

Veileder for landsomfattende tilsyn 2008-2009

Spesialisthelsetjenester ved distrikts- psykiatriske sentre (DPS) til voksne med psykiske lidelser

Godkjent av direktør Lars E. Hanssen 14. januar 2008

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. Innledning	4
1.1. Kort om spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser	4
1.2. Kunnskapsgrunnlag og tilsynsaktiviteter	4
1.3. Nærmere om avgrensning av tilsynet og prioriterte pasientgrupper.....	6
1.3.1. Områder for tilsynet	6
1.3.2. Prioriterte pasientgrupper.....	7
1.4. Hvordan veilederen skal forstås og brukes	8
2. utfordringer knyttet til internkontroll i DPS	9
2.1. Innledning	9
2.2. Organisering	9
2.3. Samhandling	9
2.4. Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon	10
2.5. Tiltak for å legge til rette for god praksis og korrigere og forebygge svikt	10
2.6. Personell- og kompetansestyring	10
2.7. Ledelsens oppfølging og årlige gjennomgang	11
3. Valgte områder	11
3.1. Vurdering og prioritering av henviste pasienter	12
3.1.1. Innledning	12
3.1.2. Håndtering av henvisninger	12
3.2. Utredning.....	15
3.2.1. Innledning	15
3.2.2. Generelle krav til forsvarlig utredning	15
3.2.3. Utredning av tidligere og nåværende psykiske lidelser.....	16
3.2.4. Utredning av tidligere og nåværende somatiske lidelser.....	16
3.2.5. Utredning av selvmordsfare	16
3.2.6. Kartlegging av familie og pårørende.....	17
3.2.7. Samarbeid og samhandling	17
3.2.8. Vurdering av risiko for å være til fare for andre	18
3.2.9. Utredning av de særlig utvalgte pasientgrupper.....	18
3.3 Behandling og oppfølging	19
3.3.1. Innledning	19
3.3.2. Brukermedvirkning	19
3.3.3. Samarbeid og samhandling	20
3.3.4. Individuell plan	20
3.3.5. Planmessig oversikt over behandlingen	20
3.3.6. Tilgjengelighet	21
3.3.7. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon	22
3.3.8. Behandling og oppfølging av personer med alvorlig depresjon.....	23
3.3.9. Avslutning av behandling	24
4. Revisjonskriterier	25
4.1. Innledning	25
4.2. Revisjonskriterier	25

4.2.0. Generelle styringskrav	25
4.2.1. Vurdering av nye pasienter	27
4.2.2. Utredning	28
4.2.3. Behandling og oppfølging.....	31
5. Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet	35
5.1. Generelt	35
5.2. Tilsynsmetodikk.....	35
5.3. Tilsynslagene	35
5.4. Fagrevisorer	36
5.5. Tidsramme og omfang av tilsynet.....	36
5.6. Valg av virksomheter	36
5.7. Forberedelser og dokumentinnhenting	37
5.8. Intervjuobjekter, intervjuer og verifikasjoner	38
6. Rapporter	39
6.1. Tilsynsrapport	39
6.2. Regional oppsummeringsrapport	39
6.3. Nasjonal oppsummeringsrapport	39

Vedlegg: Ikke med i internnettversjon

Vedlegg 1: Oversikt over DPS pr. 1.1.2006

Vedlegg 2: Arbeidsgruppens mandat

Vedlegg 3: Liste over fagrevisorer

1. Innledning

1.1. Kort om spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser

De siste ti-årene har det skjedd en stor omlegging av spesialisthelsetjenestene til personer med psykiske lidelser. Nedbygging av de store sentralinstitusjonene startet på 1960-tallet i tråd med utviklingen i andre vestlige land (SINTEF, WHO). St.meld.nr. 25 (1996-97), som blant annet redegjør for Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008)¹, slo fast at det var nødvendig å bygge ut og modernisere psykisk helsevern. Blant annet skulle dette gjøres med en klarere spesialistprofil og mer differensierte og lettere tilgjengelige tjenester for befolkningen gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentra (DPS).

Opptappingsplanen innebærer en styrking og omstrukturering av tjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud. Et stort antall plasser i sykehus og psykiatriske sykehjem er nedlagt og DPS etablert. Det bygges opp et desentralisert helsetjenestetilbud, bestående av spesialisthelsetjeneste, representert ved DPS, og kommunale tjenester slik at tilbud om hjelp og behandling kan tilbys nær der pasientene bor.

Pr. januar 2006 var det etablert 75 DPS (vedlegg 1). DPS har ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykisk helsevern for voksne i et gitt geografisk område, og skal blant annet ivareta kjerneoppgaver som akutt- og krisetjenester, vurdering og utredning av henviste pasienter, differensiert behandling, opplæring av pasienter og pårørende, veiledning til kommunen, samt forskning, kvalitetsutvikling og utdanning av helsepersonell. Differensiert behandling kan gis i form av poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par eller familier, ambulant behandling, oppfølging og rehabilitering, strukturert dagbehandling, krise- og kortidsbehandling på døgnenhet og lengre tids døgnbehandling (Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, IS-1388 veileder, www.shdir.no).

1.2. Kunnskapsgrunnlag og tilsynsaktiviteter

Statens helsetilsyn har gjennomført en rekke tilsynsaktiviteter rettet mot psykisk helsevern de siste årene. I 2005 leverte Statens helsetilsyn en statusrapport til helse- og omsorgsministeren om helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Rapporten omfatter erfaringer og funn fra planlagt tilsyn, behandling av enkeltsaker, kartlegginger og andre tilsynserfaringer på området siden 2000². Vurderinger av sviktområder og bekymringstema på bakgrunn av samlede tilsynserfaringer ble presentert, sammen med noen forslag til videre aktiviteter for tilsynsmyndighetene og anbefalinger om tiltak for andre instanser. Ett tiltak har vært intensivt områdeovervåking og resultatet av denne ble publisert i oppsummeringsrapport august 2007 (Rapport fra Helsetilsynet 8/2007)³. I rapporten er det gjort vurderinger av egne kilder, som meldinger til Meldesentralen, tilsynssaker og rettighetsklager, samt rapportering gjennom ”verdt-å-vite”. Lokal kunnskap er innhentet fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene om tjenestetilbudet til mennesker

¹ Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) omtales videre i veilederen som Opptappingsplanen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

² http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_7172.aspx

³ http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport8_2007.pdf

med psykiske lidelser. I tillegg er kunnskap fra eksterne kilder, som Sosial- og helsedirektoratet, forsknings- og utredningsinstitutter og statistikkprodusenter vurdert.

Tilsynserfaringer viser blant annet at i noen deler av landet har omleggingen til en mer desentralisert tjeneste skjedd raskt og er godt innarbeidet. Andre steder har utviklingen gått langsommere, og det har i mindre grad vært reell omlegging. Det pekes på betydelige variasjoner med hensyn til hvordan DPS fungerer, blant annet i hvilken grad ambulante tjenester er etablert.

I 2007 er det gjennomført landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Oppsummeringsrapport fra tilsynet vil foreligge mars 2008.

I forbindelse med forberedelsen av dette tilsynet i 2008 og 2009 har det vært avholdt tre møter med representanter fra bruker- og fagmiljøer. For brukerorganisasjonene møtte Mental helse, Landsforeningen for Pasienter og Pårørende, Rådet for psykisk helse og Voksne for barn. Fagmiljøene var representert ved Kunnskapscenteret, Sintef Helse, Folkehelseinstituttet, Norsk sykepleierforbund, Fellesorganisasjonen og Norsk psykologforening. Legeforeningen var invitert, men møtte ikke. Videre er det avholdt møte med Sosial- og helsedirektoratet. Hensikten med møtene var å få synspunkter på observerte mangler i tjenestetilbudet, og områder hvor det er udekkede behov innen spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser.

Kort oppsummert fikk vi innspill om følgende områder og forhold;

- brukermedvirkning på individ og systemnivå
- tiltak for å forhindre og forebygge bruk av tvang
- bruk av tvungent psykisk helsevern
- samhandling og samordning av tjenester
- kompetanse, opplæring av og holdninger hos ansatte.

Sosial- og helsedirektoratet understreket at pasienter med alvorlig sinnslidelse, herunder eldre, er særlig utsatte og sårbare pasientgrupper. Erfaringene formidlet i disse møtene samsvarer med våre tilsynserfaringer, blant annet oppsummeringsrapporten publisert i august 2007 (8/2007).

Kunnskap som fremkom i møtene, sammen med annen kunnskap Statens helsetilsyn har, har dannet grunnlag for vurderinger av risiko og sårbarhet i tjenestene. Arbeidsgruppen har på bakgrunn av dette prioritert områder og pasientgrupper for tilsynet, samt hvilke deler av spesialisthelsetjenesten det skal rettes oppmerksomhet mot.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet veilederen for dette landsomfattende tilsynet har bestått av medlemmer fra Statens helsetilsyn, avdeling for planlagt tilsyn: Jan Fredrik Andresen (leder), Merete Steen, Charlotte Stokstad, Anders Haugland og Anine Terland. Mandatet er vedlagt denne veilederen (vedlegg 2). Arbeidsgruppen har fått innspill fra utvalgte fagpersoner i fire møter. Disse har vært: Tordis Høifødt Sørensen (psykiater), Torkel Berge (psykologspesialist), Odd Jørgen Rygh (psykiater) og Per Nikolay Jørgensen (psykologspesialist, avdeling I i Statens helsetilsyn).

1.3. Nærmere om avgrensning av tilsynet og prioriterte pasientgrupper

Ett av de landsomfattende tilsynene i 2007 rettet oppmerksomheten mot kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser, det vil si tjenester på kommunalt nivå gitt der brukeren bor. I arbeidet med avgrensning og målsetting for dette tilsynet har arbeidsgruppen lagt vekt på å videreføre oppmerksomheten mot det desentraliserte tilbudet. Dette er en av grunnene til at DPS er valgt ut som det organisatoriske ledd i tjenestetilbudet som tilsynet skal rette oppmerksomhet mot. Et forsvarlig desentralisert tilbud er et viktig mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008), og DPS er en helt sentral del av spesialisthelsetjenesten.

1.3.1. Områder for tilsynet

Temaet for tilsynet er spesialisthelsetjenester ved DPS til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Tilsynet kan ikke omfatte alle deler av DPS virksomhet. Områder for tilsynet er inndelt etter sentrale faser i et behandlingsforløp:

- Vurdering og prioritering av nye pasienter
- Utredning
- Behandling og oppfølging

På bakgrunn av innhentet kunnskap og vurderinger av risiko og sårbarhet har vi innen disse områdene blant annet rettet oppmerksomhet mot:

- Brukermedvirkning
- Samarbeid og samhandling
- Tilgjengelighet
- Forebygging og reduksjon av bruk av tvang

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et overordnet mål for tjenester til mennesker med psykiske lidelser og reguleres flere steder i helse- og sosiallovgivningen. DPS må legge til rette for at brukere får reelle muligheter til innflytelse på utforming av tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at pasienten har rett til å medvirke i alle faser i et behandlingsforløp. For å kunne medvirke må pasienten ha tilstrekkelig informasjon. Et viktig verktøy for brukermedvirkning er individuell plan.

Samarbeid og samhandling

Mange med alvorlige psykiske lidelser har behov for hjelp fra flere deler av hjelpeapparatet.

Samarbeid og samhandling vil oftest være nødvendig allerede fra pasienten blir henvist til DPS. Aktuelle samarbeidspartnere må kartlegges og det må opprettes kontakt slik at ansvar og oppgaver kan fordeles og koordineres. Viktige verktøy for å få til samarbeid og samhandling er individuell plan og ansvarsgrupper.

Tilgjengelighet

Akutt- og krisetjenester er blant kjerneoppgavene til DPS. Dette tilsynet vil imidlertid bare vurdere deler av disse tjenestene. Vi vil se på funksjoner vi forutsetter at alle DPS har. Særlig vil tilsynet vurdere tilgjengelighet til tjenestetilbudet når behovet er slik at det haster med å få nødvendige tjenester. Veilederen om distriktpsikiatriske sentre (IS-1388)

understreker at akutt- og krisetjenester er supplerende tilbud til akuttavdelinger som er pålagt plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Det påpekes at sentraliserte sykehusavdelinger fortsatt bør utpekes til å ha ansvaret for øyelikkelig hjelp etter sphlsl. § 3-1.

Det er et mål at tjenestene skal være tilgjengelige og ett tiltak er organisering av ambulansetjenester. Behandlingen er ambulant når den finner sted i pasientens eget miljø. Hvilke krav som kan stilles til DPS ambulansetjenester vil det bli redegjort nærmere for i kapittel 3.

Forebygge og redusere bruk av tvang

Frivillighet i behandlingen og respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er viktige og grunnleggende prinsipper i helsevesenet. Pasientrettighetsloven vektlegger pasientens selvbestemmelse i forhold til liv og helse, og søker å begrense helsevesenets mulighet til å ta avgjørelser uten pasientens samtykke. Prinsippene om i størst mulig grad å respektere pasientens autonomi og menneskerettigheter ligger også til grunn for reglene i lov om psykisk helsevern. Psykisk helsevern skal i utgangspunktet etableres frivillig. Tvingt psykisk helsevern kan bare etableres dersom frivillig vern er forsøkt uten at det har ført frem, eller slikt forsøk er åpenbart formålsløst, jf. pshl. § 3-3 andre ledd. I visse tilfelle kan det imidlertid være uforsvarlig *ikke* å benytte tvang.

