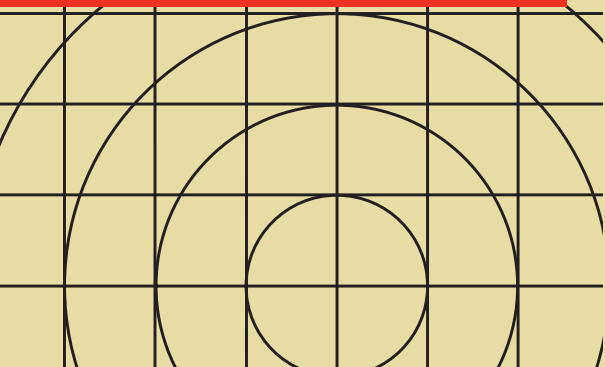


# Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse



Rapport fra Helsetilsynet 4/2004  
Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne  
med psykiske problemer  
Februar 2004

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert i mars 2004 og finnes bare  
på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Elektronisk versjon: Lobo Media

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

# Innhold

<b>1 Sammenheng</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Innledning</b> .....	<b>5</b>
2.1 Bakgrunn for tilsynet .....	5
2.2 Metode og gjennomføring .....	5
<b>3 Funn og vurderinger</b> .....	<b>7</b>
3.1 Tilbud til de pasientene som trenger det mest .....	7
3.1.1 Vurdering, prioritering og øyeblikkelig hjelp .....	7
3.1.2 Undersøkelse og vurdering av pasienter som har forsøkt å begå selvmord.....	9
3.1.3 Nødvendig kompetanse .....	9
3.2 Rett til å klage på tvangsbehandling .....	10
3.3 Samhandling mellom akuttavdelinger og distriktpsikiatriske sentra.....	10
3.3.1 Ansvars- og oppgavefordeling mellom distriktpsikiatriske sentra og akuttavdelinger .....	10
3.3.2 Individuell plan .....	11
3.3.3 Veiledningsplikt .....	12
3.4 Bruk av erfaringer og annen informasjon i forbedringsarbeid .....	12
3.4.1 Evaluering av egen tvangsbruk .....	12
3.4.2 Bruk av erfaringer og annen informasjon i forbedringsarbeid .....	13
<b>4 Oppsummering og forslag til tiltak</b> .....	<b>14</b>
<b>5 Referanser</b> .....	<b>16</b>

# 1 Sammendrag

Det ble i 2003 gjennomført et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer. Helsetilsynet i fylkene gjennomførte tilsyn med to enheter hver; ett ved en akuttavdeling eller post og ett ved et distriktpsikiatriske senter (DPS) med poliklinikk og døgnavdeling. Tilsynet hadde fokus på de alvorligst syke som har lidelser med psykotiske symptomer og pasienter som har forsøkt å begå selvmord.

Viktige spørsmål i tilsynet var om samarbeidet mellom akuttavdelinger og distriktpsikiatriske sentra (DPS) fungerer slik at pasientene får et helhetlig tilbud. I den forbindelse ble det også sett på om virksomhetene medvirker til å sikre at pasientene får innfridd sin rett til individuell plan og om veiledningsplikten til kommunehelsetjenesten blir ivaretatt. Om virksomhetene vurderer og prioriterer de alvorligst syke pasientene og om de sikrer nødvendig kompetanse var andre viktige spørsmål. Dessuten ble det undersøkt om og i hvilken grad de tar i bruk erfaringer og annen kunnskap i evaluering og forbedring av egen praksis.

I halvparten av virksomhetene har tilsynet avdekket mangler knyttet til oppgavefordeling og samhandling mellom akuttavdelinger og DPS. Dette er etter Helsetilsynets oppfatning et alvorlig funn. Det er for eksempel et viktig krav at pasienter med psykotiske symptomer som har vært innlagt i en akuttavdeling, sikres oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter at de er skrevet ut fra akuttavdeling. Når ansvars- og oppgavefordelingen ikke er avklart, og samarbeidet svikter, øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling eller at de ikke får rett behandling. Ansvaret for en helhetlig tjeneste påhviler både enkeltvirksomhetene og helseforetakene.

Individuell plan skal bidra til bedre sammenheng i tjenestetilbudet, men det er mange steder usikkerhet om ansvar og plikter på dette området. Helsetilsynet vurderer det som en alvorlig svikt at dette virkemiddelet ikke er tatt i bruk i psykisk helsevern, der alle pasientene har lovfestet rett til en individuell plan, og mange et stort behov for bedre samordning av tilbudene.

Tilsynet har videre vist at mange virksomheter ikke etterlever de krav som retten til vurdering stiller. Det er eksempler på at pasientens helsetilstand ikke er vurdert, at det ikke gis tilbakemelding om pasienten er funnet å ha rett til nødvendig helsehjelp eller prioritet, at vurderingsfristen oversettes osv. Resultatet er økt risiko for at de pasientene som trenger det aller mest, ikke får behandling.

For virksomheter som behandler alvorlig syke mennesker er det spesielt viktig å ha oppmerksomheten på de deler av tjenesten som kan svikte. Tilsynet har vist at det i psykisk helsevern ikke synes å være tradisjon for å samle, systematisere og bruke erfaringer og tilgjengelig kunnskap for å evaluere og forbedre egen praksis.

Helsetilsynet konstaterer at det i psykisk helsevern både er for dårlig kjennskap til og for dårlig forståelse for deler av regelverket. Spesielt synes nyere bestemmelser, blant annet om pasientrettighetene, ikke å være implementert. Det er behov for bred opplæring og bevisstgjøring om hvilke lover som gjelder for at pasientene skal sikres de tilbudene de har rett til.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunn for tilsynet

Det er skjedd en betydelig omlegging av det psykiske helsevernet de senere år. Sykehjem er bygget ned, og antall døgnplasser i de psykiatriske sykehusene er halvert i løpet av de siste 25 år. Som ledd i opptrappingsplanens mål om mer desentraliserte tjenester, er det etablert distriktpsikiatriske sentra (DPS). DPS-ene er tenkt å ha geografisk og faglig nærhet til kommunehelsetjenesten, ha ansvar for allmennpsykiatriske tjenester på lokalsykehusnivå, og yte både døgnopphold, dagtilbud og polikliniske tjenester. Sykehusavdelingene skal yte mer spesialiserte tjenester. Akuttavdelingene med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp, har en vesentlig funksjon for alvorlig syke mennesker. For at tjenestene som helhet kan sies å fungere, er det viktig at det er en hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom de ulike tilbudene i spesialisthelsetjenesten. I henhold til Sintef Unimed sine siste pasienttelling (1999) ble en av tre pasienter i Norge behandlet på feil nivå.

