresse [leonora.martinussen@helsetilsynet.dep.no](mailto:leonora.martinussen@helsetilsynet.dep.no) for å bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider på internett og på Losen, etatens intranett. Helsetilsynet i fylket har ansvar for å følge opp de påpekte avvik. Helsetilsynet vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en felles rapport for det felles tilsynet.