Forsvarlig vurdering, prioritering, utredning, behandling og oppfølging kan bidra til å forebygge og forhindre tvang. I kapittel 3 tydeliggjøres myndighetskravene som er særlig viktige for å forebygge og forhindre unødig tvang. Brukermedvirkning, samhandling, tilgjengelige tjenester og kompetanse, også om vilkår for bruk av tvang og hvordan bruk av tvang kan oppleves av pasientene, er viktige krav til tjenestene.

Forsvarlig behandling med formål om å forebygge og forhindre bruk av tvang, og da særlig tvangsinnleggelse, gjelder også overfor pasienter som er under tvingt psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. pshl. § 3-1 andre ledd.

1.3.2. Prioriterte pasientgrupper

Vurderinger av risiko og sårbarhet utført som ledd i forberedelsene til dette tilsynet ga informasjon om at det forekommer svikt i tjenester til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, og tilsynet vil derfor rette oppmerksomhet mot tjenester til denne gruppen (jf. kapittel 1.2). Myndighetskravene i kapittel 2 og 3 er hovedsakelig utformet gitt DPS sitt ansvar for mennesker med alvorlige psykiske lidelser generelt. Tilsynet skal imidlertid undersøke nærmere om krav til utredning av pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse og pasienter med alvorlig depresjon er fulgt. Ved undersøkelse av DPS sitt ansvar for behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser er utgangspunktet krav som stilles generelt overfor denne gruppen. Særlige krav knyttet til behandling av personer med alvorlig depresjon skal imidlertid undersøkes særskilt.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha svært ulike sykdomsbilder og symptomer. Utgangspunktet for vurdering av alvorlighetsgraden er oftest knyttet til forekomst og omfang av symptomer og vurdering av funksjonsnivå. Alvorlig depresjon, i henhold til diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10, er et eksempel på en alvorlig psykisk lidelse. Tilsynet omfatter fagspesifikke aktiviteter knyttet til utredning og oppfølging av personer med alvorlig depresjon. Pasientene vil ha behov for spesialiserte intervensjoner av

både psykologisk og psykofarmakologisk art, og vil derfor i mange tilfeller bli behandlet av spesialisthelsetjenesten i et DPS. Depresjon er en sykdom som har stor utbredelse. Pasienter med lette og moderate depresjoner blir ofte behandlet i primærhelsetjenesten. Nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse er også eksempel på alvorlig psykisk lidelse. Tidlig oppdagelse, utredning, diagnostikk og intervensjon kan bidra til å forebygge reduksjon i funksjonsnivå og forverring av sykdom. Pasientgruppen med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse kan omfatte personer med ulike diagnoser i henhold til diagnoseklassifikasjonssystemet ICD-10. Tilsynet vil derfor rette oppmerksomhet mot utredningen av pasienter med mulig psykoselidelse.

Tilsynet skal, på noen forhold som gjelder gjennomføringen av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, rette oppmerksomhet mot pasienter som er under slikt vern. En forutsetning for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold er at pasienten har en alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelse). Pasienter under slikt vern er en sårbar gruppe, og blant de sykeste av pasientene under behandling og oppfølging ved DPS. Tvunget psykisk helsevern kan på bestemte vilkår etableres uten at pasienten oppholder seg i døgnenhet (jf. phlsvl. § 3-1 andre ledd). Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer at pasienten kan bringes til behandling. På landsbasis er ca 600 pasienter under slikt vern, og DPS er ofte ansvarlig for gjennomføringen av vernet.

1.4. Hvordan veilederen skal forstås og brukes

Foreliggende veileder har i hovedsak samme oppbygning som veilederen *Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus* som var landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2007. Kapittel 2, 3 og 4 må sees i sammenheng.

I kapittel 2 er det redegjort for særlige utfordringer med styring av virksomheten i DPS. Kapittelet er ment som et supplement til de generelle drøftelsene som er gitt i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*⁴, og er derfor ikke en fullstendig drøfting av kravene i internkontrollforskriften.

I kapittel 3 drøftes kravene til de aktivitetene og arbeidsprosessene som inngår i tilsynet og som virksomhetens internkontroll skal ivareta. Kravet til faglig forsvarlighet i sphi § 2-2 står sentralt, sammen med bestemmelser fra pasientrettighetsloven.

Kapittel 4 er en sammenstilling av kravene til internkontroll og kravene innenfor tilsynsområdene i form av revisjonskriterier. Revisjonskriteriene med underkriterier må vurderes i sammenheng, og skal danne et bilde av om virksomheten i DPS er faglig forsvarlig og i samsvar med øvrige krav. Først når hele bildet er dannet, vil det være mulig å formulere eventuelle avvik som tydelig viser hva som svikter eller representerer risiko for svikt, og hvilke elementer i internkontrollen som ikke fungerer i forhold til å sikre dette.

Revisjonskriteriene er bygget opp på en slik måte at det skal være tydelig hva som må undersøkes, både når det gjelder faglige og styringsmessige utfordringer. Kriterier som

⁴ (http://www.shdir.no/publikasjoner/veiledere/internkontroll_i_sosial_og_helsetjenesten_2547)

ikke oppfylles, kan kombineres på alle hensiktsmessige måter bare avvikene blir tydelige og samtidig godt underbygget. Avvik kan være knyttet til påvist svikt eller for høy risiko for svikt både for enkeltoppgaver eller enkeltprosesser og for flere prosesser i pasientbehandlingen.

2. utfordringer knyttet til internkontroll i DPS

2.1. Innledning

DPS må etablere et styringssystem som er tilstrekkelig til å ivareta virksomhetens oppgaver. For DPS som er tilknyttet et helseforetak vil dette inngå som en del av styringssystemet til foretaket. For private virksomheter som drives på grunnlag av avtaler med helseforetaket må avtalene avklare en del av de spørsmål som tas opp nedenfor.

Innholdet i forskriften § 4 er i drøftelsen nedenfor systematisert på en litt annen måte enn i bestemmelsen.

Internkontrollforskriften § 4 første ledd sier at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av helse- og sosiallovgivningen. Internkontrollforskriften § 5 sier at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Uansett skal driften i DPS være underlagt styring, og det skal ikke være tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner at helsetjenestene som ytes er faglig forsvarlige. Innenfor revisjonskriteriene er det rom for ulike løsninger og tilpasninger i de ulike DPS. Det vil blant annet kunne være forskjellige behov ved små og store virksomheter eller ulike oppgaveportefølje, og dette må det tas hensyn til ved gjennomføringen av tilsynet. Vi vil imidlertid understreke at denne "handlefriheten" også forplikter ledelsen til systematisk å følge opp virksomheten og iverksette nødvendige tiltak som er tilpasset de særlige utfordringer de står overfor.

Dette betyr at det må utøves et betydelig skjønn i vurderingen av hvilke tiltak som skal kreves, og hvilke prosedyrer som skal kreves å være skriftlige.

2.2. Organisering

Distriktpsikiatriske sentre har et sentralt ansvar for å ivareta allmennpsykiatriske oppgaver i sitt geografiske område. Oppgavefordelingen mellom de psykiatriske sykehusavdelingene og DPS varierer. Det må være avklart hvilke oppgaver DPS skal ivareta som en del av en helhetlig spesialisthelsetjeneste til voksne med psykiske lidelser.

Virksomheten må ha tilstrekkelig fleksibilitet til å ivareta både planlagt utredning og behandling, samt henvendelser med ulik hastegrad.

2.3. Samhandling

DPS skal inngå som del av en helhetlig behandlingsskjede innen spesialisthelsetjenesten. Det må være avklarte samhandlingsrutiner med de psykiatriske sykehusavdelingene. Dette

gjelder pasienter som har vært innlagt i sykehus og trenger videre oppfølging fra DPS, kronisk psykisk syke og oppfølging av de som har behov for øyeblikkelig hjelp mv.

En viktig funksjon for DPS er å kunne gi tjenester slik at pasientene kan bo i sitt eget nærmiljø. Det fordrer tydelige avtaler om samhandlingssystematikk og samhandling med kommunene.

2.4. Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon

Virksomheten skal gjøre vurderinger av hvilke områder det er risiko for at tjenestene ikke oppfyller kravene i lovgivningen. Risikovurderingene vil både kunne være basert på fagkunnskap om hvilke utfordringer denne typen tjenester er utsatt for, og problemstillinger som er særegne for den aktuelle virksomheten.

DPS må sørge for å ha et system for informasjonsflyt som fanger opp meldinger om svikt og sikrer at feil rettes opp, samt forebygger at tilsvarende svikt skjer i fremtiden. Dette innebærer både korrigerende og forebyggende tiltak. De ansatte må kjenne til avvikssystemet og bruke det i sitt daglige virke. Utfordringene er ikke bare å etablere formelle systemer for melding og saksgang. Erfaringsmessig er det ofte en vel så stor utfordring å få til en *kultur* i virksomheten for åpenhet om svikt, feil og mangler.

Brukermedvirkning brukes som begrep både for den enkelte pasients mulighet til å medvirke og for pasienter og pårørendes mulighet til å påvirke tjenesteutformingen på et mer overordnet nivå. På individnivå er kravene til brukermedvirkning hjemlet i pasientrettighetsloven (jf. kapittel 3). Etter internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstave, er virksomheten forpliktet til å *gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/pårørende til forbedring av virksomheten*. Det er ikke satt noen mer konkrete krav til innhold og framgangsmåte. Bestemmelsen må imidlertid forstås slik at det må være etablert ordninger for å innhente slik informasjon og benytte denne i forbedringsarbeidet.

De ansatte skal trekkes aktivt med i internkontrollarbeidet. De besitter viktig kunnskap om hvordan virksomheten fungerer og mulig årsaker til at problemer oppstår. Virksomheten må ha rutiner for hvordan de ansatte kan delta i de forskjellige faser av forbedringsprosessene.

2.5. Tiltak for å legge til rette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

På bakgrunn av informasjon som er nevnt over skal virksomheten iverksette tiltak som legger til rette for at aktiviteter og arbeidsprosesser utføres innenfor lovgivningens krav, for å rette opp mangler som er påvist, og for å forebygge eller redusere sannsynligheten for at de gjentar seg. Eksempler som er nevnt i internkontrollforskriften § 4 g er prosedyrer, rutiner, instruksjoner og andre tiltak.

Tilsynet må undersøke om den informasjon som framkommer gjennom risikovurderinger, avviksmeldesystemer, tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende mv blir fulgt opp med tiltak. Et vanlig problem er at det innhentes mye informasjon, men at dette ikke følges opp.

2.6. Personell- og kompetansestyring

Ved DPS er det ansatt personell med forskjellig formell utdanning og erfaringsbakgrunn. Sammensetningen av fagpersonell må stå i samsvar med de oppgaver som skal løses.

Virksomheten må sørge for at oppgavene blir lagt til personell som har tilstrekkelig kompetanse til å løse dem. En særlig utfordring er å sørge for tilstrekkelig spesialistkompetanse for å sikre faglig forsvarlig utredning og behandling av pasienter.

Enkelte av oppgavene vil forutsette psykologspesialist eller psykiater for å kunne løses forsvarlig, og det må etableres rutiner for å sikre at disse kravene overholdes.

Det må etableres faglige arenaer for å drøfte faglige problemstillinger og utfordringer knyttet til utredning og behandling av den enkelte pasient.

Det må også etableres tilbud om veiledning for fagpersonellet ved senteret. Virksomhetens ledelse må sørge for at personellens kompetanse vedlikeholdes og utvikles.

2.7. Ledelsens oppfølging og årlige gjennomgang

Ledelsen må følge med på om driftssituasjonen i DPS gjør det mulig å ivareta de oppgavene de er pålagt i samsvar med krav som er stilt.

Ledelsen har ansvar for å følge opp at planlagte tiltak blir iverksatt og at de samlet sett er tilstrekkelige for å overholde kravene i lovgivningen. Når det settes i verk nye rutiner, prosedyrer, retningslinjer eller liknende skal ledelsen følge dette opp.

I tillegg skal ledelsen rutinemessig gå igjennom virksomhetens internkontroll, minimum årlig, for å sjekke ut at de styringsvirkemidler som er etablert fungerer og er tilstrekkelige.

3. Valgte områder

I dette kapitlet blir de valgte områdene (jf. kapittel 1.3) presentert sammen med gjeldende myndighetskrav.

De valgte områdene er:

- Vurdering og prioritering av nye pasienter
- Utredning
- Behandling og oppfølging

Myndighetskravene knyttet til de valgte områdene avledes hovedsakelig fra spesialisthelsetjenesteloven (sphlsl.), pasientrettighetsloven, (pasrl.), og psykisk helsevernloven (phlsvl.). Hovedbestemmelsen om at tjenestene DPS gir til pasienter med alvorlig psykiske lidelser skal være forsvarlige, er sphsl. § 2-2. Bestemmelsene i pasrl. og phlsvl. bidrar til konkretisering av kravene. Forsvarlighetsnormen blir konkretisert ved gjennomgang av prosesser og aktiviteter knyttet til de valgte områdene. Oppmerksomhet på brukervedvirkning, samarbeid/samhandling, tilgjengelighet og tiltak for å forebygge og forhindre bruk av tvang har vært retningsgivende for valg og vektlegging av myndighetskrav.

