



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

Egenvurderingsskjema

Er det samsvar mellom egen praksis og krav i regelverket?

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

Tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge

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

Barn og unge med psykiske lidelser er en sårbar pasientgruppe. Potensialet for å forebygge senere psykisk lidelse er stort ved tidlig intervensjon. Konsekvensene av svikt i tjenestene kan være alvorlige for resten av livsløpet. Det er derfor viktig at tilsynet har størst mulig rekkevidde, og at det oppnås effekt i hele tjenesten. Alle landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker blir involvert i tilsynet. Tilsynsmyndigheten skal undersøke om pasientforløpene preges av god fremdrift, kontinuitet og kvalitet i de ulike fasene: (a) mottak og vurdering av henvisninger, (b) utredning og diagnostisering, (c) behandling og (d) avslutning og oppfølging av behandling.

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

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

Praktisk gjennomføring i det enkelte helseforetak

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

1. Mottak og vurdering av henvisning

Sjekkpunkt 1:

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

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

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

Referanser/lovparagrafer:

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

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

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

Ja	Nei

Veiledning til bedømmelsen:

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

Kommentarer/avveininger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

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

Sjekkpunkt 2:

Overholdes individuelt satt frist for oppstart av nødvendig helsehjelp?

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

Referanser/lovparagrafer:

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

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

Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?

Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?

Har alle involverte fått nødvendig opplæring?

Ja	Nei

Veiledning til bedømmelsen:

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

Kommentarer/avveiiinger:

--

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

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

Sjekkpunkt 3:

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

Er første konsultasjon starten på et sammenhengende og planlagt utredningsforløp?

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

Referanser/lovparagrafer:

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

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

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

Veiledning til bedømmelsen:

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

God praksis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, tilsier at det i de fleste pasientforløpene innen psykisk helsevern for barn og unge, vil være hyppige kontakter med konsultasjoner ukentlig eller hver andre uke. Det kan være gode grunner for at det kan ta lengre tid mellom konsultasjoner, både faglige grunner og etter ønsker fra pasient/pårørende. Langt opphold mellom første og andre konsultasjon kan også ha sin årsak i at virksomheten har problemer med å igangsette utredningen (helsehjelpen) til

fastsatt tid, for eksempel på grunn av dårlig organisering og kapasitetsproblemer. Dersom det er et tydelig mønster at det går lang tid mellom første og andre konsultasjon i flere saker, er det en sterk indikasjon på at utredningsløpet ikke i realiteten startes opp ved første konsultasjon, med mindre det av journalene/intervjuene kan vise at dette er faglig begrunnet eller av hensyn til pasienten/foresatte. Virksomheten bør finne frem til journaler der det er mer enn 2 til 3 uker mellom første og andre konsultasjon, og undersøke nærmere. Har det en akseptabel årsak? Jo lengre opphold og jo flere journaler med slike funn, jo sterkere indikasjon på at første konsultasjon i realiteten ikke var oppstart på utredningen. Her må det utøves noe skjønn. Det er virksomhetens praksis og ikke enkelthendelser vi ønsker å avdekke.

Kommentarer/avveiiinger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

4. Utredning og diagnostisering, del 1

Sjekkpunkt 4:

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

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

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

Referanser/lovparagraf:

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

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

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

Veiledning til bedømmelsen:

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

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

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

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

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

Kommentarer/avveiiinger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

5. Utredning og diagnostisering, del 2

Sjekkpunkt 5:

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

Blir utredning og diagnostisering gjennomført innen forsvarlig tid?

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

Referanser/lovparagraf:

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

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

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

Veiledning til bedømmelsen:

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

Den diagnostiske vurderingen skal gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon. Virksomheter som er godt organisert og som har god tilgang på kompetent personell inkludert spesialister, kan ha dette klart innen 3-4 uker etter første konsultasjon. For de fleste tilstander vil man kunne ha nok informasjon i løpet av 3 måneder dersom utredningen er systematisk. I praksis betyr dette ofte mellom 8 og 12 konsultasjoner. I Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren: *Registrering av hovedtilstand*

psykisk helsevern barn og unge (indikator N-024), står det at det er et mål at diagnosekodene skal settes seinest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten. Dersom det tas utgangspunkt i dette målet og at det normalt er konsultasjoner ukentlig eller annenhver uke, vil det være et rimelig utgangspunkt at en utredning kan ta ca. 10 til 12 uker. Dette understøtter at diagnose i de fleste tilfeller vil kunne settes i løpet av 3 måneder. Denne tidsangivelsen må regnes som et utgangspunkt, og ikke en absolutt grense.

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

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

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

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

Kommentarer/avveiiinger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

6. Utredning og diagnostisering, del 3

Sjekkpunkt 6:

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

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

Referanser/lovparagraf:

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

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

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

Ja	Nei

Veiledning til bedømmelsen:

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

Kommentarer/avveininger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

7. Utredning og diagnostisering, del 4

Sjekkpunkt 7:

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

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

Referanser/lovparagraf:

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

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

Har poliklinikken en felles og styrt praksis (felles rutiner) på dette området?

Følger ledelsen av poliklinikken med på at etablerte rutiner etterleves?

Har alle involverte fått nødvendig opplæring?

Ja	Nei

Veiledning til bedømmelsen:

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

Kommentarer/avveiiinger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

8. Brukermedvirkning og samhandling med andre tjenester

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

Sjekkpunkt 8a:

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

Referanser/lovparagrafer:

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

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

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

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

Veiledning til bedømmelsen:

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

Kommentarer/avveininger:

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik

Sjekkpunkt 8b:

Har helseforetaket sørget for at det er etablert rutiner som sikrer at kommunen varsles når det er behov for opprettelse av individuell plan, og at helseforetaket deltar i arbeidet i de tilfellene førstelinjetjenesten har ansvar for opprettelsen?

Følger ledelsen ved poliklinikken med på at etablert rutine etterleves?

Følger ledelsen ved poliklinikken opp påviste feil og mangler i daglig drift?

Ja	Nei

Referanser/lovparagrafer:

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

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

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

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

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

Veiledning til bedømmelsen:

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

Kommentarer/avveiiinger:

--

Konklusjon:

Avvik

Ikke avvik