



Helsetilsynet i Østfold
Helsetilsynet i Oslo og Akershus
Helsetilsynet i Hedmark
Helsetilsynet i Oppland

Rapport til Helse Øst RHF

Oppsummering etter landsomfattende tilsyn 2003

- Helsetjenester til voksne med psykiske problemer
- Ivaretagelse av sentrale pasientrettigheter ved somatiske poliklinikker

11. desember 2003

INNHold

Innledning	side 3
Kapittel 1 Bakgrunn	side 4
Kapittel 2 Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer	side 5
Kapittel 3 Tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker	side 9
Kapittel 4. Samlet vurdering	side 11
Vedlegg 1: Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer	side 13
Vedlegg 2: Tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker	side 18

Innledning

Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med all helsetjeneste og alt helsepersonell i det enkelte fylke. Videre skal man i tilknytning til dette gi råd, veiledning og informasjon samt bidra til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Den overordnede målsetningen er å bidra til trygge helsetjenester.

Som et sentralt ledd i tilsynsarbeidet gjennomføres det hvert år landsomfattende tilsyn. I denne rapporten vil helsetilsynene i Oslo og Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold legge frem sine samlede vurderinger for Helse Øst RHF på bakgrunn av landsomfattende tilsyn innen spesialisthelsetjenesten inneværende år.

I alt er det ført tilsyn med 26 virksomheter innen regionen. Det er utarbeidet selvstendige tilsynsrapporter for hvert enkelt tilsyn, som er sendt det enkelte helseforetak/sykehus. Påpekte avvik og merknader forutsettes fulgt opp og rettet av det enkelte helseforetak/sykehus med tilbakerapportering til helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket vil så vurdere når avvikene kan lukkes.

Denne rapporten tar sikte på å formidle de mest sentrale funn overfor Helse Øst RHF. Det er opp til det regionale helseforetaket å vurdere hvordan man ønsker å benytte dette innspillet i det videre arbeidet med utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen.

Oslo 11. desember 2003

Petter Schou
fylkeslege
Helsetilsynet i Oslo og Akershus

Elisabeth Lilleborge Markhus
fylkeslege
Helsetilsynet i Østfold

Per Thorolf Røhr
fylkeslege
Helsetilsynet i Oppland

Sven Anders Haugtomt
fung. fylkeslege
Helsetilsynet i Hedmark

Kapittel 1 Bakgrunn

I 2003 har Helsetilsynet i fylkene gjennomført landsomfattende tilsyn med to områder innen spesialisthelsetjenesten:

- Helsetjenester til voksne med psykiske problemer
- Hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker

I 2002 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer. I 2003 har dette blitt fulgt opp med tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer. Tilsynet har fokusert på sentrale pasientrettigheter, spesialisthelsetjenestens organisering av tilbudet til enkelte høyt prioriterte grupper pasienter, og samhandlingen mellom forskjellige deler av psykiatrien for å sikre et helhetlig tjenestetilbud på spesialistnivå.

Tilsynet i somatiske poliklinikker har fokusert på hvordan helsetjenesten ivaretar pasientrettigheter som skal sikre pasienten tilgang til spesialisthelsetjenester.

Tilsynet er gjennomført som systemrevisjoner med felles tema og tilnæringsmåte i regionene og landet.

Systemrevisjon som tilsynsmetode innebærer å vurdere hvorledes virksomheten ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. Revisjonene omfattet undersøkelse om:

- aktiviteter utføres som beskrevet og uttalt
- virksomheten drives innenfor de rammer som myndighetene har satt

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av styringsdokumenter, ved intervjuer og verifikasjoner. Verifikasjoner innebærer å sjekke om rutiner, prosedyrer og instruksjoner blir fulgt opp i praksis. Rapporten til det enkelte helseforetak omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen. De samme begrepene benyttes i denne samler rapporten.

- Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetskrav (lov eller forskrift)
- Merknad er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndigheten mener at det er et forbedringspotensial

Tilsyn med Sykehuset Innlandet HF ble gjennomført av et felles team fra Helsetilsynet i Hedmark og Helsetilsynet i Oppland. Tilsyn med helseforetakene i Oslo og Akershus ble gjennomført av team bestående av personell fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Tilsyn med Sykehuset Østfold HF ble gjennomført av Helsetilsynet i Østfold. I den utstrekning det har vært mulig, har deltakere fra kontorene i regionen deltatt hos hverandre som observatører. Ved flere tilsyn har det også deltatt observatører fra Statens helsetilsyn.