3.1. Vurdering og prioritering av henviste pasienter

3.1.1. Innledning

Henvisning fra fastlege eller andre med henvisningskompetanse vil for mange være "inngangsporten" til å få vurdert behovet for videre oppfølging i DPS.

Retten til vurdering etter pasrl. § 2-2 har to hovedformål. For det første skal den sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten. Rask vurdering av henvisningene og prioritering av pasientene bidrar til å sikre alvorlig syke pasienter rask behandling. For det andre skal det gis rask tilbakemelding til pasient og primærlege om hvordan problemer blir tatt hånd om.

Under dette tilsynet skal vi ikke vurdere virksomhetens håndtering av henvendelser fra/om nye pasienter der det ikke foreligger henvisning.

Retten til vurdering gjelder *alle* henviste pasienter uavhengig av prioriteringsgruppe. Det er ikke tatt ressursmessige forbehold. Det innebærer at helseforetaket må sørge for tilstrekkelige ressurser til at DPS kan håndtere henvisninger i samsvar med kravene i pasrl. § 2-2.

Bestemmelsen gjelder alle DPS underlagt helseforetak og private virksomheter som etter avtale med regionalt helseforetak inngår i retten til fritt sykehusvalg etter pasrl. § 2-4.

Hovedelementene som dette tilsynet skal følge opp er følgende:

- Alle henvisninger skal være vurdert innen 30 virkedager fra innsendingsdato. Dersom det foreligger indikasjoner på at det haster med å få igangsatt utredning og behandling, skal henvisningen vurderes raskere
- Pasienten skal få vurdert sin helsetilstand
- Behovet for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal avklares. Det skal avgjøres om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og i så fall skal det settes en frist for når helsehjelpen skal iverksettes
- Pasienten, fastlege og henvisende instans, der dette er en annen enn fastlegen, skal ha tilbakemelding om utfallet av vurderingen

3.1.2. Håndtering av henvisninger

Når DPS mottar en henvisning får pasienten en rett til å få sin helsetilstand vurdert, jf. pasrl. § 2-2. Ved tolking av denne bestemmelsen må det generelle forsvarlighetskravet i sphsl. § 2-2 legges til grunn. Prioriteringsforskriften (1.12.2000 nr 1208) utdyper vilkårene for vurdering av *rett til nødvendig helsehjelp*.

Logistikk ved innkomst

Alle henvisninger skal registreres på innsendingsdato. Det må være etablert ordninger for fordeling av innkomne henvisninger til personell eller grupper som har ansvar for å foreta vurderingene etter pasrl. § 2-2. Ordninger i forbindelse med fravær, ferier ol. må være etablert.

Det må foretas en foreløpig vurdering av innkomne henvisninger nærmest fortløpende. Det er nødvendig for å avklare om:

- Henvisningen skal behandles raskere på grunn av alvorlighet

- Henvisningen gjelder forhold som ikke skal følges opp i det DPS som har mottatt henvisningen og dermed må videresendes. Fristen gjelder fra det tidspunkt henvisningen er kommet til spesialisthelsetjenesten. Rask oversendelse vil være en forutsetning for at den virksomhet som skal håndtere henvisningen kan overholde fristen
- Det er behov for å innhente supplerende opplysninger fra henviser eller innkalle pasienten til undersøkelser for å kunne foreta vurdering etter pasrl. § 2-2

Fagkompetanse

Henvisningene skal i utgangspunktet vurderes av personell med spesialistkompetanse, det vil si psykologspesialist eller psykiater. Dersom personell under spesialistutdanning benyttes skal vurderingene kontraseres, og slik kvalitetssikres, av spesialist.

Hva som skal vurderes

Etter pasrl. § 2-2 første ledd har henviste pasienter rett til å få sin *helsetilstand* vurdert. Det innebærer at det skal foretas en reell faglig vurdering av pasientens behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Vurderingen skal i utgangspunktet bygge på henvisningen. Den som vurderer henvisningen må imidlertid ta stilling til om det er nødvendig å innhente supplerende informasjon eller innkalle pasienten til undersøkelse for å kunne foreta en vurdering iht pasrl. § 2-2.

Det skal etter pasrl. § 2-2 første ledd vurderes om pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp bygger på tre hovedkriterier, jf forskriften § 2:

- Alvorlighet mht til prognosetap eller nedsatt livskvalitet
- Nytte av helsehjelpen
- At kostnadene står i et rimelig forhold til forventet effekt av helsehjelpen

Tilsynet skal ikke foreta noen fullstendig gjennomgang av hvordan DPS skiller mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Vi ønsker å undersøke om kriteriene i forskriften er kjent og brukt i forbindelse med vurderingen.

Vurdering av helsetilstand innebærer at det skal foreligge en konkret vurdering, om enn foreløpig, om pasientens tilstand. Denne skal, i tillegg til å avklare rettighetsspørsmålet, gi grunnlag for å beslutte hva slags helsehjelp som skal tilbys og innenfor hvilken frist. Disse vurderingene skal være mulig å spore i pasientens journal.

Tidsfristene

Alle henvisninger skal være vurdert innen 30 virkedager, også i de tilfeller der det har vært nødvendig å innhente supplerende informasjon eller innkalle til undersøkelse. Hvor raskt vurderinger av henvisninger der det er mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom skal håndteres, bygger på kravet til faglig forsvarlighet, jf sphsl. § 2-2.

Virksomheten må benytte pasientadministrative systemer eller annen informasjon til å følge med på at fristekravene i pasrl. § 2-2 overholdes, og følge opp med tiltak dersom det

er fare for at fristen ikke holdes. Det gjelder både 30-dagersfristen og håndtering av hastesaker.⁵

Særlig om avvisning av henvisninger

Som nevnt gjelder retten til vurdering etter pasrl. § 2-2 *alle* henviste pasienter. Blant annet informasjon fra kartlegginger foretatt av SINTEF kan indikere at et ikke ubetydelig antall henvisninger avvises og sendes i retur uten realitetsvurdering. Tilsynet skal følge opp dette.

Vi vil her nevne tre typetilfeller som bør undersøkes:

- DPS kan motta henvisninger som vurderes som ufullstendige. DPS er ved mottakelse av en henvisning forpliktet til å følge kravene til vurdering etter pasrl § 2-2 også om henvisningen er mangelfull. Dette er uttrykkelig fastslått i Shdir sin lovkommentar i Rundskriv IS-12/2004 til § 2-2 fjerde ledd (s 17). Pasienten skal unngå å bli ”kasteball” mellom henviser og mottaker av henvisninger. Dersom henvisningen ikke er tilstrekkelig til å foreta en vurdering etter pasrl § 2-2 skal det innhentes supplerende opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse. Kommentar: Ansvar for at henvisningen er fullstendig ligger i utgangspunktet hos henvisende instans. Det vil være i DPS sin interesse å følge opp med nødvendig veiledning for å redusere omfanget av ufullstendige henvisninger. Dette forventes ikke fulgt opp i tilsynet.
- DPS kan motta henvisninger fra pasienter utenfor opptaksområdet. De virksomheter tilsynet skal omfatte vil i hovedsak omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg etter pasrl § 2-4. Dette må undersøkes i forhold til de virksomheter som plukkes ut. Det innebærer at virksomheten er forpliktet til å vurdere også slike henvisninger. Det kan være at det i enkelte tilfeller er hensiktsmessig for DPS å kontakte henvisende lege for å avklare om henvisningen bør oversendes til DPS i det ordinære opptaksområdet, men henvisninger kan ikke avvises på dette grunnlag.
- Ved enkelte helseforetak kan enkelte fagfelt være organisert slik at det DPS som mottar henvisningen ikke er tillagt oppgaven med å håndtere de problemstillinger henvisningen omtaler. Heller ikke slike henvisninger kan avvises. DPS er da forpliktet til å oversende henvisningen til rett instans så raskt som mulig slik at fristene som er angitt i pasrl. § 2-2 kan overholdes. Henvisende instans bør da orienteres om oversendelsen.

Tilbakemelding om utfallet av vurderingen

Pasienten, fastlegen og henvisende instans, dersom det er en annen enn fastlegen, skal få skriftlig tilbakemelding fra virksomheten om utfallet av vurderingen. De faller i tre hovedkategorier:

- Pasienten ansees å ha individuell rett til nødvendig helsehjelp og får tilbud om helsehjelp i form av utredning og/eller behandling innen enn angitt frist. Fristen fastsettes på grunnlag av forsvarlighetsvurderinger og er juridisk bindende
- Pasientens ansees å ha behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, men vurderes ikke etter prioriteringsforskriften å ha individuell rett til tjenester. Spesialisthelsetjenesten vil gi et tilbud, men er ikke forpliktet til å gi en bindende frist.

⁵ Endring i pasrl. § 2-2 trådte i kraft 1. januar 2008, som ga hjemmel til å forskriftsfeste strengere tidsfrister for barn og unge under 23 år med psykisk sykdom. Helse- og omsorgsdepartementet har opplyst at forskrift kan forventes å tre i kraft i løpet av 2008.

- Pasienten ansees ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og vil ikke få et tilbud.

3.2. Utredning

3.2.1. Innledning

Utgangspunktet for forsvarlig behandling er grundig utredning og diagnostisering. Dette innebærer informasjon om pasientens fysiske og psykiske forhold, samt sosiale og økonomiske forhold. Informasjonen må vurderes og kunne ut i en konkret beskrivelse av de forhold som gir vedkommende begrensninger i fungering og livsutfoldelse.

3.2.2. Generelle krav til forsvarlig utredning

For å sikre forsvarlig utredning må DPS ha etablert en systematikk som ligger til grunn for de konkrete utredningene. En slik systematikk må beskrive innholdet i og omfanget av en planmessig og styrt utredningsprosess som har til hensikt å kunne ut i en diagnostisk beslutning. Virksomheten kan beskrive utredningssystematikken i for eksempel en prosedyre, eller i form av egne håndbøker. Systematikken må være kjent, forstått og innarbeidet i praksis av alt personell som deltar i utredningsaktivitetene. Det kan for eksempel være til stor hjelp at det er en (journal)mal for hva utredningen bør omfatte og hvilke områder som skal kartlegges. DPS må sikre at journalføringsplikten blir overholdt, se forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal. Se særlig forskriftens § 8 som inneholder krav til innhold i journal. Videre kan det være til hjelp at det er rutiner for hvordan områder skal kartlegges (jf. kapittel 3.2.9.). DPS må sørge for at personellet som foretar utredning har tilstrekkelig kompetanse (jf. kapittel 2.6). I de tilfellene der pasienten utredes av personell uten kvalifisert kompetanse i diagnostisk arbeid, det vil si personell med tre-årig høyskoleutdanning, samt personell under spesialistutdanning, må virksomheten dokumentere hvordan forsvarlig diagnostisk arbeid utføres. Eksempler kan være fortløpende, systematisk veiledning gitt av psykologspesialist eller psykiater til det enkelte personell, og/eller regelmessige møter der det diagnostiske arbeidet drøftes og kvalitetssikres. I disse tilfellene må også tilgang på kompetanse om somatiske forhold sikres.

DPS må under utredningen sikre at kravene til brukermedvirkning og samarbeid blir ivaretatt. Brukermedvirkning er en viktig forutsetning for senere å få til en god behandler-pasientrelasjon, noe som igjen er viktig for å sikre god og effektiv behandling (jf. kapittel 3.3.1). God og effektiv utredning og behandling kan bidra til å forebygge og forhindre bruk av tvang. Det vises til krav til DPS for å sikre brukermedvirkning (jf. kapittel 3.3.2).

En forsvarlig utredning må omfatte følgende:

- Tidligere og nåværende psykiske lidelser
- Tidligere og nåværende somatiske lidelser
- Psykiske lidelser i familien
- Selvmordsfare
- Bruk av rusmidler
- Negative livshendelser
- Mellommenneskelige problemer

- Sosiale og økonomiske forhold som bolig, arbeid og nettverk
- Pasientens ressurser (blant annet interesser og ferdigheter knyttet til fysisk aktivitet)

Videre må følgende undersøkes:

- Familie og pårørende
- Aktuelle samarbeidsparter

Alle forholdene som er nevnt i kulepunktlisten skal inngå i en utredning, og nedenfor følger utdypning av noen av punktene. Ut fra hva som ansees hensiktsmessig vil ikke alle de nevnte punktene bli nærmere omtalt. Det at noen forhold ikke er nærmere utdypet innebærer *ikke* at de vurderes som mindre viktig i utredningen enn de andre.

Vurdering av risiko for at en pasient kan være til fare for andre kan ut fra situasjonen være nødvendig. Krav til slik utredning er omtalt i kapittel 3.2.8.

Myndighetskravene er, som tidligere nevnt, generelle krav til forsvarlig utredning av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Til slutt i kapitlet følger en kort gjennomgang av spesifikke krav knyttet til utredning av henholdsvis pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse og pasienter med alvorlig depresjon.