På bakgrunn av lokal kunnskap om risiko for svikt gjennom meldinger, klagesaker og oppslag i media, har Helsetilsynet i flere av fylkene foreslått psykisk helsevern som tema for landsomfattende tilsyn. I 2002 ble det gjennomført tilsyn med helsetjenesten til barn og unge med psykiske problemer. Dette tilsynet rettet seg både mot kommune- og spesialisthelsetjenesten, og hadde samhandling innen og mellom nivåene som et hovedtema. Helsetilsynet fant det nødvendig å fortsatt fokusere på helsetjenestene til mennesker med psykiske problemer, og fant det naturlig i 2003 å se på psykisk helsevern for voksne i lys av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Områdene for tilsynet er valgt på bakgrunn av vurdering av hvor det er størst fare for svikt i tjenesten, og etter innspill fra eksterne aktører. Det ble som ledd i forberedelsene holdt et møte med representanter for Mental helse, pasientombudet, kontrollkomisjonene, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### 2.2 Metode og gjennomføring

Det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer hadde søkelys på de alvorligst syke som har lidelser med psykotiske symptomer og pasienter som har forsøkt å begå selvmord.

Tilsynet ble utført på oppdrag fra Statens helsetilsyn. Det ble gjennomført etter en felles mal og som systemrevisjon. Formålet med metoden er å vurdere hvordan virksomhetene ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. Alle virksomheter som yter helsetjenester har etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3<sup>1</sup> plikt til å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomhet og tjenester planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Internkontroll må altså betraktes som et lovpålagt styringssystem.

I hvert fylke ble det gjennomført tilsyn med minst to enheter; ett ved en akuttavdeling eller post og ett ved et distriktpsikiatriske senter med poliklinikk og døgnavdeling. Det er altså bare deler av spesialisthelsetjenesten som har vært omfattet av tilsynet. Det er for de alvorligst syke at kontinuitet og sammenheng i tilbudene er viktigst. Viktige spørsmål i tilsynet var derfor om samarbeidet mellom

tjenestnivåene innen spesialisthelsetjenesten fungerer slik at pasientene får et helhetlig tilbud.

Temaene for tilsynet kan oppsummeres slik:

- Samhandling og kontinuitet i spesialisthelsetjenesten, herunder medvirkning i arbeidet med individuell plan og etterlevelse av veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten
- Retten til vurdering og prioritering
- Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp
- Undersøkelse og vurderinger av pasienter som har forsøkt å begå selvmord
- Nødvendig kompetanse
- Bruk av erfaring og annen informasjon i evaluering og forbedringsarbeid

Foretaksreformen og den nye organiseringen av spesialisthelsetjenesten innebar at staten fra 1. januar 2002 overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Samtidig ble det etablert en ny styringsform gjennom opprettelse av statlige regionale helseforetak med underliggende helseforetak. De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å sørge for helsetjenester til befolkningen i regionen, mens et helseforetak har ansvar for tjenesteytingen i sitt geografiske opptaksområde på vegne av de regionale helseforetakene.

Noen helseforetak har beholdt mye av den gamle sykehusstrukturen, mens andre helseforetak har organisert fagområder og styring på tvers av gamle sykehus og fylkesgrenser. Tilsynet ble gjennomført i det som fortsatt må betraktes som en utviklings- og etableringsfase for nye styringsmodeller. Omorganiseringen har fått konsekvenser for organiseringen av tilsyn. Ved tilsyn med helseforetak som omfatter institusjoner eller avdelinger lokalisert i mer enn ett fylke, ble det derfor satt sammen revisjonsteam på tvers av fylkene. I tillegg har Helsetilsynet i fylkene ved dette tilsynet samarbeidet regionvis, både om gjennomføringen og om tilbakemelding fra tilsynet til regionalt helseforetak.

For hvert DPS og hver akuttavdeling har Helsetilsynet i fylket skrevet en tilsynsrapport basert på de funn som er gjort. Funn oppsummeres i avvik og merknader. Avvik gis for manglende oppfyllelse av myndighetskrav. Merknad gis for forhold som ikke

omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndigheten mener det er et rom for forbedring. I disse rapportene framkommer helt konkret hvilke myndighetskrav som er brutt og på hvilket grunnlag. I dette landsomfattende tilsynet er det også skrevet rapporter som oppsummerer funn på regionnivå, og gitt tilbakemelding i særskilte møter til de regionale helseforetak som har den overordnede "sørge-for-plikten". Både rapportene fra tilsyn i det enkelte fylke og de regionale samlerapportene finnes på nettstedet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), på samme sted som denne oppsummeringsrapporten.

Denne rapporten bygger på resultatene fra 39 gjennomførte tilsyn. Når Helsetilsynet i fylkene velger ut hvilke enheter de skal føre tilsyn med, skjer det dels ut fra lokal kjennskap og risikovurdering, dels etter en plan for tilsynsbesøk. Utvalget av enheter er dermed ikke tilfeldig. Denne oppsummeringen gir derfor ikke noe representativt bilde av situasjonen på nasjonalt nivå. Selv om funnene ikke ubetinget kan generaliseres til landet som helhet, gir de etter vår vurdering holdbar informasjon om sentrale utfordringer på området.

Direkte henvisninger til regelverket er utelatt. I stedet gis det for hvert område en kortfattet framstilling av kravene. Likeledes er det ikke referert direkte til avvik og merknader, men i stedet gitt en sammenfatning av tilsynsfunnene på ulike områder. Enkelstående tilfeller av observert svikt er noen steder gjengitt i eksempelform.

## 3 Funn og vurderinger

I 34 av 39 gjennomførte tilsyn er det funnet brudd på myndighetskrav, og i alle tilsynene er det i tillegg påpekt forhold som etter tilsynsmyndighetenes vurdering burde bli bedre. Dette tilsynet har også avdekket at det er stor variasjon med hensyn til hvordan det psykiske helsevern fungerer i ulike deler av landet og på ulike steder. Forskjellene ser ut til å kunne være vel så store innen regioner og helseforetak som mellom dem. Helsetilsynet stiller spørsmål ved om forskjellene er større enn hva som er forenlig med målet om et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen.