Tilsynet i regionen har rettet seg mot det enkelte helseforetak. Hvert enkelt helseforetak har mottatt rapport fra det enkelte tilsyn. Disse er tilgjengelig i fullstendig versjon på www.helsetilsynet.no. Etter en slik omfattende tilsynsaktivitet som de to landsomfattende tilsyn representerer i regionen, har Statens helsetilsyn

besluttet å presentere de sentrale funn og en overordnet vurdering av disse overfor det regionale helseforetaket i en felles rapport.

Kapittel 2 Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer

Tilsynet omfattet 6 akuttenheter og 6 distriktpsikiatriske senter tilknyttet 5 helseforetak. Det ble avdekket 21 avvik og det ble til sammen gitt 18 merknader under tilsynet. (Se vedlegg).

Tilsynet hadde fokus på følgende temaer.

Tema I

Styring og ledelse

Målsetting, ansvar og myndighet

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

Kompetanse

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

Sikring av forsvarlige tjenester på områder med stor risiko for svikt

- om behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er spesielt tilrettelagt for de sykeste

Virksomhetens oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord

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

Virksomhetens egnevaluering av tvangsbruk

- om enheten evaluerer egen virksomhet til bruk i forbedringsarbeid

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

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

Tilsynsmyndighetens vurdering av sentrale funn

Som kjent har helsetjenesten hatt plikt til å etablere internkontroll helt siden 1994, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3. Denne plikten er nå nærmere presisert i forskrift om internkontroll for sosial- og helsetjenesten. Tilsynet er nært knyttet til myndighetskravene i forskriften særlig, § 4.

Under tilsynet ble det avdekket at de fleste virksomhetene fortsatt har noen utfordringer i forhold til dette. De avvik som er gitt på området er hovedsakelig knyttet til manglende avvikshåndteringssystemer og problemer med å rekruttere nødvendig fagpersonell.

Det ble også gitt flere merknader. Flere tilsyn avdekket at virksomhetene ikke rapporterer til Norsk pasientregister. Dokumentasjonen av virksomhetens internkontroll var flere steder dårlig samordnet, oppdatert og koordinert. Dette kan sees i sammenheng med omfattende omorganiseringer de senere år.

Det stilles krav i internkontroll forskriften om at virksomheten benytter aggregerte data som grunnlag for forbedringsarbeid. Flere steder ble det påpekt at man ikke systematisk benytter statistikk over tvangsbruk til forbedringsarbeid. Heller ikke andre data, eller annen tilgjengelig statistikk benyttes i særlig grad som grunnlag for intern forbedring.

Psykisk helsevern utgjør en omfattende og kompleks del av spesialisthelsetjenesten. For å sikre pasientene forsvarlig behandling og oppfølging, forutsettes god samhandling med andre deler av spesialisthelsetjenesten samt kommunale helse- og sosialtjenester. En slik virksomhet er etter vår vurdering helt avhengig av en godt utbygd og fungerende internkontroll. De påviste mangler ved internkontrollen gir grunnlag for bekymring.

Tema II

Pasientrettigheter

Rett til vurdering, ved å se på om:

- vurderingens innhold sikres ivaretatt i tråd med lovkravet
- fristen på 30 virkedager sikres overholdt
- rutineene sikrer raskere vurdering der hensynet til faglig forsvarlighet tilsier det
- tilbakemelding til henvisende instans og pasient sikres ivaretatt i henhold til kravene

Rett til nødvendig helsehjelp, ved å se på om:

- de alvorligst syke prioriteres foran de med lettere lidelser
- retten til prioritering sikres ivaretatt

Rett til øyeblikkelig hjelp, ved å se på om:

- retten til øyeblikkelig hjelp sikres

Rett til å klage på tvangsbehandling, ved å se på om:

- informasjon om klageadgang sikres

Tilsynsmyndighetens vurdering av sentrale funn

Ved pasientrettighetslovens ikrafttredelse ble det innført et nytt regelverk vedrørende pasienters rett til vurdering og rett til behandling fra spesialisthelsetjenesten. Dette er nå regulert i § 2-1 (rett til nødvendig helsehjelp) og § 2-2 (rett til vurdering). Disse rettighetene henger nøye sammen, blant annet på den måten at man ved vurderingen skal prioritere pasientene, og ta stilling til hvorvidt de har rett til nødvendig helsehjelp. Det er også gitt regler om tilbakemelding til pasient og henvisende instans.