3.2.3. Utredning av tidligere og nåværende psykiske lidelser

Beskrivelsen av pasientens sykdomsutvikling gir informasjon om debut og sammenheng med eventuelle utløsende faktorer, som for eksempel bruk av rusmidler og negative livshendelser. Eksempelvis er depresjon en ofte tilbakevendende lidelse, og det er viktig å få oversikt over tidligere episoder, og erfaringer fra disse som kan være nyttige i forhold til aktuell sykdomsepisode, for eksempel pasientens utbytte av tidligere behandling.

3.2.4. Utredning av tidligere og nåværende somatiske lidelser

Somatiske forhold må kartlegges og utredes. Utredning av somatisk sykdom kan foretas av annen del av helsetjenesten enn DPS. DPS må sikre at nødvendige somatiske undersøker blir foretatt, og at personell ved DPS har kompetanse til å forstå/tolke resultatene av undersøkelsen og vurdere disse opp mot den psykiske lidelsen. Dersom somatisk undersøkelse ikke foretas av DPS, men for eksempel av fastlegen eller annen del av spesialisthelsetjenesten, er det behov for samarbeid ved utredning, behandling og oppfølging av pasienten.

3.2.5. Utredning av selvmordsfare

Psykiske lidelser kan medføre økt risiko for selvmord. Pasienter med depressive lidelser og pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse, er utsatte pasientgrupper i forhold til selvmordsfare.

Vurdering av selvmordsrisiko skal inngå som standard i alle førstegangsvurderinger og utredninger i psykisk helsevern. Dersom selvmordsrisiko avdekkes må selvmordsvurderinger gjentas i løpet av behandlingskontakten. Prosedyrer/håndbøker som beskriver innholdet i form av selvmordsvurderinger kan være nyttige hjelpemidler⁶.

⁶ Sosial og helsedirektoratet utgir retningslinjer om forebygging av selvmord, rettet primært mot psykisk helsevern i januar 2008.

DPS må sørge for at følgende momenter er med i selvmordsvurderingen:

- At pasienten alltid spørres direkte om selvmordstanker
- Om det foreligger tidligere selvmordshandlinger, eller konkrete selvmordsplaner
- Om pasienten hører stemmer som forteller at han/hun skal skade seg selv eller andre
- Om det foreligger sterke affekter (håpløshet, selvforakt, morderisk raseri, forlatthet, krenkelse, skam), og i hvilken grad pasienten holder ut disse følelsene
- Om livet oppleves som verdt å leve/fremtiden uten håp
- Om pasienten har opplevd selvmord i familien, og/eller andre nærstående personer

DPS må sikre at den/de som foretar selvmordsvurderinger har tilstrekkelig og nødvendig kompetanse, blant annet relasjonskompetanse. I de tilfellene der slike vurderinger utføres av personell som ikke er psykologspesialist eller psykiater må personellet være sikret tilgang til veiledning i umiddelbar tilknytning til den konkrete vurderingen av selvmordsfaren. Det skal tas konkret stilling til selvmordfaren og adekvate tiltak, og dette skal dokumenteres. Dersom det blir vurdert at innleggelse i døgnavdeling ikke er nødvendig, må DPS sette i verk tiltak slik at selvmordsfaren reduseres.

3.2.6. Kartlegging av familie og pårørende

DPS må sikre at utredningen inneholder kartlegging av familie- og pårørendeforhold, og dette må dokumenteres. Hovedgrunnen til kartlegging av familieforhold er at familien/pårørende kan være en nødvendig og viktig ressurs ved behandling og oppfølging av pasienten. En annen grunn er hensynet til familien selv. Det er viktig å kartlegge om pasienten har barn slik at tiltak kan settes i verk dersom det er behov for det. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler blant annet at forhold som; om pasienten har omsorg for barn, om det er andre som kan gi barn omsorg ved eksempelvis innleggelse, kontakt med kommunalt hjelpeapparat, grunnlag for å melde til barnevernet etc. kartlegges (Sosial- og helsedirektoratet: Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre, IS-5/2006⁷).

Virksomheten må ha etablert rutiner som sikrer at informasjon om pasienten eventuelt har omsorg for barn innhentes. Videre må det undersøkes om barna har spesielle behov som må følges opp. Rutiner må foreligge som sikrer at meldeplikten til barnevernet etterleves. Kartleggingen av familieforholdene er også viktig for at DPS kan informere pårørende om deres rett til opplæring.

3.2.7. Samarbeid og samhandling

DPS må sikre at relevante samarbeidspartnere identifiseres, og at samarbeid og samhandling kommer tidlig i gang dersom forholdene tilsier det. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil ofte ha behov for hjelp fra flere instanser, særlig dersom pasienten bor i egen bolig. Samarbeidet med kommunen der pasienten bor, er ofte sentralt for å gi pasienten et koordinert og forsvarlig tjenestetilbud. DPS må sørge for at ansvaret knyttet til å få til samarbeid blir overholdt. Plikten til å veilede kommunen, jf. sphlsl. § 6-3 må overholdes.

⁷ http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-5_2006_7992a.pdf

DPS må planlegge og sette av ressurser til slik at ansvar i forbindelse med samhandling og samarbeid kan ivaretas. DPS må videre sikre at personellet har tilstrekkelig samarbeidskompetanse. Individuell plan (IP) er et viktig verktøy og nødvendig opplæring i etablering av og bruk av IP må sikres, jf. sphlsl. § 2-5 første ledd der det fremgår at helseforetaket, her DPS, skal samarbeide om IP med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for pasienten. Ansvarsgrupper er videre et viktig verktøy for å sikre koordinering og godt samarbeid med andre tjenesteytere. Det må planlegges i forhold til eventuelt initiativ og deltakelse i arbeidsgrupper.

3.2.8. Vurdering av risiko for å være til fare for andre

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil sjelden være til fare for andre, men det kan forekomme behov for å foreta vurderinger, og eventuelt iverksette tiltak.

DPS må sikre rutiner og kompetanse for å kunne avdekke *når* risikovurderinger må foretas, at de foretas på forsvarlig måte, og at forsvarlig behandling og oppfølging blir gitt dersom det foreligger høy risiko for at pasienten er til fare for andre.

Det er en faglig krevende oppgave å identifisere, ivareta og behandle personer som kan være til fare for andre. De siste årene er det utarbeidet standardiserte vurderingsredskaper i form av forskjellige sjekklister, og ett av disse er HCR-20. DPS må sikre at egnet vurderingsredskap er tilgjengelig, og at personell har kompetanse til å anvende det. Rundskriv IS - 15/2006: Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid⁸, må være kjent, forstått og etterlevd.

Det er viktig å avdekke risiko for å være til fare for andre så tidlig som mulig og iverksette relevante tiltak så blant annet tvangsinnleggelse kan forebygges og forhindres. Ved utskrivning av pasienten fra DPS kan det være grunnlag for å foreta en risikovurdering.

3.2.9. Utredning av de særlig utvalgte pasientgrupper

Pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse

DPS må kunne dokumentere kjennskap til og kompetanse i bruk av standardiserte hjelpemidler (psykometriske tester) for å kunne sikre de diagnostiske vurderingene (eksempelvis, SCL-90-R, SCI-PANSS, CDSS, MDQ, PAS, SCLFC, WHO-DAS, SCID-I, AUDIT/DUDIT). I utredning av somatiske forhold må DPS overfor denne pasientgruppen sikre at det foretas nødvendige laboratorie-/billeddiagnostiske undersøkelser

Pasienter med alvorlig depresjon

For å sikre en mest mulig korrekt funksjonsbeskrivelse og diagnose bør det i tillegg til grundig anamnestic intervju brukes standardiserte og strukturerte diagnostiske hjelpemidler. Slike hjelpemidler må være tilgjengelig ved DPS, og det må finnes personell som har kompetanse i forhold til å anvende verktøyet, eller veilede i bruken av de. Virksomheten må dokumentere kjennskap til og kompetanse i bruk av standardiserte hjelpemidler for vurdering av depresjonsnivå, og som hjelpemiddel til å følge opp/evaluere

⁸ http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/IS-15_2006_10356a.pdf

behandling (eks. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Hamilton skala for depresjon (HAM-D) og Becks depresjonsinventorium (BDI-II).

3.3 Behandling og oppfølging

3.3.1. Innledning

Forsvarlig utredning skal danne grunnlag for å vurdere hva som er forsvarlig og ønsket behandling og oppfølging. Behandling kan foregå poliklinisk, ambulant, som dagbehandling og i døgnenhet. Økt poliklinisk og ambulant aktivitet er et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse, og i samsvar med mål om at de fleste med psykiske lidelser bør bo og leve mest mulig selvstendig i sitt lokale miljø.

Pasienter som blir henvist til DPS vil representere et stort spekter av lidelser og ha behov for både kortere og noe lengre tids behandling. DPS må derfor utvikle et differensiert behandlingstilbud. Et forsvarlig behandlingstilbud må være basert på tilgjengelig kunnskap om hva som er virksom behandling. Behandlingstilbudet ved DPS må være i tråd med nasjonale retningslinjer og øvrig kunnskapsbasert praksis.

Knyttet til behandlingsaktiviteter og prosesser ved DPS skal følgende undersøkes:

- Om DPS sikrer brukermedvirkning i alle ledd i behandlingen
- Om DPS sikrer og legger til rette for samhandling og samarbeid med relevante tjenesteytere
- Om pasientenes rettigheter og DPS sine plikter knyttet til individuell plan ivaretas
- Om plan for behandlingen DPS har ansvar for knyttet til pasienten utarbeides
- Om DPS sikrer tilgjengelige tjenester ved å respondere på henvendelser i rett tid

3.3.2. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal sikres, og pasientens erfaringer og medvirkning er sentral i alle deler av behandlingsforløpet, også i utredningsfasen. Brukermedvirkning forutsetter at pasienten, og eventuelt pårørende, i den grad pasienten samtykker, har tilstrekkelig informasjon, jf. pasrl. § 3-1. Informasjon er en forutsetning for å kunne medvirke. Informasjonen må være gitt på en måte som pasienten forstår, på et tidspunkt pasienten har bruk for den og med en hensikt om at pasienten skal settes i stand til å ivareta egne interesser. Pasienten må gis mulighet til å delta aktivt i egen behandling og få anledning til å velge behandling og tjenestetilbud der det er valgmuligheter. Videre er det viktig at pasienten opplever trygghet, forståelse og likeverd. Mange brukere opplever å ha mer brukermedvirkning når hjelpen ytes i eget hjem, det vil si ambulant.

DPS må sikre og dokumentere at behandlingsmetoder som benyttes sikrer at pasienten er tilstrekkelig informert, at pasientens erfaringer blir etterspurt og at det legges til rette for medvirkning. Brukermedvirkning er særlig viktig for å skape god pasient-behandler-relasjon, samt ved valg og evaluering av behandling.

Individuell plan, behandlingsplan og ansvarsgruppemøter der pasienten deltar, er viktige verktøy for å sikre brukermedvirkning. I forskrift til IP går det frem at IP skal utarbeides i samarbeid med pasienten, jf. forskriftens §§ 2 og 4. Ansvarsgrupper, der brukeren deltar,

oppleves av mange som positivt, og som en arena der brukeren kan påvirke innhold og organisere eget tjenestetilbud (jf. kapittel 3.3.4).

3.3.3. Samarbeid og samhandling

Samhandling mellom pasientenes tjenesteytere og eventuelle andre, for eksempel pårørende, er ofte viktig i behandlings- og oppfølgingsfasen av personer med alvorlige psykiske lidelser. DPS må legge til rette for samarbeid og bidra til at det avklares hvem som har ansvar for hva i forhold til pasienten. Svingninger i sykdomsforløpet er vanlig hos mennesker med alvorlige, psykiske lidelser. Det er derfor viktig at det, om mulig sammen med pasienten, legges en plan som sikrer forsvarlig behandling og oppfølging. Samhandling er ofte viktig for å planlegge krisesituasjoner. Tidlig intervensjon ved kriser vil kunne bidra til å forebygge og forhindre bruk av tvang og tvangsinnleggelse (jf. kapittel 3.3.6).

Individuell plan og ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter er viktige verktøy for å få til samarbeid/samhandling. DPS har et ansvar for å samarbeide med andre tjenesteytere, jf. sphsl. § 2-5 og phslv. § 4-1. Veiledningsplikten overfor kommunen kan også ivaretas ved samhandling og samarbeid.

Der legemidler som benyttes i behandlingen ikke forkrives av lege ved DPS, forutsetter det at behandler ved DPS og forskrivende lege samarbeider for å sikre et forsvarlig behandlings- og oppfølgingstilbud.

3.3.4. Individuell plan

Individuell plan (IP) er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning og samarbeid. Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til individuell plan, og tjenesten har på visse vilkår en plikt til å utarbeide individuell plan, forutsatt at pasienten ønsker dette, jf. pasrl. § 2-5, phslv. § 4-1 og sphsl. § 2-5.

I forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan forutsettes det at planen utarbeides sammen med pasienten, og i samhandling mellom relevante tjenesteyterne, se eksempelvis §§ 2 og 4. Dette understreker viktigheten av IP som verktøy for å sikre brukermedvirkning og samarbeid/samhandling.