### 3.1 Tilbud til de pasientene som trenger det mest

Tjenestene må innrette seg slik at de først og fremst gir tilbud til de pasientene som er mest alvorlig syke. For å understøtte dette er det gitt en rekke bestemmelser i helselovgivningen. Rett prioritering på bakgrunn av grundig vurdering er ett grunnleggende element i rettssikkerheten for psykiatriske pasienter. Befolkningen så vel som eierne av helsetjenesten har krav på å vite om prioriteringskravene i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften etterleves. Det innebærer at de sykeste prioriteres foran de med lettere lidelser, jf Lønningutvalgets prioriteringskriterier.

For å lykkes med dette er det en forutsetning at det er avklart hvilke oppgaver virksomheten har ansvar for, og hvem som skal gjøre hva for å ivareta dette ansvaret. Det stiller krav til at de som jobber i tjenesten har nødvendig kompetanse og felles forståelse for hvordan oppgavene skal løses. Tilsynet har sett på noen av disse forutsetningene.

#### 3.1.1 Vurdering, prioritering og øyeblikkelig hjelp

Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal være tilgjengelig når pasienten trenger det mest. Det innebærer at inntak av pasienter må skje på en systematisk måte og i henhold til gjeldende krav, jf pasientenes rett til vurdering, prioritering og øyeblikkelig hjelp. Formålet med å gi pasientene rettigheter er å styrke sikkerheten for at vesentlige funksjoner blir ivaretatt, og pasientenes rettigheter utløser motsvarende plikter i helsetjenesten.

For å vurdere i hvilken grad pasientenes rettigheter innfris, er det i tilsynet undersøkt hvordan vurdering og seleksjon og inntak av pasienter foregår. Oppgavefordelingen i spesialisthelsetjenesten medfører at det i hovedsak er akuttavdelingene som har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, selv om noen DPS-er yter øyeblikkelig hjelp på dagtid. Dette gjør at akuttavdelingene stort sett tar i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp innleggelse, og i liten grad vurderer henvisninger for pasienter som ikke trenger akutt hjelp. I grove trekk gjelder derfor funnene knyttet til retten til øyeblikkelig hjelp akuttavdelinger, mens funnene knyttet til retten til vurdering og prioritering gjelder DPS-er.

#### Rett til øyeblikkelig hjelp

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1<sup>2</sup> skal regionale helseforetak peke ut et nødvendig antall institusjoner eller avdelinger som skal ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til pasienter med psykiske lidelser. I henhold til forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet<sup>3</sup> gjelder retten ved frivillig og tvungen undersøkelse og behandling av pasienter med psykotiske tilstander og pasienter som står i fare for å forsøke å ta sitt eget liv, skade seg selv eller andre. Retten gjelder også pasienter som selv henvender seg direkte til spesialist-

helsetjenesten. For å innfri plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, må virksomheten ha tilstrekkelig kvalifisert personell i vakt og prosedyrer for å motta, undersøke og ivareta pasientene videre.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp synes i hovedsak å være ivaretatt på en forsvarlig måte ved de undersøkte virksomhetene. To steder er det imidlertid påvist mangel på kvalifisert personell ved pasientmottak. Det ene stedet sikrer ikke at lege er tilgjengelig for vurdering av øyeblikkelig hjelp henvelsendelser, ved det andre stedet blir pasienten ikke undersøkt av spesialist, og det konstateres at øyeblikkelig hjelp plikten dermed ikke er fullt ut oppfylt.

Det tas forbehold om at det kun er de institusjoner og avdelinger som yter øyeblikkelig hjelp som er undersøkt. Tilsynet har ikke omfattet kommunehelsetjenesten som vanligvis er henvisende instans. Vi vet derfor lite om henvisende instansers og pasienters opplevelse av tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten i øyeblikkelig hjelp situasjoner.

#### **Retten til vurdering og retten til prioritering**

Retten til vurdering og retten til prioritering er to selvstendige pasientrettigheter i lov om pasientrettigheter<sup>4</sup>, den siste også regulert i prioriteringsforskriften<sup>5</sup>. Bestemmelsene skal sikre at pasienter blir vurdert og prioritert på en forsvarlig måte og innen forsvarlig tid. Det skal skje innen 30 dager fra henvisningen er mottatt, eventuelt raskere dersom pasientens tilstand tilsier det. Det skal være full åpenhet overfor pasienten selv og henvisende lege om vurderingen av pasientens helsetilstand. Det skal også avklares og tilbakemeldes om pasienten anses å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ei, og om når et eventuelt tilbud kan forventes. Personer som ikke har rett til nødvendig helsehjelp eller som ikke er prioritert, skal informeres om retten til å klage.

Ved tilsynet ble det undersøkt om mennesker som har lidelser med psykotiske symptomer og / eller som har forsøkt å begå selvmord prioriteres. Begge disse gruppene er i prioriteringsgruppe 1, og skal prioriteres først. Tilsynet har sett på hvordan virksomhetene håndterer henvisningene og ordner "køen" i forbindelse med at henvisningen mottas. Om og på hvilken måte virksomhetene videre følger opp de pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, er ikke undersøkt. Tilsynet gir oss derfor ikke informasjon om pasientene faktisk får et tilbud innen den tiden som ble vurdert som forsvarlig da henvisningen ble

mottatt. For å sikre dette må virksomhetene fortløpende følge med på ventelisten og vurdere situasjonen for de pasientene som må vente lenger enn den tiden som var ansett som forsvarlig for vedkommende.

I nær halvparten av enhetene er det avdekket manglende etterlevelse av de krav som retten til vurdering og retten til prioritering stiller. Tilsynet avdekket de samme mangler i de akuttavdelingene der dette har vært relevante tema, som i de distriktspsykiatriske sentra.

De aller fleste funn knytter seg til en av de følgende mangler, eller flere i kombinasjon:

- pasientens helsetilstand er ikke vurdert
- pasienter nektes vurdering på geografisk grunnlag ("ikke innenfor opptaksområdet")
- vurderingsfristen på 30 dager oversettes, særlig hvis henvisningen er mangelfull
- tilbakemeldingene svikter, både med hensyn til hvem som får den og med hensyn til innhold. En hyppig svikt er for eksempel at det ikke fremgår om pasienten anses å ha rett til helsehjelp og om når tilbud kan forventes gitt.
- pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp blir ikke informert om klagerett

Ett eksempel er en virksomhet som ikke hadde noe system for å sikre at de alvorligst syke blir prioritert. Det fantes ikke rutiner for hvordan vurdering og prioritering skal foregå, og tre behandlingsteam benyttet tre ulike prioriteringskriterier. Fra et annet tilsyn der det avdekket at virksomheten ikke sikrer vurdering innen 30 dager og ikke sikrer prioritering, var de ansatte ikke kjent med krav om tilbakemelding innen 30 dager, og det forekom at pasienter som møtte opp direkte, ble avvist. Det er også avdekket eksempel på at pasientene besluttet prioritert når den første vurderingen gjøres, men uten at de faktisk blir gitt et tilbud i tråd med denne vurderingen. Prioriteringen er altså ikke reell i praksis.