Et generelt inntrykk fra tilsynet er at man i Helse Øst i liten grad har implementert disse endringene. Det viser seg blant annet ved at man returnerer mangelfulle henvisninger til primærhelsetjenesten, uten at man på eget initiativ utreder og vurderer sakene innen de fastsatte 30 virkedagene. I mange tilfeller får ikke pasienten noen

vurdering av sin helsetilstand, og det varierer i hvilken grad man tar stilling til spørsmålet om hvorvidt pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Tilbakemeldingene til henvisende innstans og pasient er også i mange tilfeller mangelfulle. Det gis ikke opplysning om pasienten er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp, og når helsehjelpen eventuelt kan forventes å bli gitt. Pasientene orienteres heller ikke om retten til å klage etter pasientrettighetsloven kapittel 7. Dette har medført at det under tema rett til vurdering er gitt 4 avvik og 1 merknad.

Ved 4 av akutenhetene var det svært få pasienter som ble henvist for elektiv behandling. De fleste pasientene ankom institusjonene som øyeblikkelig hjelp - eller for vurdering av tvunget psykisk helsevern. Ved disse enhetene var det ikke grunnlag for å vurdere rett til vurdering og prioritering. Det generelle inntrykket er at pasientenes rett til øyeblikkelig hjelp blir ivaretatt.

De gjennomførte tilsyn viser at psykisk helsevern i liten grad forholder seg til pasientenes rett til vurdering og prioritering. Det er på denne bakgrunn stor fare for at psykiatriske pasienter ikke får den utredning og behandling de har krav på etter loven.

Tema III

Kontinuitet og samhandling

Oppgavefordelingen innen spesialisthelsetjenesten

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

Individuelle planer

- om plikten til å medvirke i arbeidet med individuell plan sikres ivaretatt
- om hovedpunktene når det gjelder innholdet i de individuelle planene er sikret ivaretatt

Veiledning overfor kommunehelsetjenesten

- om spesialisthelsetjenesten sikrer ivaretagelsen av veiledningsplikten overfor kommunene

Tilsynsmyndighetens vurdering av sentrale funn

Når det gjelder tilsynsmyndighetenes vurderinger av oppgavefordelingen innen psykisk helsevern, så baserer dette seg på føringer som er gitt i Opptrappingsplanen for psykiske helse. Dette er som kjent ikke føringer som følger direkte av lov eller forskrift. På denne bakgrunn har man heller ikke konstatert noen avvik knyttet til dette. De funn som er gjort, er således karakterisert som merknader.

Enkelte av merknadene som er gjort, knytter seg til at man enkelte steder er usikre på oppgave- og ansvarsfordelingen mellom akutenhetene og DPS nivået.

Samhandlingen mellom Sanderud sykehus (akutt) og DPS nivået i Hedmark fylke ble gjenstand for en merknad. I en del tilfeller kan det være vanskelig å finne et adekvat tilbud for pasienter som er ”ferdigbehandlet” ved Sanderud.

Det er i denne sammenheng også grunn til å peke på at DPS utbyggingen i Hedmark fylke har kommet veldig kort. Unntaket er nord Østerdal hvor Tynset DPS dekker et opptaksområde for ca. 21.000 innbyggere. Den mangelfulle utbyggingen av DPS nivået i Hedmark, står også i kontrast til utbyggingen av DPS nivået i Oppland fylke. Begge områdene hører til samme helseforetak (Sykehuset Innlandet HF).

I regionen varierer det i hvilken grad man klarer å sende ut epikriser innen forsvarlig tid. Det er gitt 4 avvik og 1 merknad på dette området. Epikrise innen forsvarlig tid er avgjørende for en god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Enkelte steder har man etablert ad-hoc løsninger, men disse tilfredsstiller ikke kravene til en forsvarlig samhandling mellom nivåene. Det er ingen grunn til at dette skal være så forskjellig som tilsynet avdekker, og Helse Øst RHF har en utfordring når det gjelder å få til ens praksis på dette feltet.