I forhold til IP skal følgende undersøkes:

- Hvordan prosessen med å utarbeide IP settes i gang (informere om, fange opp behov)
- Sikrer at personell har tilstrekkelig kunnskap om pasienters rettigheter og tjenestens plikter knyttet til IP
- Spesialisthelsetjenestenes deltagelse i arbeidet med å utarbeide IP
- Hvordan IP følges opp over tid (evaluere/revidere)

3.3.5. Planmessig oversikt over behandlingen

Et målrettet og strukturert behandlingstilbud som pasienten er inneforstått med forutsetter at det utarbeides en plan for behandlingen som journalføres, jf. sphsl § 2-2 og journalføringsforskriften § 8. Planen kan enten være et eget dokument (behandlingsplan) eller være nedfelt som momenter i journalen. En plan for behandlingen er primært et

internt verktøy for behandlingsapparatet, her DPS. Behandlingsplanen må utformes i samråd med pasienten og eventuelt pårørende. Pasientens medvirkning skal dokumenteres i journalen. Planen skal innholde forhold ved behandlingen knyttet til pasienten DPS har ansvar for.

Sjekkliste for planmessig oversikt over behandlingen:

- Diagnose/funksjonsstatus (inkludert arbeid, skole etc.)
- Konkrete observerbare mål for behandlingen
- Skissering av valgt behandlingstilnærming med begrunnelse
- Skissering av antatt varighet
- Kriterier for avslutning
- Tidspunkt for evaluering og systematisk tilbakemelding underveis i behandlingen

3.3.6. Tilgjengelighet

Tilgjengelighet til tjenestene både for pasienter, pårørende og samarbeidsparter kan bidra til å sikre tidlig intervensjon, raskere behandling, redusert sykkelighet og redusert behov for bruk av tvang.

DPS må sikre at henvendelser fra/om pasienter kan mottas, vurderes og ageres i forhold til innen en akseptabel tidsramme avhengig av innholdet i henvendelsen. Dette gjelder henvendelser i forhold til pasienter som allerede er under utredning, behandling/oppfølging ved DPS og ved "krise-/hastehenvendelser" som ikke er av en slik karakter at henvendelsene omfattes av øyeblikkelig hjelp-ordninger. DPS må kunne respondere på "krise-/hastehenvendelser" innenfor en tidsramme på en til to dager på ordinære virkedager (lørdager og søndager, samt helligdager, er ikke inkludert).

Vurdering av, og eventuell aksjon i forhold til "krise-/hastehenvendelser" kan forutsette bred kompetanse, og DPS må sikre at personell som mottar "krise-/hastehenvendelser" er tilstrekkelig kvalifisert. Ofte vil "haste-/krisehenvendelser" innebære krevende avklaringer og vurderinger, for eksempel vurdering av selvmordsrisiko og om personen er til fare for andre. Forsvarlig håndtering av krise/hastehenvendelser kan bidra til å redusere og forebygge bruk av tvang.

Planlegging av ansvar og oppgaver gitt en krise/oplevelse av krise er viktig for pasienten, og kan bidra til å forebygge bruk av tvang. For en del pasienter vil det ut fra sykehistorie, diagnose mv kunne forventes at det oppstår kriser. DPS må planlegge for hvordan de skal håndtere slike mer eller mindre forutsigbare situasjoner (det vil si kartlegge, plassere ansvar, planlegge i samarbeid med pasient, klare og forutsigbare rutiner som også pasienten, pårørende, kommunalt hjelpeapparat mfl kan forholde seg til, evaluering).

Det er et mål at tjenestene skal være tilgjengelige og ett tiltak er organisering av ambulant virksomhet.

En viktig utvikling i spesialisthelsetjenestens psykiatribehandling har vært satsingen på ambulante tjenester, der personell fra spesialisthelsetjenesten følger opp pasientene i deres eget nærmiljø, for eksempel som tidlig intervensjon ved alvorlige psykiske lidelser, rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser og som tilbud til personer i

akutte krisesituasjoner. I DPS veilederen (IS-1388) beskrives forventninger om og til ambulant behandling.

Ut fra dagens regelverk er det imidlertid begrensninger for hvilke konkrete krav man kan stille til ambulant virksomhet. Det kan stilles krav til DPS om at det må foreligge en kapasitet til å kunne arbeide ambulant, enten i egen virksomhet eller at DPS kan innhente bistand fra andre deler av helseforetaket. Dersom det ikke er noen form for tilgang på ambulante tjenester vil dette etter vår oppfatning være i strid med sphsl § 2-1a. Regelverket hjemler imidlertid ikke spesifikke krav knyttet til eksempelvis organisatoriske løsninger, kapasitet eller kompetanse. Tilsynet skal undersøke om det er organisert en slik tjeneste, og at ledelsen følger opp hvordan den fungerer og imøtekommer behov for ambulante tjenester.

3.3.7. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil ofte ha behov for behandling og oppfølging over svært lang tid, og noen har behov for behandling og oppfølging livet ut. Enkelte av disse er vurdert til å ha behov for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Psykisk helsevern skal som hovedregel skje ved frivillighet. I visse tilfelle kan det imidlertid være grunnlag for å etablere tvunget psykisk helsevern, jf. phlsvl. § 3-1. Tvunget psykisk helsevern kan på visse vilkår skje uten døgnopphold i institusjon, jf. phlsvl. § 3-1 annet ledd. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare skje under ansvar av en institusjon som har særlig godkjenning for det, jf. phlsvl. § 3-1. De fleste DPS er kun godkjent for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Særlige krav til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er hjemlet i forskrift 24. november 2000 nr. 1174⁹.

Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare gis i form av pålegg om fremmøte til dagbehandling eller poliklinisk behandling på institusjon, mens pasienten har opphold på egen bolig, jf. forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon § 2.

Pasienter under tvunget psykisk helsevern har særlig rettsikkerhetsbehov. Disse er delvis også ivaretatt gjennom reglene om kontrollkommisjonen.

Det skal undersøkes om DPS sikrer at:

- Det til enhver tid er oppdatert oversikt over hvilke pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon som DPS har ansvar for
- Forholdene så langt som mulig tilrettelegges slik at brukermedvirkning og frivillig deltakelse kan oppnås
- Pasienter under psykisk helsevern uten døgnopphold har en kontaktperson på dagtid blant behandlingspersonellet i DPS, jf. forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon § 4

⁹ <http://www.lovdata.no/cgi-wift/liles?doc=/sf/sf/sf-20001124-1174.html>

- Pasienten og eventuelle pårørende vet hvem de kan kontakte utenom ordinære åpningstider
- Det etableres et samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester om å lage et opplegg for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon § 5
- Under forutsetning av at pasienten samtykker, at det etableres samarbeid med pasientens pårørende, jf. forskriftens § 6
- Faglig ansvarlig for vedtak fortløpende vurderer bruk av tvunget vern uten døgnopphold. Det skal legges vekt på hva pasienten ønsker. Dersom pasienten ikke møter til behandling skal det alltid vurderes alternativer, jf. forskriftens § 8.

3.3.8. Behandling og oppfølging av personer med alvorlig depresjon

Tilsynet skal særlig undersøke om DPS sikrer pasienter med alvorlig depresjon i henhold til ICD -10 forsvarlig behandling. I dette kapittelet vil relevante myndighetskrav bli presentert.

Myndighetskravene utledes også her hovedsakelig fra spesialisthelsetjenesteloven (sphlsl.), pasientrettighetsloven, (pasrl.), og psykisk helsevernloven (phlsvl.). Hovedbestemmelsen, om at tjenestene DPS yter overfor pasienter med alvorlig psykiske lidelser skal være forsvarlige, er sphlsl. § 2-2. § 3-1 i pasrl. regulerer pasientens rett til å medvirke i valg av behandling. Bestemmelsene i pasrl. og phlsvl. bidrar til utdyping av kravene.

Målrettet strukturert behandlingstilbud vil i de fleste tilfelle bestå av både strukturert psykologisk behandling og behandling med legemidler. Kombinasjonen er dokumentert å ha bedre effekt på alvorlig depresjon enn behandlingsformene gitt enkeltvis. Til pasienter med alvorlig depresjon må DPS kunne tilby en behandling som kombinerer bruk av strukturert psykologisk behandling og antidepressiva.

Strukturert psykologisk behandling

Eksempler på strukturert psykologisk behandling er kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi med målrettet aktivisering og interpersonlig terapi. Et element i samtalene kan være strukturert hjelp til problemløsning, som å beskrive et aktuelt problem, finne alternative løsningsforslag, prioritere og gjennomføre tiltak, samt evaluere resultatet.

DPS må sikre forsvarlig behandling og oppfølging som bidrar til forebygging av tilbakefall av depressive symptomer. Dette må være en integrert del av *den strukturerte psykologiske behandlingen*. Tilbakefall kan begrenses og mestres ved å kartlegge tidlige signaler/tegn på eller risikosituasjoner for tilbakefall og drøfte hvorledes slike situasjoner kan håndteres. For å sikre en forsvarlig oppfølging vil det ofte være viktig å drøfte hvorledes slike "krisesituasjoner" skal løses med andre tjenesteytere, pårørende og evt. andre. En "krisesituasjon", eller et tilbakefall kan innebære økt selvmordsrisiko. Overfor pasienter med høy selvmordsrisiko må DPS sørge for forsvarlig tiltak og oppfølging. Slike tiltak kan igjen forebygge/forhindre bruk av tvang. Ansvar og oppgaver bør være fordelt mellom tjenesteyterne som bidrar i oppfølgingen av pasienten, noe som forutsetter samhandlingsaktiviteter.

Behandling med legemidler

Dersom pasienten behandles med legemidler skal DPS sikre at pasienter får nødvendig informasjon om disse. Informasjon må gis om at det tar tid før legemiddelet får full effekt,

og videre hvilke virkninger det eventuelt gir, inkludert bivirkninger. Bruken av legemidler må evalueres, inkludert kriterier for bruk av legemiddelanalyser. Pasienten må informeres om viktigheten av å ta legemiddelet som forskrevet, og advares om risikoen ved egenhendig dosereduksjon og seponering, samt mulige bivirkninger og seponeringssymptomer. DPS må sikre at bruken av legemidler systematisk evalueres av lege når pasienten følges opp av andre enn leger.

Der det ikke er personell ved DPS som forskriver legemidler som benyttes i depresjonsbehandlingen, må det etableres et tett samarbeid med den/de som forskriver legemidlene. Oppgaver og ansvar må fordeles.

3.3.9. Avslutning av behandling

Det er store utfordringer knyttet til samhandling innen psykiske helsevern, både internt i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helhetlige og samordnede tjenester er avgjørende for at pasienten kan få nødvendig behandling og oppfølging. Spesialisthelsetjenesten må sørge for at det foreligger en forsvarlig utskrivningspraksis, slik at det sikres at pasienten får nødvendig oppfølging utenfor egen virksomhet (jf. kapittel 3.3.2.). Videre må det sørges for at det er gjort nødvendige avtaler og gitt tilstrekkelig informasjon til oppfølgingsinstansen. Epikriser skal i utgangspunktet være utsendt innen en uke etter utskrivning. Dersom det er behov for umiddelbar oppfølging av fastlege, kommunale tjenester eller andre, må DPS sørge for at det foreligger epikrise eller eventuelt et utskrivningsnotat på utskrivningstidspunktet, jf. sphlsl § 2-2 og pasientjournalforskriften § 9.

Sjekklisten under er hentet fra Rundskriv vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern (IS-17/2004). Den gjelder utskrivning av pasienter i døgnopphold i psykisk helsevern, men er også relevant i forhold til utskrivning fra DPS behandlingstilbud som ikke er døgnbehandling. Tilsynet skal undersøke om DPS sikrer forsvarlig praksis ved utskrivning av pasienten. Direktoratets anbefalinger legges til grunn for hva som må være undersøkt og vurdert ved utskrivning av pasienter ved DPS.

Følgende forhold må vurderes:

- Om pasienten har vært involvert i avslutningen av behandlingen
- Om det er gjennomført utskrivningssamtale med pasienten
- Om det er gitt informasjon om retten til individuell plan og vurdert behov for igangsetting av arbeid med individuell plan
- Om pasienten og eventuelt pårørende har fått informasjon om videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og/eller kommunens helse- og sosialtjeneste, muligheter for tilbakefall og eventuelle tiltak pasienten kan gjennomføre selv, hvor han/hun kan søke hjelp ved behov og få nødvendige legemidler/reseptor
- Selvmordsfare og/eller en vurdering av farlighet i de tilfeller der dette har vært en problemstilling ved innleggelse eller i løpet av oppholdet

4. Revisjonskriterier

4.1. Innledning

Nedenfor er det satt opp revisjonskriterier som kobler sammen myndighetskravene som drøftes i kapittel 2 og 3. Revisjonskriteriene med underkriterier må sees i sammenheng, og skal danne totalbilde av om pasientbehandlingen i DPS er i samsvar med de kravene lovgivningen stiller.

Kriteriene er gruppert etter inndelingen i kapittel 3. Dette i motsetning til oppbygningen av samme kapittel i fjorårets veileder for tilsyn med akuttmottak, der inndelingen var etter strukturen i kapittel 2. Fordelen er at det kanskje blir tydeligere hvordan kravene til internkontroll spiller inn i forhold til de forskjellige oppgavene. Ulempene er at det kan bli mye gjentakelser og at det kan fremstå som fire ulike ”internkontrollsystemer”. For å motvirke dette er kriteriekapittelet innledet med kapittel 4.2.0 der de generelle og overbyggende kriteriene for internkontrollen er lagt inn. De mer konkrete kravene som stilles til internkontroll med kjerneoppgavene følger deretter.