Svikt i etterlevelsen av kravene til vurdering og prioritering kan ha mange uheldige følger. Når pasienten ikke får tilbakemelding, avskjæres en viktig mulighet til å få innflytelse på egen situasjon. Det er heller ikke gitt at henvisende lege er klar over at pasienten selv ikke har fått tilbakemelding. Resultatet kan



være at pasienten går glipp av behandlingstilbudet. Dersom bare pasienten og ikke henvisende instans får beskjed, vil legen ikke vite om det eventuelt er behov for oppfølging i ventetiden. Hvis pasienten ikke får opplyst om klagerett, mistes også en mulighet til å få gjennomgått en søknad på nytt.

Dersom henvisningene ikke vurderes forsvarlig og pasientene prioriteres slik som forutsatt, kan resultatet bli at alvorlige syke pasienter ikke får helsehjelp eller at det tar uforsvarlig lang tid fordi mindre syke mennesker kommer foran i køen. Dersom alvorlig psykisk sykdom ikke blir behandlet, og innen forsvarlig tid, kan tilstanden forverres, og risikoen for kronifisering av tilstanden øker.

### 3.1.2 Undersøkelse og vurdering av pasienter som har forsøkt å begå selvmord

Det er bred faglig enighet om at pasienter som har forsøkt å begå selvmord skal gis psykiatrisk undersøkelse og vurdering i den akutte fasen. Dette skal skje uavhengig av om pasienten først mottas i en somatisk eller psykiatrisk enhet. Helsetilsynets utredning om oppfølging av pasienter som har forsøkt å begå selvmord<sup>6</sup> fastslår at disse pasientene skal beholdes til observasjon i minimum 24 timer. De skal så raskt som mulig undersøkes av psykiater, psykolog eller annet personale med særskilt erfaring eller tilleggskompetanse. Videre behandling skal planlegges og det skal etableres nødvendig kontakt med eventuell oppfølgende instans. Etter som mange av disse pasientene først mottas i en somatisk avdeling, fordrer forsvarlig ivaretagelse at det finnes velfungerende samarbeidsrutiner med ansvarlig enhet i psykisk helsevern. Tilsynet hadde fokus på ordningene rundt den første psykiatriske undersøkelsen, og samarbeidet mellom psykisk helsevern og somatiske avdelinger i den forbindelse.

Det er avdekket enkelte tilfeller av faglig uforsvarlig tilbud. Det er rapportert om mangelfull kjennskap til og oppfølging av rutiner for bistand til somatiske avdelinger, og det er eksempler på at pasienten ikke er sikret personlig undersøkelse av faglig ansvarlig med nødvendig kompetanse. I ett tilfelle er det rapportert at avgjørelse om innleggelse blir truffet ut fra informasjon formidlet gjennom turnuslege eller assistentlege. Samme sted hadde som praksis at pasientene måtte henvises på nytt og gjennomgå en ny vurdering før de kunne få tilbud om videre oppfølging. I praksis innebærer det at pasienten må vente på videre oppfølging på linje med alle andre

som venter på et tilbud. Etter selvmordsforsøk er det imidlertid ofte helt avgjørende at pasienten får et tilbud umiddelbart. Fra et annet tilsyn blir det rapportert at psykiatrisk vurdering av pasienter i somatiske avdelinger ikke ivaretas i ferier og helger.

Rekrutteringsproblemer og manglende kontinuitet i utsatte spesialiststillinger kan være en grunn til vansker med å sikre enhetlig praksis mht behandling av disse pasientene, jf også neste avsnitt.

Det store flertall av tilsynene fant imidlertid at virksomhetene har klare og kjente retningslinjer for psykiatrisk vurdering av pasienter innlagt etter selvmordsforsøk. Det ser ut til at disse retningslinjene blir fulgt enten pasientene befinner seg i somatisk eller psykiatrisk avdeling. I tilsynet er det i liten grad gjort undersøkelser i de somatiske avdelingene. Oppsummeringen er derfor hovedsakelig basert på informasjon som ble innhentet fra psykisk helsevern.

### 3.1.3 Nødvendig kompetanse

Et forsvarlig helsetjenestetilbud forutsetter tilstrekkelig kompetanse. Virksomhetene plikter å vurdere hvilken kompetanse som er nødvendig ut fra hvilke oppgaver de skal ivareta, og å iverksette tiltak for å sikre slik kompetanse. Det kan skje ved opplæring, faglig oppdatering eller rekruttering. I tilsynet er det undersøkt om den aktuelle virksomheten planlegger og tilbyr opplæring og faglig oppdatering til alle aktuelle personellgrupper. Det er sett på tilgjengeligheten til nødvendig fagpersonell og på eventuelle rekrutteringstiltak.

I storparten av virksomhetene er det ikke påpekt brudd på kravene til systematisk opplæring og oppdatering av personalet. Det er imidlertid flere observasjoner av at det mangler leger, og især leger med spesialitet i psykiatri. Dette er et vanligere problem i DPS-ene enn i akuttavdelingene. Mangel på psykologkompetanse er også funnet flere steder, og det gjelder både akuttavdelinger og DPS-er.

Resultatene av manglende kompetanse rapporteres på flere måter. I ett DPS ble det påvist at pasienter har vært innlagt uten at de i løpet av oppholdet har hatt kontakt med lege eller psykolog. Et annet DPS har lege en dag i uken og mangler psykolog. Journaler mangler notater fra lege eller psykolog, og konklusjonen er at tilbudet til de alvorligst syke er faglig uforsvarlig. Om nok et DPS konkluderes at mangel på kontinuerlig bemanning av psyki-

ter gir redusert kapasitet til å behandle pasienter med psykose.