4.2. Revisjonskriterier

4.2.0. Generelle styringskrav

Organisering

- Den pasientrettede driften i DPS er planlagt og organisert for å ivareta de oppgaver som er tillagt virksomheten
 - Det er avklart hvilke oppgaver DPS skal ivareta og hvilke oppgaver som skal ivaretas av andre deler av det psykiske helsevernet i foretaket
 - Det foreligger oversikt over driftsinformasjon, blant annet pasientstrøm, ventelister
- Det er etablert kvalitetsmål/aktivitetsmål for virksomheten
- Det er entydig og kjent hvem som har det overordnede ansvaret for virksomheten og fordeling av ledelsesoppgaver knyttet til koordinering og styring av forskjellige oppgaver og aktiviteter
- Det er vurdert hvilke deler av virksomhetens internkontroll som skal dokumenteres skriftlig

Samhandling

- Det er etablert samarbeid med aktuelle enheter innen det psykiske helsevernet i helseforetaket
- Det er etablert samarbeid med kommunene i opptaksområdet som grunnlag for å ivareta rådgivningsplikten og samhandling om den enkelte pasient

Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon

- Det er gjort risikovurderinger for å identifisere kritiske trinn i virksomhetens oppgaveløsning og arbeidsprosesser
 - Eksempler på sannsynlige risikomomenter er de problemstillinger som er drøftet under kapittel 3. Det må forventes at noen av disse finnes igjen i virksomhetens egne vurderinger.

- Det foretas risikovurderinger i forbindelse endringer i organisasjonen og arbeidsprosesser
- Det er etablert et system for melding av svikt/uønskede hendelser/avvik og hvordan dette skal følges opp av ledere på forskjellig nivå.
- Det er etablert systematiske tiltak for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende.
 - kommentar: Dette kravet er generelt. Det kan derfor ikke kreves at det innenfor alle temaområdene er innhentet slik informasjon. Temaene er imidlertid så pass sentrale at det bør forventes at det er innhentet slike erfaringer som berører minst ett av områdene

Tiltak for å legge tilrette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

- Virksomhetens ledelse følger opp risikovurderinger, avviksmeldinger, tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende og øvrig driftsinformasjon og vurderer behovet for tiltak for å rette opp mangler og/eller forebygge svikt i framtiden
- Det etableres nødvendige rutiner, prosedyrer eller andre former for tiltak for å sikre at virksomhetens oppgaver løses i henhold til kravene i helselovgivningen og for å redusere risikoen for svikt. Det fastsettes mål/indikatorer som direkte eller indirekte kan gi grunnlag for å vurdere om det iverksatte virkemiddelet er effektivt, se nedenfor; Ledelsens oppfølging og årlige gjennomgang

Personell- og kompetansestyring

- Personell får opplæring i virksomhetens internkontroll. Dette innebærer blant annet:
 - Kunnskap om virksomhetens ordninger for å melde fra om svikt/uønskede hendelser/avvik
- Det er definert kompetansebehov og etablert opplæringsprogrammer og oppfølgingsrutiner for personellet i virksomheten
- For de oppgaver der det kreves særlig fagkompetanse er det etablert rutiner for fordeling av slike oppgaver
- Uerfarne nyansatte og vikarer følges opp av mer erfarne kollegaer.

Ledelsens oppfølging og årlige gjennomgang

- Ledelsen følger med på om de tiltak som er besluttet blir utføres i praksis. Dette kan skje gjennom rapporteringer, evalueringer, interne revisjoner el. Det vurderes om tiltakene virker som tilsiktet og om de er tilstrekkelige.
- Ledelsen foretar minimum årlig en gjennomgang av virksomhetens internkontroll for å vurdere om det systemet som er etablert er tilstrekkelig.
 - Følgende blir blant annet gjennomgått:
 - Måloppnåelse i forhold til virksomhetens vedtatte aktivitets- eller kvalitetsmål
 - Kritiske områder ved driften, avdekket gjennom risikovurderinger, avviksmeldinger, tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende eller andre
 - Iverksetting og effekt av vedtatte tiltak, rutiner, prosedyrer, personell- og kompetansestyringstiltak, organisatoriske tiltak mv
 - Behov for ytterligere tiltak

4.2.1. Vurdering av nye pasienter

Aktuelle hjemler: Pasrl §§ 2-2 og 2-1, jf sphsl § 2-2 og forskrift om rett til helsehjelp mv §§ 2, 4 og 5. Internkontrollforskriften §§ 4 og 5.

Organisering

- Prosessen med å motta og vurdere henvisninger har en fast organisering som er kjent for de involverte
- Det er avklart hvem som skal håndtere henvisninger som mottas, foreta nødvendig registrering og fordeling til personell som skal foreta vurderinger av henvisningene
- Arbeidet er organisert slik at henvisninger der det er mistanke om livstruende eller alvorlig sykdom blir raskt vurdert
- Det er avklart hvem som skal foreta vurdering av henvisninger

Samhandling

- Det er etablert samarbeid med instanser som ofte henviser pasienter til DPS
- Det er rutiner for å følge opp fastlege eller andre eksterne samarbeidspartnere i de tilfeller det er behov for å innhente supplerende opplysninger eller foreta undersøkelser som ikke foretas ved DPS

Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon

- Det er gjort risikovurderinger for å identifisere kritiske trinn i arbeidet med å vurdere og prioritere henvisninger etter kravene i helselovgivningen
- Ved registreringer, avviksmeldinger eller på andre måter blir det fanget opp om prosessen med å motta og vurdere henvisninger svikter
- Data fra det pasientadministrative systemet innhentes og benyttes for å vurdere om tidsfristene overholdes

Tiltak for å legge tilrette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

- Det er rutiner for registrering og fordeling av innkomne henvisninger
 - Alle innkomne henvisninger blir registrert
 - Innkomne henvisninger fordeles fortløpende til personell som har ansvar for å vurdere henvisninger.
- Det foretas foreløpig vurdering av alle henvisninger raskt etter mottak for å avklare om:
 - Det er mistanke alvorlig/livstruende sykdom og at henvisningen dermed må vurderes raskt
 - Det er behov for supplerende opplysninger eller undersøkelser
 - Henvisningen skal videresendes til en annen avdeling/enhet i eget foretak eller til annet foretak og derfor må oversendes raskt for at fristen skal overholdes
- Det er rutiner som beskriver hvordan kravene til vurdering av henvisninger etter pasrl. § 2-2 skal etterleves
 - Vurdering av helsetilstand
 - Vurdering av behov for helsehjelp
 - Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp etter prioriteringsforskriften
 - Fastsettelse av bindende frist for helsehjelp for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp etter pasrl. § 2-1
 - At vurderingen skjer innen 30 virkedager fra innsendingsdato

- Tilbakemelding til pasient, henvisende instans og fastlege
- At det opplyses om klageadgang og rett til fornyet vurdering ved avslag
- Det er tiltak for å følge opp at fastsatte frister for helsehjelp blir overholdt

Personell og kompetansestyring

- Henvisninger blir vurdert av personell med spesialistkompetanse dvs psykologspesialist eller psykiater. Dersom personell under spesialistutdanning eller med annen kompetanse benyttes blir vurderingen kvalitetssikret og kontrasignert av spesialist.
- Personell som skal foreta vurderinger etter pasrl. § 2-2 er gitt opplæring i hvilke krav som stilles til slik vurdering

Ledelsens oppfølging og årlige gjennomgang

- Ledelsen følger opp at vedtatte rutiner for vurderinger av henvisninger blir fulgt og er tilstrekkelig til å ivareta kravene i pasrl. § 2-2 og vurderer behov for ytterlige tiltak
- Ledelsen følger opp at ikke henvisninger blir avvist på uriktig grunnlag

4.2.2. Utredning

Aktuelle hjemler: Sphls § 2-2, pasrl §§ 3-1, 3-2 og 3-3, pasientjournalforskriften § 8, internkontrollforskriften §§ 4 og 5.

Organisering og planlegging

- Oppgaver knyttet til utredning har klare mål og det fremgår hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt for å foreta utredning
 - Det er kjent hvem som har ansvar i forhold til å sikre utredning
 - Målene og oppgavene knyttet til forsvarlig utredning er kjent for alle i DPS og gjenspeiles i prosedyrer, instruksjer, rutiner, håndbøker, journalmal og andre tiltak. Se punktet Tiltak for å rette opp og forebygge svikt

Samhandling

- Det er etablert samarbeid med relevante instanser som ofte bidrar i utredningsaktiviteter, f. eks. spesialiserte tjenester innen psykiatri og somatikk
- Det etableres samarbeid rundt den enkelte pasient
 - Relevante samarbeidsparter kartlegges, og det inngås nødvendig samarbeid der personvern og taushetspliktsregler blir ivaretatt
 - Det legges til rette for at samarbeid kan igangsettes og gjennomføres, for eksempel at det settes av tid til samarbeidsmøter og mulighet for å starte arbeid med individuell plan, og/eller andre former for samarbeid der det er nødvendig allerede i utredningsfasen

Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon

- Det er gjort risikovurderinger for å identifisere kritiske trinn i arbeidet med å utrede pasienter med alvorlige psykiske lidelser.
- Ved registreringer, avviksmeldinger og evalueringer, eller på andre måter, blir fanget opp om hele, eller deler av, utredningsprosessen svikter

Tiltak for å legge tilrette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

- Det fremgår av prosedyrer, instruksjoner, håndbøker, fagmøter mv. hvilke forhold ved pasienten som er relevante å kartlegge
- Alle relevante forhold ved pasienten kartlegges og dokumenteres. Journalen inneholder informasjon om tidligere og nåværende psykiske lidelser, tidligere og nåværende somatiske lidelser, psykiske lidelser i familien, selvmordsfare, bruk av rusmidler, negative livshendelser, mellommenneskelige problemer, sosiale og økonomiske forhold samt omtale av pasientens ressurser
 - Det innhentes tilstrekkelig informasjon om pasientens tidligere og nåværende psykiske lidelse. DPS innhenter informasjon ved å spørre pasienten, evt. innhente epikriser og foreta nye utredninger/undersøkelser
 - Det foretas en mest mulig korrekt funksjonsbeskrivelse og stilles diagnose av pasienter med alvorlig depresjon ved bruk av grundig anamnestisk intervju og ved bruk av standardiserte og strukturerte diagnostiske hjelpemidler, som f. eks. MINI intervjuet og SCID-I
 - ◆ Hjelpemidler/verktøy for vurdering av depresjonsnivå og for å følge opp/evaluere behandling av alvorlig deprimerte er kjente og tilgjengelige. Eks. på slike hjelpemidler/verktøy er Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Hamilton skala for depresjon (HAM-D) og Becks depresjonsinventorium (BDI)
 - ◆ DPS foretar forsvarlig utredning av pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse. Ved behov brukes standardiserte hjelpemidler (psykometriske tester), som f. eks., SCL-90-R, SCI-PANSS, CDSS, MDQ, PAS, SCLFC, WHO-DAS, SCID-I, AUDIT/DUDIT. Testene må være kjente og tilgjengelige for personellet som utfører utredninger
 - Relevante *somatiske* undersøkelser tas for å kartlegge pasientens somatiske helsetilstand
 - Dersom DPS ikke selv foretar utredningen foreligger rutiner mv. som sikrer at nødvendig utredning av relevante somatiske forhold tas av andre
 - ◆ I rutiner, prosedyrer, håndbøker og evt. i møter fremgår at nødvendige somatisk undersøkelse skal foretas, hvilke type undersøkelser dette kan dreie seg om og hvem som har ansvar for å sikre at dette blir fulgt forsvarlig opp
 - I utredningen av pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelser foretas nødvendige laboratorie-/billeddiagnostiske undersøkelser
 - Vurdering av selvmordsrisiko inngår som standard i alle førstegangsvurderinger og utredninger
 - Alle pasienter spørres direkte om selvmordstanker
 - Tiltak som sikrer forsvarlig vurderinger av selvmordsrisiko er kjent og tilgjengelig
 - Det er etablert tiltak og rutiner som sikrer *kartlegging av pasientens familie og pårørende*

- Det undersøkes om pasienten har familie og eventuelt andre pårørende, og det kartlegges hvilke ”status” pasienten ønsker at familie/ pårørende skal ha. Eksempelvis hvem som kan/skal informeres, hvem som ikke skal informeres, hvem som har behov for opplæring mv
- Det undersøkes om pasienten har omsorg for barn og eventuelt om barna har spesielle behov som må adresseres
 - ◆ Rutiner sikrer at meldeplikten til barnevernet etterleves
 - ◆ Rundskriv IS- 5/2006 er kjent og innarbeidet i rutiner og prosedyrer
- Informasjonen om familie og pårørende benyttes for å ivareta pårørendes rett til opplæring
- Det er rutiner for at *relevante samarbeidspartnere* kartlegges og vurderes i forhold til samarbeid rundt pasienten
 - Helse- og sosialtjeneste som yter tjenester til pasienten kartlegges
 - Det vurderes om det er hensiktsmessig og nødvendig med samarbeid og koordinering for å yte forsvarlig tjeneste
 - Prosedyrer og andre tiltak sikrer at pasientens medvirker i alle deler av utredningsfasen
 - Pasienten informeres om sin rett til å medvirke
 - Pasienten (og pårørende) får tilstrekkelig informasjon slik at de har grunnlag for å medvirke, eksempelvis i forhold til valg av behandling
 - Det spørres om pasientens erfaringer, eksempelvis om erfaring fra tidligere behandling
- Rutiner mv. sikrer at det undersøkes om det er nødvendig å foreta en vurdering av om pasienten er til *fare for andre*
 - Standardiserte vurderingsredskaper er tilgjengelig og kjent
 - Rundskriv IS- 15/2006 er kjent, forstått og etterlevd
 - ◆ Sikre at egnet vurderingsredskap (eks. HCR-20) er tilgjengelig, og at personell har kompetanse til å anvende det