En konsekvens av manglende fagkompetanse kan være at pasientene ikke sikres behandling på spesialisthelsetjenestenivå. Hvis det ikke finnes personell som kan yte kvalifisert vurdering, diagnostisering og behandling, er behandlingen ikke forsvarlig. Pasientene risikerer i beste fall ingen forbedring, i verste fall forverring av tilstanden. Hvis mål og oppgaver justeres i forhold til den kompetanse som fins, vil i og for seg enkeltpasienter kunne få et forsvarlig tilbud. Men generelt øker risikoen for svikt og uforsvarlighet dersom knappheten på fagkompetanse blir for stor. Hvis virksomheten justerer pasientinntaket til tilgjengelig kompetanse, kan det medføre at alvorlig syke pasienter ikke får det tilbudet de har krav på. Virksomheten yter ikke det tilbudet den er pålagt, men bryter kravene i forskrift om prioritering av helse-tjenester og rett til helsehjelp.

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

Kontrollkomisjonene for psykisk helsevern er særskilt opprettet for å følge med på og kontrollere at bruk av tvang foregår på forsvarlig måte. Tilsynet på dette området var derfor lagt opp til å supplere kontrollkomisjonenes oppgaver og aktiviteter, og det ble undersøkt om pasienter som utsettes for tvang blir informert om sin rett til å klage. I henhold til forskrift om etablering av tvungen psykisk helsevern<sup>7</sup>, skal det i hvert tilfelle der det er vedtatt bruk av tvang, også være dokumentert at pasienten er blitt informert om klageretten.

Dette området synes å være vel ivaretatt ved de tilsette virksomhetene. Det er i ett tilfelle konstatert manglende dokumentasjon av at pasient er informert om klagerett.

### **3.3 Samhandling mellom akuttavdelinger og distriktpsykiatriske sentra**

Svært mange av de alvorligst psykisk syke pasientene trenger både kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenester. Opptrappingsplanen for psykisk helse beskriver oppgave- og funksjonsfordelingen mellom de kommunale tjenestene og de ulike tilbudene i spesialisthelsetjenesten.

Målet er at pasientene til en hver tid skal få det tilbudet som er mest hensiktsmessig, og at det skal være forsvarlig sammenheng og

flyt mellom tjenestene, slik at pasientene unngår i perioder å stå uten tilbud mens de venter, eller blir unødig lenge i et behandlingstilbud i påvente av nytt tilbud. Det er et viktig faglig krav at pasienter som har lidelser med psykotiske symptomer som har vært innlagt i en akuttavdeling eller post, sikres oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter at de er skrevet ut fra akuttavdelingen.

Epikrise, individuell plan og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt kan alle ses som lovpålagte virkemidler for samarbeid og kommunikasjon mellom ulike tjenester og nivåer og med pasient. På ulike vis skal disse bidra til å sikre faglig og organisatorisk sammenheng i tilbudet til enkeltpasienter.

#### **3.3.1 Ansvars- og oppgavefordeling mellom distriktpsykiatriske sentra og akuttavdelinger**

Tilsynet viser at det er et stort forbedringspotensial for de aller fleste virksomhetene i å få på plass ansvars- og oppgavefordeling og samhandlingsforhold som fungerer. Ved å velge ut akuttavdelinger og DPS-er som parvis har ansvar for samme opptaksområde, har det vært mulig å etterspørre og undersøke disse forholdene fra begge hold. Tilsynet viser at det er mange elementer som mangler før spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende kjede. Å komme i mål med en helhetlig tjeneste, er en utfordring for enkeltvirksomhetene, men også for helseforetakene som har det overordnede ansvar for tilbudet.

Det er observert tre kategorier av mangler eller forbedringsområder som oppfattes å være til hinder for en fungerende oppgavefordeling. De gjelder samhandlingsforhold, manglende kompetanse og manglende utbygging av tilbud.

I så mange som halvparten av alle virksomhetene finner tilsynet at ansvars- og oppgavefordelingen mellom akuttavdeling og de distriktpsykiatriske sentra ikke er avklart, at den ikke er kommunisert til alle den angår, eller at det ikke finnes faste kommunikasjonsarenaer. Fra ett tilsyn er det for eksempel rapportert at pasienter blir stående uten tilbud i lengre tid til tross for at det er ledige langtidsplasser i DPS. Årsaken er uhensiktsmessige søknadsprosedyrer. Mange steder mangler det med andre ord et styrende system for fordeling av oppgaver og samhandling om oppgaveløsning mellom de ulike tjenestene.

Døgnavdelingene i DPS er i flere tilfeller beskrevet å ha vanskelig tilgjengelighet til lege- og psykologkompetanse, jf også 3.1.3. Selv om DPS er forutsatt å ha enhetlig faglig ledelse, er det observert at det kan være vanskelig å bruke poliklinikkens ressurser. Manglende faglig beredskap i døgnavdelingene i DPS vanskeliggjør overføring av pasienter fra akuttpsykiatrisk avdeling.

I tillegg er det rapportert at det kan være ulik oppfatning mellom poliklinikker under samme foretak og mellom poliklinikker og døgnavdelinger, om hva som er de prioriterte oppgavene. Dette kan være utslag av ufullstendig gjennomføring av omorganisering, idet tidligere selvstendige enheter er slått sammen til ett DPS eller til en akuttpsykiatrisk avdeling, men uten enhetlig ledelse.

Ufullstendig bygningsmessig utbygging av DPS-tilbudet kan også være til hinder for oppgaveløsning. Flere DPS-er må avvise alvorlig syke pasienter fordi de ikke kan tilby skjerming.

Det er rapportert ulike konsekvenser av uklare oppgavefordeling og manglende samhandling:

- pasienter som er for dårlige til å klare seg uten systematisk oppfølging blir skrevet ut til hjemmet fordi DPS-poliklinikken ikke har time for nye pasienter
- akuttavdelinger velger å beholde utskrivningsklare pasienter, enkelte med overbelegg og derav følgende risiko for redusert kvalitet på tilbudet og uforsvarlig pasientbehandling
- akuttavdelinger tar imot pasienter med lettere psykiske lidelser fordi det mangler andre behandlingstilbud.

Det er også eksempler på at samarbeid og oppgavefordeling fungerer godt; med god pasientflyt mellom klinikk og DPS, og uten venteliste. Andre har løpende kontakt om pasienter de skal dele ansvar for, med daglige eller ukentlige møter og konferanser.

Konklusjonen er at det synes å være langt igjen til oppgavefordelingen fungerer i henhold til intensjonen i opptrappingsplanen, og pasientene er sikret forsvarlig oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Konsekvensen kan være at pasienter ikke får nødvendig behandling, eller at de ikke får riktig behandling fordi de blir behandlet på feil nivå.

### 3.3.2 Individuell plan

Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og skal være et virkemiddel for å styrke samhandlingen mellom pasient og tjenesteytere og mellom ulike tjenesteytere. Forskrift om individuelle planer<sup>8</sup> inneholder blant annet krav om at planen skal beskrive pasientens behov og ressurser, mål for behandling og tiltak og ansvarsforankring for de ulike tiltak. Alle pasienter i psykisk helsevern har rett til individuell plan. Pasienter under tvungent psykisk helsevern skal ha individuell plan, uavhengig av eget ønske. Plikten påhviler flere instanser, og skal resultere i en plan for hver pasient. Det er ikke nødvendigvis mest hensiktsmessig at arbeidet forankres i spesialisthelsetjenesten, men denne skal medvirke, og om nødvendig initiere arbeidet.

Vesentlige elementer for å sikre at de pasienter som skal ha individuell plan faktisk får det, er at retten og plikten er godt kjent i virksomheten, at det finnes prosedyrer for arbeidet og at arbeidet er ansvarsforankret. I tillegg må det være gode rutiner for involvering av pasient, pårørende og aktuelle samarbeidsparter i kommunen og øvrig spesialisthelsetjeneste. Status for arbeidet med individuell plan og selve planen skal være dokumentert i pasientjournal.

I en del av tilsynene er kravet om å medvirke i arbeidet med individuell plan bare undersøkt for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Men de fleste har også undersøkt hvordan retten til individuell plan ivaretas for pasienter under frivillig psykisk helsevern.

Tilsynet viser at nesten ingen av virksomhetene sikrer utarbeidelse av individuelle planer, og hele tre av fire akuttavdelinger har fått avvik på dette området. Observasjonene som ligger til grunn for det store antall pliktbrudd på dette området, kan grupperes slik:

- ved journalgjennomgang gjenfinnes få eller ingen konkrete planer, som også tilfredsstiller de innholdsmessige kravene
- lovkravet er lite kjent; plikten til å utarbeide individuell plan til alle pasienter innlagt under tvang er ikke kjent, det er dårlig kunnskap og bevissthet om at individuell plan er en rettighet, og at pasienter også har klagerett dersom de ikke får en plan
- virksomhetene har ikke laget prosedyrer for å informere pasientene, utarbeide og følge opp individuelle planer på en systematisk måte

- prosedyrer og retningslinjer for arbeidet er utarbeidet, men de følges ikke opp i praksis
- lovkravet er kjent, men ansvaret er skjøvet over på samarbeidsparter i kommunen.

Det er imidlertid funnet eksempler på virksomheter som er godt i gang med arbeidet. Der er plikten godt kjent, mal, retningslinjer og sjekkliste finnes, pasientene blir informert og konkrete planer gjenfinnes. Enkelte steder har virksomhetene også fått til felles mal for kommuner, DPS og akuttavdelinger, og det samarbeides godt med kommunene om å utarbeide planer.

Konsekvensene av svikt på dette området er at pasientene ikke sikres et koordinert tjenestetilbud. Pasientene mister også en viktig mulighet til å påvirke valg og utforming av løsninger i samspill med tjenesteyterne.

### 3.3.3 Veiledningsplikt

Veiledningsplikten<sup>9</sup> innebærer at kommunehelsetjenesten har rett til råd, veiledning og opplysninger fra spesialisthelsetjenesten om helsemessige forhold som er nødvendig for å løse oppgaver pålagt i kommunehelsetjenesteloven. Veiledningsplikten påhviler helsepersonell, men virksomheten plikter å legge til rette for at personellet blir i stand til å overholde plikten.

Det ble i det alt vesentlige gitt god veiledning i forbindelse med enkeltpasienter, mens det mangler mye på at også plikten til å veilede på generelt grunnlag blir etterlevd.

Det er altså ikke funnet alvorlig svikt ved noen av de gjennomførte tilsynene hva gjelder veiledningsplikten, men det er i noen tilfeller påpekt behov for forbedringer.

### Epikriser

Epikrise kan ses som et viktig kommunikasjonsmiddel og forutsetning for oppfølging av pasienten. Virksomhetene plikter i henhold til journalforskriften<sup>10</sup> og plikten til internkontroll å sikre at epikriser sendes i forsvarlig tid etter at pasienten er skrevet ut.

Epikriser skal sendes innen en uke, og alltid til kommunehelsetjenesten (fastlege), også når en annen lege henviser. Epikrise er en nødvendig betingelse for faglig forsvarlig behandling i neste ledd, og et bidrag til å sikre kontinuitet i tilbudet for pasienten.

Nær ett av tre tilsyn avdekker svikt og man-

gler når det gjelder sikring av at epikrise sendes i forsvarlig tid og til rett instans. Enkelte steder er det satt interne frister som er i strid med regelverket, og det er funnet epikrisetid fra noen dager og uker til flere måneder. Det gjøres oppmerksom på at tilsynsmyndighetene ikke har gått inn og sett på innhold og kvalitet av epikrisene.

Mulige følger av at epikrisen ikke kommer i forsvarlig tid eller ikke kommer i det hele tatt, er at pasienter risikerer å vente unødigen lenge på å bli fulgt opp, at de får feil behandling eller at behandlingen blir avbrutt. Forutsetningen for å kreve at kommunehelsetjenesten skal handle raskt og med relevant tilbud, er at epikrisen foreligger umiddelbart.

### 3.4 Bruk av erfaringer og annen informasjon i forbedringsarbeid

Det er et mål at tjenester ytes som planlagt, at eventuell svikt som oppstår blir rettet opp og at det settes inn tiltak for å unngå at den samme svikten oppstår igjen. Dette er lovfestet gjennom plikten til å føre internkontroll<sup>11</sup>. Ikke minst for virksomheter som har ansvar for tjenester til alvorlig syke pasienter er det vesentlig å ha fokus på områder hvor risikoen for svikt er stor. Tilsynet undersøkte om virksomhetene på en systematisk måte evaluerer egen praksis til bruk i internt forbedringsarbeid, generelt og når det gjelder bruk av tvang.