Personell og kompetansestyring

- Personell som foretar utredningen av pasienter med alvorlig psykiske lidelser har kompetanse, tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter
 - Personell har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter i forhold til å bruke standardiserte diagnostiske hjelpemidler og hjelpemidler for vurdering av depresjonsnivå hos pasienter med alvorlig depresjon
 - Personell har tilstrekkelig kompetanse, kunnskap og ferdigheter i forhold til bruk av standardiserte hjelpemidler (psykometriske tester) for å kunne sikre de diagnostiske vurderingene av pasienter med nyoppdagede symptomer forenelig med psykoselidelse
 - Dersom personell uten kvalifisert kompetanse i diagnostisk arbeid (dvs personell med tre-årig høyskoleutdanning samt personell i spesialistutdanning) utreder sikres et forsvarlig diagnostisk arbeid ved eksempelvis fortløpende, systematisk veiledning gitt av spesialister til det enkelte personell, regelmessige

møter der det diagnostiske arbeidet drøftes og kvalifiseres (team- eller fagmøter)

- Personell har nødvendig kompetanse for å vurdere somatiske forhold
 - Personell ved DPS har/har tilgang på kompetanse og ferdigheter slik at betydningen av resultatene fra de somatiske undersøkelsene vurderes og eventuelt integreres i den videre utredningen
- Personell som foretar selvmordsvurderinger og vurderinger av om en pasient kan være til fare for andre har tilstrekkelig og nødvendig kompetanse
 - Der vurderinger ikke foretas av personell som ikke er psykologspesialist eller psykiater er personellet sikret tilgang til veiledning i direkte tilknytning til de konkrete vurderingene

Ledelsens oppfølging og gjennomgang

- ◆ Ledelsen følger opp om planlagte rutiner, prosedyrer og andre tiltak for å sikre forsvarlig utredning blir iverksatt og om de er tilstrekkelig virkningsfulle

4.2.3. Behandling og oppfølging

Aktuelle hjemler: Sphlsl. §§ 2-2, 2-5 og 2-1a, pasrl. §§ 3-1, 3-2, 3-3 og 2-5, phlsvl. §§ 2-5 og 4-1, forskrift om individuell plan, forskrift 20.11.2000 nr 1174 §§ 4 til 8, pasientjournalforskriften §§8 og 9, internkontrollforskriften §§ 4 og 5.

Organisering

- Behandlings- og oppfølgingstilbudet ved virksomheten er organisert på en tydelig og forutsigbar måte.
 - Virksomheten har oversikt over hvilke behandlingsformer som tilbys
 - Behandlings- og oppfølgingstilbudet er organisert med tanke på å kunne tilby et differensiert behandlingstilbud - poliklinisk, ambulant, dagbehandling eller døgnopphold
- Ansvar, oppgaver og myndighet er tydelig fordelt
 - Det er kjent hvem som har ansvar i forhold til å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av den enkelte pasient
- Det er etablert et ambulant behandlings- og oppfølgingstilbud for å kunne gi pasienter som har behov for og ønsker oppfølging i eget hjemmemiljø
 - Dersom DPS ikke har etablert en egen ambulant tjeneste foreligger det en avtale om slik bistand fra en annen virksomhet i helseforetaket
- Dersom det haster kan DPS tilby oppfølging innen en til to virkedager
 - Det er avklart hvordan slike hastehenvendelser skal håndteres og hvem som følger opp dette
- Behandlings- og oppfølgingstilbudet er i tråd med nasjonale retningslinjer og anerkjent praksis
- Dersom virksomheten har ansvar for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er det organisert og iverksatt tiltak for å ivareta dette ansvaret
 - Det foreligger en oversikt over de pasienter som til enhver tid er underlagt slikt vern

- Pasientene har en kontaktperson blant behandlingspersonellet på dagtid
- Det er avklart hvem pasienten og eventuelt pårørende kan kontakte utenfor ordinær arbeidstid

Samhandling

- Det er etablert rutiner for samhandling i de tilfeller der det er behov for oppfølging fra fastlege og/eller kommunale tjenester mens pasienter er til behandling i DPS for å sikre sammenheng og kontinuitet i oppfølgingen
 - Det avklares hvem som har ansvaret for hva, og hvordan tjenestene skal koordineres
 - Det avklares hvordan eventuelle kriser og sykdomssvingninger skal håndteres. Det legges vekt på å finne fram til løsninger som kan redusere/forebygge bruk av tvang
 - Det avklares om kommunen har behov for veiledning, og hvordan dette skal varetas
 - Dersom de legemidler som inngår i behandlingen helt eller delvis forskrives av lege utenfor DPS, er det etablert klare rutiner for kommunikasjon og samarbeid om pasientbehandlingen
- Det etableres samarbeid med pårørende der dette er hensiktsmessig og etter pasientens ønske, dette gjelder også i forhold til pasienter som er under tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
- Der det er behov for oppfølging av fastlege og/eller kommunale tjenester etter avsluttet behandling blir dette avklart *før* behandlingen avsluttes
- Det er rutiner for hvordan DPS skal bidra i samarbeidet med fastlege, kommunale tjenester og andre aktører om utarbeidelse og oppfølging av individuell plan
- Det etableres samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten for utarbeidelse av opplegg for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Bruk av risikovurderinger, avviksmeldinger og annen informasjon

- Det er vurdert hvilke forhold som er kritiske for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av pasienter
- Ved registreringer, avviksmeldinger og ved evalueringer, eller på andre måter blir det fanget opp om behandling og oppfølging svikter
- Tilbakemeldinger fra pasienter benyttes systematisk for å evaluere virksomheten

Tiltak for å legge til rette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

- Det er etablert rutiner, prosedyrer og andre tiltak for å sikre det faglige innholdet i behandlingstilbudet
 - Det utarbeides og dokumenteres at det foreligger en plan for behandling av pasienten. Punkter som bør finnes i en planmessig oversikt over behandlingssinnsatsen:
 - diagnose/funksjonsstatus (inkludert arbeid, skole etc.)
 - konkrete observerbare mål for behandlingen
 - skissering av valgt behandlingstilnærming med begrunnelse
 - skissering av antatt varighet
 - kriterier for avslutning

- tidspunkt for evaluering og systematisk tilbakemelding underveis i behandlingen
- Pasienter med alvorlige depresjon tilbys et målrettet strukturert behandlingstilbud bestående av strukturert psykologisk behandling og behandling med legemidler (antidepressiva)
 - Tiltak for å identifisere og forebygge tilbakefall er en del av den strukturerte psykologiske behandlingen. Dette blant annet for å kunne forebygge selvmord og forhindre bruk av tvang
 - Kartlegge tidlige signaler/tegn på eller risikosituasjoner for tilbakefall
 - Planlegge i forhold til krise-/risikosituasjoner
 - ◆ Overfor pasienter med høy selvmordsfare foretas nødvendige tiltak
 - Samhandling ivaretas også i forhold til legemidler som benyttes
 - Brukermedvirkning ivaretas inkludert evaluering av behandlingen/oppfølgingen
 - Tilgjengeligheten vurderes og avpasses
- Det er etablert rutiner for å sikre at pasientene får ivaretatt sin rett til informasjon og medvirkning i alle faser av behandlingsforløpet
 - Pasienten får informasjon om og mulighet til medvirke i valget av aktuelle behandlingsformer
 - Pasienten som behandles med legemidler skal ha informasjon om:
 - Virkninger, f. eks. når legemiddelet vil kunne forventes å gi effekt/virke
 - Mulige bivirkninger
 - Viktigheten av å ta legemidlet til rett tid og i rett dose
 - Risiko ved egenhendig dosereduksjon og seponering
 - Seponeringssymptomer
 - Behandlingsplaner utarbeides i samarbeid med pasienten
 - Pasienten får informasjon om retten til individuell plan dersom det er aktuelt
 - Pasientens erfaringer innhentes systematisk i forbindelse med evaluering av behandlingen
- Der DPS har ansvar for pasienter som er under tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er det etablert tiltak for å foreta en forsvarlig gjennomføring av vernet
 - Prosedyrer for å ivareta brukermedvirkning og eventuell bruk av IP ved ansvar for pasienter under tvunget psykisk vern
- Det er etablert tiltak som sikrer forsvarlig avslutning av behandling og oppfølging
 - Ved utskrivning vurderes viktige forhold som blant annet beskrives i Rundskriv IS- 17/2004:
 - Om pasienten har vært involvert i planleggingen av utskrivelsen
 - Om det er gjennomført utskrivningssamtale med pasienten
 - Om det er gitt informasjon om retten til individuell plan og vurdert behov for igangsetting av arbeid med individuell plan

- Om pasienten og eventuelt pårørende har fått informasjon om videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og/eller kommunens helse- og sosialtjeneste, muligheter for tilbakefall og eventuelle tiltak pasienten kan gjennomføre selv, hvor han/hun kan søke hjelp ved behov, fått nødvendige legemidler/resepter
- Selvmordsfare og/eller en vurdering av farlighet i forhold til andre i de tilfeller der dette har vært en problemstilling ved innleggelse eller i løpet av oppholdet
- Dersom det er behov for særskilt oppfølging av fastlege eller kommunale tjenester etter utskrivning er det rutiner for samarbeid og nødvendig informasjonsutveksling før utskrivning foretas
 - I disse tilfeller foreligger epikrise eller utskrivningsnotat ved utskrivning

Personell- og kompetansestyring

- Det er definert kompetansebehov og etablert opplæringsprogrammer og oppfølgingsrutiner for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av pasientene
 - Personell har kompetanse og ferdigheter til å foreta strukturert psykologisk behandling
 - Der behandler ikke har formell kompetanse, må forsvarlig behandling sikres ved tiltak som veiledning, håndbøker mv.
 - Personell må ha kompetanse til å foreta forsvarlig legemiddelbehandling
 - Der personell ved DPS ikke forskriver legemidlene som benyttes i behandlingen av pasienten må behandler ved DPS ha tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter til å forstå legemiddelets virkning og betydning for den øvrige behandlingen/oppfølgingen slik at det kan etableres et forsvarlig samarbeid med forskrivende lege
 - Personell har kompetanse i forhold til å ivareta pasienter som er under tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
- Det er etablert faglige arenaer for generell kompetansestyrking og for å drøfte konkrete behandlingsopplegg
- Hvis behandling gjennomføres av personell uten spesialistkompetanse er det etablert rutiner for oppfølging av spesialist (psykologspesialist eller psykiater) både ved utforming og evaluering av behandlingsopplegget

Ledelsens oppfølging og gjennomgang

- Ledelsen følger opp om planlagte rutiner, prosedyrer og andre tiltak for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging blir iverksatt og om de er tilstrekkelig virkningsfulle

5. Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet

5.1. Generelt

I hver helseregion skal tilsynet gjennomføres med ett tilsynslag og samme revisjonsleder. Dette forutsetter utstrakt samarbeid mellom Helsetilsynet i fylkene både når det gjelder forberedelser og gjennomføring. Det er viktig at samarbeidet oppfattes forpliktende.

Det forventes at tilsynsmyndighetene opptrer koordinert og sikrer at forholdene blir tilstrekkelig grundig undersøkt i tråd med gjeldende prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon, jf. gjeldende prosedyre.

5.2. Tilsynsmetodikk

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon. Det betyr at revisjonslaget skal undersøke om det enkelte helseforetakets internkontroll sikrer forsvarlighet og kvalitet når det gjelder vurdering og prioritering, utredning og oppfølging ved DPS. Dette skal gjøres i henhold til gjeldende prosedyre. Tilsynslaget skal undersøke om helsetjenestene utføres i tråd med angitte myndighetskrav.

5.3. Tilsynslagene

Tilsynene gjennomføres med regionale tilsynslag. I helseregion SørØst skal det være tre tilsynslag. Medlemmene i tilsynslagene må ha god og oppdatert revisjonskunnskap og revisjonserfaring. Tilsynslagene bør settes sammen slik at de samlet sett har følgende kvalifikasjoner:

- Erfaren revisjonsleder med god kjennskap til gjeldende prosedyre for systemrevisjoner inkludert internkontrollens sentrale plass i slike revisjoner
- Helsefaglig og juridisk kompetanse
- Innsikt i psykisk helsevern og spesialisthelsetjenestens utfordringer knyttet til ledelse, organisering og styring

Medlemmene i tilsynslaget er avhengige av hverandres kompetanse for å kunne gjennomføre et godt tilsyn. Å få tilsynslaget til å fungere er en vesentlig del av revisjonslederens oppgave. Dette krever samhandlings- koordinerings- og pådriveregenskaper. Tilsynet skal gjennomføres med fagrevisorer (jf. kapittel 5.4), og erfaringer tilsier at dette kan gi ytterligere ledelsemessige utfordringer ved gjennomføring av tilsynene. Tilsynslagets totale kvalifikasjoner må utnyttes på en konstruktiv måte gjennom hele prosessen, slik at tilsynene kan gjennomføres mest mulig effektivt, målrettet og etterrettelig.