#### 3.4.1 Evaluering av egen tvangsbruk

Med få unntak er dette området bare relevant for akuttavdelingene, ettersom det så langt er de færreste DPS-er som er godkjent for bruk av tvang. Det er store geografiske og institusjonsvise variasjoner i bruken av tvang i Norge. I gjennomsnitt blir 40 % av alle pasienter lagt inn etter vedtak om tvunget psykisk helsevern. Andelen tvangsinnleggelse er høyere i akuttavdelingene enn i andre sykehusavdelinger.

*Tvang* utfordrer i stor grad sentrale verdier som pasientenes autonomi og integritet. Risikoen for svikt på dette området er stor, og konsekvensene alvorlige. Det er av denne grunn også det mest detaljregulerte området i psykisk helsevern. Likevel er det store geografiske variasjoner i tvangsbruken. Opptrappingsplanen for psykisk helse har mål om reduksjon og mer forsvarlig bruk av tvang. Derfor må det også forventes at virksomhetene løpende følger med på og evaluerer egen praksis på dette området. God kunnskap

om egen praksis er en viktig forutsetning for endringsarbeid.

Tilsynet skulle undersøke om virksomhetene tar i bruk tilbakemeldinger fra kontrollkommisjonene, aggregerte data om tvangsbruk på institusjonsnivå og klager over tvangsbehandling i sitt forbedringsarbeid.

Tilsynet viser på dette området gjennomgående svikt, ettersom mer enn halvparten av akuttavdelingene ikke kunne godtgjøre at de systematisk har tatt i bruk tilgjengelig kunnskap om tvangsbruk i sitt forbedringsarbeid. Det framkommer i noen tilsyn at data om tvang registreres og rapporteres videre. Å gjøre rapporterte data til gjenstand for bredere drøfting og vurdering i faglige sammenhenger internt er imidlertid ingen selvfølge. Det samme gjelder kontrollkommisjonenes årsrapporter og mottatte klager.

Enkelte virksomheter synes imidlertid å ha et bevisst forhold til bruk av denne type kunnskap i eget forbedringsarbeid. Det er eksempler på virksomheter som har deltatt i det såkalte gjennombruddsprosjektet om tvang, og på andre som systematisk dokumenterer, registrerer og vurderer statistikk og annen informasjon om egen tvangsbruk.

### 3.4.2 Bruk av erfaringer og annen informasjon i forbedringsarbeid

Etter forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenesten skal virksomhetene systematisk evaluere og drive forbedringsarbeid på bakgrunn av erfaring, tilbakemeldinger og brukertilfredshet.

Tilsynet har påvist svikt i nærmere tre av fire virksomheter på dette området. Jevnt over er oppsummeringen at virksomhetene mangler et system for å melde eller bruke meldte avvik, aggregerte data, tilbakemeldinger fra brukere og pårørende, klager og andre erfaringer. Mange har heller ikke utpekt forbedringsområder. Dette funnet må sies å være en alvorlig svikt i internkontrollen.

I de fleste tilsynene har det vært fokusert på avvikshåndtering. Det er undersøkt om det i virksomhetene er lik oppfatning av hva som skal meldes, om hva som meldes og om meldte avvik blir brukt i forbedringsarbeid osv. Observasjonene er at:

- det mange steder ikke finnes noe avvikhåndteringssystem

- der det finnes meldingsprosedyrer og meldingsskjema blir disse ikke fulgt, dvs avvik blir ikke meldt, eller

- kun § 3-3 meldinger blir meldt (meldinger om alvorlig skade på pasienter mv, som skal meldes til Helsetilsynet i fylket)

- det er usikkerhet og uenighet om hva som er et avvik, og hva som eventuelt skal meldes

- meldte avvik blir ikke brukt i systematisk forbedring, og det finnes ikke rutiner for å rette opp avdekkede avvik og feil.

Tilsynet bekrefter at det er dårlig forståelse for betydningen av å samle, systematisere og bruke egen erfaring og tilgjengelig kunnskap om egen virksomhet for å vurdere egen praksis.

## 4 Oppsummering og forslag til tiltak

For de distriktpsikiatriske sentra og akuttavdelingene er det en kjerneoppgave å ivareta de alvorligst syke pasientene. Dette tilsynet har undersøkt sider ved tilgjengeligheten, behandlingsskjeden og overganger mellom ulike tilbud, og om virksomhetene har en systematisk tilnærming til å forbedre egen praksis gjennom bruk av erfaringer og annen tilgjengelig kunnskap.

Tilsynet har i det alt vesentlige vist at øyeblikkelig hjelp plikten blir overholdt. Pasienter som har forsøkt å begå selvmord er med få unntak sikret tilbud om kvalifisert undersøkelse og vurdering i den akutte fasen.

Helsetilsynet ser alvorlig på at tilsynet har avdekket stor variasjon i tilnærming og rutiner i forbindelse med inntak av pasienter som blir henvist uten at det dreier seg om akutt eller øyeblikkelig hjelp. I halvparten av tilsynene er det konstatert svikt knyttet til rett til vurdering og prioritering. Akuttavdelinger tar stort sett inn pasienter som øyeblikkelig hjelp, så svikten knyttet til vurdering gjelder først og fremst DPS-ene. Tilsynet har også avdekket at en del av døgnavdelingene i DPS mangler lege- og psykologressurser. Det gjør at alvorlig syke pasienter ikke kan tas i mot. Dette, sammen med svikten knyttet til håndteringen av henvisninger, gir indikasjoner på at det er DPS-er som ikke gir tilbud til de alvorligst syke pasientene.

Helsetilsynet vil understreke at rett prioritering og ivaretagelse av de pasientene som trenger det mest, er en plikt som påhviler den enkelte virksomhet. Helseforetakene har ansvaret for den faglige styringen, og for å se til at nødvendige rammebetingelser er på plass, slik at virksomhetene kan etterleve denne plikten.

Et annet alvorlig funn i dette tilsynet er svikt i samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten. For at pasientene skal sikres oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter at de er skrevet ut fra akuttavdelingen, må det være entydlig funksjonsdeling og samarbeid mellom akuttavdeling og DPS. I så mange som halvparten av alle virksomhetene er det mangelfulle samhandlingsrutiner og uklar oppgavefordeling. Dette gir dårlig pasientflyt mellom akuttavdelinger og DPS, og konsekvensene kan være at pasienter med behov for rolige og trygge omgivelser må forbli i akuttavdelingen fordi det mangler andre tilbud, eller at de skrives ut til hjemmet uten oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet ser med bekymring på at tjenestetilbudet i så liten grad er tilpasset de pasientene det er til for. Det er de alvorligst syke som ofte har behov for et sammensatt tilbud og for oppfølging over tid. Det er en utfordring for enkeltvirksomhetene å legge til rette for samarbeid, men også for helseforetakene som har det overordnede ansvar for helheten.

Individuell plan er et lovpålagt virkemiddel for å styrke samhandlingen mellom pasient og ulike tjenesteytere, og er forankret i helse- og sosiallovgivningen, inkludert pasientrettighetsloven. Plikter og rettigheter knyttet til individuell plan er sterkere innen psykisk helsevern enn på andre tjenesteområder. Flere steder hersker det likevel usikkerhet om plikter og om pasientenes rettigheter. Det er også bare et fåtall av de tilsette virksomhetene som har medvirket til at pasientene får en individuell plan. Konsekvensen av svikt på dette området er at pasientene mister muligheten for bedre samordnede tjenester, og risikoen for å falle mellom stoler øker.

Helsetilsynet konstaterer at dette tilsynet har avdekket den samme svikten knyttet til individuell plan som tilsynet med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Vi ser alvorlig på at fagmiljøene ikke synes å ha erkjent eller tatt konsekvensen av at alle pasienter i psykisk helsevern har rett til å få en individuell plan, og at alle pasienter under tvang skal ha en slik plan også uavhengig av eget ønske.

På bakgrunn av bl.a. det landsomfattende tilsynet med helsetjenester til barn og unge med psykiske lidelser i 2002, der det ble konkludert at lovkravet om individuelle planer ikke etterleves, påpeker Sosial- og helsedirektoratet i en statusrapport om Opptrappingsplanen<sup>12</sup> behov for en gjennomgang av bestemmelsene om individuelle planer, for å få en opprydding av ansvarsforholdene. Helsetilsynet oppfatter at behovet for en slik opprydding er ytterligere dokumentert med dette tilsynet, men vil understreke at det er tjenestene og ikke lovgiver som har den største utfordringen.

Det er et lovkrav at tjenestene skal lære av sine feil, og spesielt viktig at virksomheter som behandler alvorlig syke pasienter har et fokus på de delene av tjenesten som kan svikte. Dette tilsynet har avdekket at virksomhetene i liten grad har fokus på systematisk å overvåke og følge med på prosesser som det er risiko for at kan feile, hvor konsekvensene av svikt er spesielt store, og hva som kan og bør gjøres for å hindre slik svikt. Det er med andre ord langt igjen til virksomhetene fremstår som lærende organisasjoner, og tar i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, erfaringer og data for evaluering av egen virksomhet, enten det gjelder prioritering, ressursbruk eller bruk av tvang.

Tilsynet har avdekket at det i psykisk helsevern er for dårlig kjennskap til og forståelse for deler av regelverket. Det er derfor et stort behov for å bedre kunnskapen om hvilke lover som gjelder, slik at viktige pasientrettigheter kan bli ivaretatt og forsvarlig helsehjelp til befolkningen kan sikres. Helsetilsynet vil peke på at det er ledelsens ansvar å sørge for at krav til spesialisthelsetjenesten blir tatt i bruk og fulgt opp. I arbeidet med å få implementert gjeldende regelverk, har også de regionale helseforetak et viktig ansvar. Det er disse som er gitt ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen i regionene, og følgelig også for at tjenestene ytes i tråd med gjeldende lovverk.

## 5 Referanser

- 1) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, 30. mars 1984
- 2) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., 21. desember 2000
- 3) Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, 21. desember 2000
- 4) Lov om pasientrettigheter, 1. januar 2001
- 5) Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, 21. desember 2000
- 6) Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Helsetilsynets utredningsserie. Oslo: Helsetilsynet, 2001, IK 2743
- 7) Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern mv, 21. desember 2000
- 8) Forskrift om individuelle planer, 6. august 2001
- 9) Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, § 6-3 i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., 2. juli 1999
- 10) Forskrift om pasientjournal, 21. desember 2000
- 11) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, 20. desember 2002
- 12) Opptrappingsplanen for psykisk helse, Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006, Oslo, oktober 2003, Rapport 15-1128



# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2003

**1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

**2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

**3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

**4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

**5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

**6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

**7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smitte-vernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

**8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlege-ordningen (september 2003)

**9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgs- sektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

**10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

**11/2003** Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

## Utgivelser 2004

**1/2004** Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003 (februar 2004)

**2/2004** Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivnings-klare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003 (februar 2004)

**3/2004** Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker (februar 2004)

**4/2004** Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer (februar 2004)

**5/2004** Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (mars 2004)

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

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

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Rapport fra Helsetilsynet 4/2004

### **Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer**

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2003 tilsyn med deler av spesialisthelsetjenestene til voksne med psykiske problemer. Det ble gjennomført tilsyn i til sammen 39 distriktpsykiatriske sentra (DPS) og psykiatriske akuttavdelinger. Tilsynet undersøkte sider ved tilgjengeligheten og samhandlingen mellom akuttavdelingene og DPS-er, og om bruk av erfaringer og annen tilgjengelig kunnskap i eget forbedringsarbeid.

Et helhetlig tilbud til pasientene forutsetter en klar oppgavefordeling og fungerende samhandlingsrutiner mellom DPS og akuttavdelinger. I så mange som halvparten av virksomhetene ble det funnet svikt i den interne samhandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette er alvorlig, fordi det øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling eller at de ikke får rett behandling. Individuell plan skal bidra til samordning av tjenestene, men det er så langt bare et fåtall av virksomhetene som har tatt initiativ til eller som medvirker til individuell plan. Det ble videre avdekket manglende etterlevelse av de kravene som retten til vurdering og prioritering stiller, noe som øker risikoen for at de mest alvorlig syke pasientene ikke får behandling.

Helsetilsynet ser alvorlig på at det i psykisk helsevern synes å være dårlig kjennskap til og forståelse for deler av regelverket. Det er derfor et stort behov for å bedre kunnskapen om hvilke lover som gjelder, slik at viktige pasientrettigheter kan bli ivaretatt og forsvarlig helsehjelp til befolkningen kan sikres. I konklusjonen peker Helsetilsynet på at det er ledelsens ansvar å sørge for at krav til spesialisthelsetjenesten blir tatt i bruk og fulgt opp. I arbeidet med å få implementert gjeldende regelverk, har også de regionale helseforetak et viktig ansvar. Det er disse som er gitt ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen i regionene, og følgelig også for at tjenestene ytes i tråd med gjeldende lovverk.