I systemrevisjonsprosedyren kapittel 5.2.1. er det beskrevet at revisjonsleder bør delta ved sammensetning av tilsynslaget. Det er viktig å sette sammen en gruppe som kan fungere som et lag, og som totalt sett dekker kompetansebehovet. Revisjonsleder oppnevnes av kontaktfylkeslegen, og har ansvar for planlegging, koordinering og gjennomføring av tilsynene innen den enkelte helseregion. Revisjonsleders ansvar opphører når endelig tilsynsrapport foreligger.

Ansvar for oppfølging og lukking av avvik er plassert hos Helsetilsynet i fylkene. Revisjonsleder bør tas med på råd i dette arbeidet.

5.4. Fagrevisorer

Tilsynet skal gjennomføres med fagrevisorer. En psykologspesialist og en psykiater skal være tilknyttet de regionale tilsynslagene som skal gjennomføre tilsynene. Statens helsetilsyn vil bidra med å finne fagrevisorer til de tilsynene som skal gjennomføres med virksomheter i regionene. Statens helsetilsyn sørger for felles opplæring og samling for fagrevisorer og tilsynslagene. Samling og opplæring gjennomføres felles for fagrevisorene og tilsynslagene 23. og 24. januar 2008.

Statens helsetilsyn dekker utgiftene til lønn, reise og opphold for fagrevisorene i forbindelse med planlegging og gjennomføring av tilsynene. Hver region vil få tildelt to fagrevisorer. Fordeling av fagrevisorer vil skje i samarbeid mellom revisjonsledere og fagrevisorer på samlingen i januar. Revisjonsleder har ansvar for videre kontakt og samarbeid med fagrevisorene. Det er oppnevnt reserver i tilfelle frafall blant fagrevisorer. Liste over fagrevisorer er vedlagt (vedlegg 3).

5.5. Tidsramme og omfang av tilsynet

Tidsrammen for tilsynet er to år. Begrunnelser for tidsrammen på to år har blant annet vært effektivisering av ressursbruk, å ha oppmerksomhet rettet mot et tjenesteområde over lengre tid og bidra til lærings- og erfaringsoverføring i tjenestene. Effektivisering av ressursbruk handler blant annet om at det andre år (2009) er mulig å gjennomføre tilsyn på tider av året da aktiviteten tradisjonelt og i forhold til vanlig tidssyklus for landsomfattende tilsyn er lav.

Omfanget av tilsynet tilsier at det er behov for å bruke to hele arbeidsdager til gjennomføring av hvert tilsyn. Statens helsetilsyn forutsetter at hvert tilsynslag gjennomfører minimum fire systemrevisjoner hvert år, det vil si at totalt minst 48 DPS følges opp med systemrevisjoner i løpet av 2008 og 2009 (jf. kapittel 5.6).

I 2009 kan det i tillegg til systemrevisjonene være mulig å følge opp alle DPS på andre måter enn med systemrevisjoner. En mulighet kan være avgrensede verifikasjonsaktiviteter og skriftlige redegjørelser fra virksomhetene på avgrensede områder. Statens helsetilsyn vil vurdere om, og eventuelt hvordan, oppfølging uten gjennomføring av systemrevisjon kan gjennomføres.

5.6. Valg av virksomheter

Totalt sett er det 22 helseforetak fordelt på de fire helseregionene, og det forutsettes at det gjennomføres minst ett tilsyn i hvert helseforetak i 2008. Ved tilsyn utover dette skal tilsynslagene i 2008 prioritere å gjennomføre tilsyn i helseforetak med flest DPS. I 2009 står tilsynslagene mer fritt til å prioritere hvilke DPS det skal gjennomføres tilsyn i. Det forutsettes imidlertid at tilsynslagene oppsummerer og vurderer lokale funn og prioriterer med utgangspunkt i disse.

En måte å gjennomføre tilsyn i 2009 kan for eksempel være at tilsynslagene prioriterer samme helseforetak med tanke på å sjekke om erfaringer fra tilsyn i 2008 har ført til

forbedring i form av færre avvik og merknader på områdene tilsynet retter oppmerksomhet mot.

5.7. Forberedelser og dokumentinnhenting

Tilsynslagene må foreta en vurdering av hvilke opplysninger og dokumenter som er relevante å innhente i forkant av tilsynet. Nedenfor følger en oversikt over mulige opplysninger /dokumenter det kan være aktuelt å vurdere.

Tilsynslagene bør vurdere om det er behov for formøte med helseforetaket som ledd i forberedelsene, jfr. systemrevisjonsprosedyren 5.4.1.

Systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.3 presiserer at tilsynslaget skal gjøre seg kjent med skriftlig dokumentasjon av styringen og av foreliggende resultatdokumentasjon før tilsynet gjennomføres. Dette skal vurderes opp mot revisjonskriteriene.

Det kan blant annet være aktuelt å innhente følgende opplysninger¹⁰:

- Organisering av virksomheten, beskrivelse av ansvarsforhold og fordeling av oppgaver, oversikt over ledere og ansatte i DPS/ambulant virksomhet, stillingsbeskrivelser, opplæringstiltak i forhold til tema for tilsynet
- Samarbeidsavtaler (jfr. DPS-veilederen s.13: samarbeidsavtaler skal foreligge i løpet av 2006). Evt. samarbeidsavtaler med andre deler av spesialisthelsetjenesten?
- Styrende dokumenter og annen informasjon som kan gi oversikt og informasjon om tjenester og tiltak i tilknytning til henvisninger, utredning, gjennomføring og evaluering av behandlingstiltak
- Opplysninger om standardiserte verktøy for utredning/vurdering, eventuelle skriftlige prosedyrer og tiltak som benyttes for gjennomføring
- Opplysninger om virksomhetens tiltak for å sikre brukermidvirkning både på system- og individnivå, eks. informasjon om brukerråd/systematisk bruk av brukererfaringer på systemnivå
- Opplysninger om virksomhetens systematiske gjennomgang og evaluering av drift og resultater innen tema for tilsynet
- Oppgaver (eks. ø-hjelp/ambulant/beredskap, veiledning/rådgivning til kommunene..)
- Opplærings-/kompetanseplaner, (eks. hvordan DPS'ene sikrer at ansatte får opplæring i ulike typer behandlingsmetodikk, gruppevirksomhet, ambulant virksomhet)
- Vakt-/bemanningsplaner (for å sjekke ut beredskap/ambulant virksomhet)
- Opplæringstiltak for pasienter og pårørende
- Antall pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold

¹⁰ Aktuell informasjon kan også hentes via være denne lenken:
http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/IndikatorPrInstitusjon2_2256.aspx?typeInst=2

5.8. Intervjuobjekter, intervjuer og verifikasjoner

Intervjuene må brukes til å få frem informasjon som tilsynslaget mangler, sjekke ut om tilsendt dokumentasjon er kjent blant ansatte som burde hatt kjennskap til dokumentene og om prosedyrer er kjent, forstått og etterlevd. Intervjuene må også brukes til å sjekke ut om vedtatte mål og planer følges opp, om DPS'et og helseforetaket lærer av sine feil og hvordan svikt håndteres og følges opp.

Revisjonskriteriene er styrende for hva intervjuene skal dreie seg om. Intervjuene må benyttes målrettet, og revisjonslagene må forberede intervjuene slik at det under tilsynet er helt klart hvem som skal spørres om hva. Avvikshåndtering i DPS vil for eksempel være et tema alle som intervjues skal spørres om, men alle skal likevel ikke ha de samme spørsmålene. Tilsynet må blant annet kunne gi svar på om involvert personell registrerer avvik, om avvikene korrigeres og lukkes på en tilfredsstillende måte, om lederne følger opp at avvikshåndtering fungerer og at tiltak iverksettes for å forebygge ny svikt. Det må også undersøkes om det er lik oppfatning av avvikshåndtering i alle ledd/deler av organisasjonen av. Dette skal fungere uavhengig av hvem som er involvert. Helseforetakets administrerende direktør har det øverste ansvaret.

For å få svar på det tilsynet skal rette oppmerksomhet mot anbefales å velge ut intervjuobjekter i tråd med angitt liste nedenfor. Noen av disse funksjonene kan være sammenfallende eller ha andre titler. Det må avklares hvem som har administrativt, faglig og personalmessig ansvar. Det må sikres at de som innehar disse funksjonene blir intervjuet.

- Administrerende direktør, divisjonsdirektør, klinikkssjef
- Leder av DPS/enhetsleder/seksjonsleder/teamleder
- Behandlingsansvarlige spesialister
- Andre med behandlingsansvar (ansatte med 3-årig høyskoleutdanning)

For å få til en konstruktiv dialog i intervjuene er det helt nødvendig å tilpasse språket til den begrepsbruken som benyttes i hvert enkelt DPS og helseforetak. Dersom tilsendt dokumentasjon viser at de for eksempel bruker begrepet kvalitetssystem, kvalitetsstyringssystem eller styringssystem istedenfor internkontroll, så må deres begrep benyttes og ikke begrepet internkontroll. Det samme gjelder en del andre begreper som for eksempel avvikssystem. Dersom de kaller det forbedringsrutiner eller noe annet, så bruk deres begrep og finn ut hva de legger i det. Dette er helt vesentlig for å få en god dialog og for å få svar på det tilsynet ønsker.

Opplysninger fra intervjuene må sammenholdes med resultater fra dokumentgjennomgangen som er gjort i forkant av tilsynet. Under enkelte intervjuer kan det komme frem opplysninger det er behov for å sjekke ut ved å se i dokumenter, resultatregistreringer, møtereferater eller annet. Det er viktig at det er satt av tid nok til slike verifikasjoner. Ulike typer informasjon bekreftes eller avkreftes.

Under tilsynet vil det også kunne være aktuelt med en gjennomgang av pasientjournaler, oversikt over pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, avviksregistrering/ avviksbehandling, rapporter fra relevante interne og/ eller eksterne

revisjoner, sjekklister, dokumentasjon av opplæring med mer. Informasjonen fra disse dokumentene skal bidra med å gi svar på om revisjonskriteriene oppfylles eller ikke. Det kan være aktuelt å avklare om virksomheten har elektronisk pasientjournalssystem, og eventuelle behov for tilgang til flere terminaler ved gjennomgangen.

Det anbefales å gjennomgå minst 20 journaler for hver av de omtalte fasene i et behandlingsforløp; henvisning, utredning, behandling og avslutning av behandling. Det er ikke nødvendigvis slik at de samme journalene er aktuelle for alle fasene. Tilsynslaget må vurdere dette og eventuelt innhente minimum 20 journaler innenfor hver av fasene. Det er nødvendig å sikre at journalmaterialet ikke går for langt tilbake i tid. DPS har ulik størrelse slik at tilgangen på og avgangen av pasienter vil kunne ha ulikt omfang. Dette er forhold som kan ha betydning for hvor langt tilbake i tid tilsynslaget velger å gå når det gjelder innhenting av journalopplysninger.

6. Rapporter

6.1. Tilsynsrapport

Tilsynsrapporten skal tydelig formidle og underbygge avdekket svikt eller risiko for svikt knyttet til prioriterte områder for tilsynet (jfr. kapittel 2 og 3). Det skal også fremkomme av rapporten at tilsynet har vurdert hva det er i helseforetakets internkontroll som ikke har fungert for å sikre dette. Gjeldende mal for tilsynsrapport skal benyttes i tråd med systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.5.3, 5.5.4 og 5.6.

Dersom tilsynslaget finner at avvikene underbygger gjennomgående mangler ved internkontrollen, kan det gjerne gjøres en samlet vurdering av styringssystemet i rapportens kapittel 6. Da er det også naturlig å si noe om styringssystemet i sammendraget. Tilsynsrapporten sendes til helseforetaket.

Kopi av tilsynsrapportene sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no, og de vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider. Gjennomførte tilsyn i 2008 oppsummeres og det publiseres en rapport på bakgrunn av tilsyn gjennomført i 2008. Frist for innsending av rapporter som blir oppsummert for 2008 er 1. november 2008. Frist for innsending av rapporter for tilsyn gjennomført i 2009 er 15. oktober 2009.

6.2. Regional oppsummeringsrapport

Tilsynslagene skal oppsummere tilsynene med helseforetakene i en samletrapport for hver helseregion etter gjennomført tilsyn i 2009. Rapporten sendes til det regionale helseforetaket.

Kopi av oppsummeringsrapportene sendes til postmottak@helsetilsynet.no, og de vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

6.3. Nasjonal oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet basert på erfaringene fra 2008 og 2009. I tillegg vil det gjøres en midlertidig oppsummering av tilsynene som er gjennomført i 2008.