Et sentralt element for å få til en adekvat samhandling internt i spesialisthelsetjenesten, og eksternt med kommunale sosial- og helsetjenester er individuelle planer.

Det ble under tilsynet avdekket 10 avvik og 1 merknad under dette området. Tilsynsmyndighetene registrerer mye usikkerhet omkring individuelle planer, herunder usikkerhet knyttet til reglene i psykisk helsevernloven § 4-1 (som gir alle pasienter under psykisk helsevern rett til en individuell plan). Mange steder er det ikke utviklet prosedyrer og maler for arbeidet, og ved gjennomgang av pasientjournaler fant tilsynsmyndighetene svært få påbegynte eller ferdige individuelle planer.

Det er verdt å merke seg at individuelle planer ikke bare er et hensiktsmessig arbeidsredskap for helsetjenesten. En individuell plan er også en rettighet som pasientene har fått i medhold av pasientrettighetsloven § 2-5, og psykisk helsevernloven § 4-1.

Tilsynet med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002, avdekket nøyaktig de samme forhold på dette området. På bakgrunn av disse erfaringene er det grunn til bekymring vedrørende implementeringen av individuelle planer i vår helse region.

Det er tilsynsmyndighetenes vurdering at det er stor risiko for at mange psykiatriske pasienter ikke får et så helhetlig og samordnet tjenestetilbud som de har behov for. Pasientenes selvstendige rett til medvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet blir også skadelidende.

Kapittel 3 Tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker

Tilsynet omfattet 4 helseforetak samt Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, til sammen 14 medisinske poliklinikker. Alle virksomhetene fikk påpekt avvik. Det ble totalt gitt 27 avvik og 14 merknader (Se vedlegg).

Tilsynet hadde fokus på følgende temaer:

Tema I

Rett til vurdering

- Om vurderingens innhold sikres ivaretatt i tråd med lovkravet
- Om fristen på 30 dager sikres overholdt
- Om rutinene sikrer raskere vurdering der hensynet til faglig forsvarlighet tilsier det
- Om rutinene til henvisende instans og pasient sikres ivaretatt i henhold til kravene

Tilsynsmyndighetens vurdering av sentrale funn

Pasientrettighetsloven § 2-2 krever at pasienter som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, får sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt - uavhengig av prioriteringsgruppe eller andre hensyn. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom skal vurderingen skje raskere enn fristen på 30 dager.

Det ble påvist 19 avvik og 2 merknader på dette tilsynsområdet. 7 avvik var begrunnet i svikt i tilbakemelding til lege etter vurdering. Slik svikt gir begrenset mulighet for henvisende lege til å følge opp pasienten i ventetiden. Ved Sykehuset Innlandet HF ble det påpekt at ikke alle pasienter er sikret rett til vurdering innen 30 dager.

Tilsynet avdekket et gjennomgående problem med mangelfull forståelse av begrepet ”rett til nødvendig helsehjelp.” Dette medførte at ventelistene ikke alltid ble korrekt ført med hensyn til opplysningen om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Ved to virksomheter fremgår det ikke av ventelistene opplysning om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Ved noen av poliklinikkene ble alle ventende pasienter ført opp som pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

Tema II

Rett til nødvendig helsehjelp

- Om sykehuset / helseforetaket sikrer at vilkårene for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp er kjent og tatt i bruk av de personer som er gitt ansvar for å foreta slike vurderinger.

- Om sykehuset / helseforetaket sikrer at resultatet av vurderingen i hht pasientrettighetsloven §2-2 inneholder en vurdering av om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp eller ikke
- Om sykehuset / helseforetaket sikrer at pasienten gis informasjon om beslutningen om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og om klageadgang
- Om sykehuset / helseforetaket sikrer at kravet til registrering av rettighetspasienter ivaretas

Tilsynsmyndighetens vurdering av sentrale funn

Rett til nødvendig helsehjelp er regulert i pasientrettighetsloven § 2-1 jf. forskrift om prioritering og rett til nødvendig helsehjelp.

Det ble påvist 6 avvik og gitt 8 merknader på dette tilsynsområdet.

Avvik og merknad ble gitt for mangelfulle rutiner for å sikre at pasienter på venteliste får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp innen den tid som vurderende lege har fastsatt. Virksomhetene har ikke rutiner for å sikre at pasienter på venteliste får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp innen den tid som sykehuset/helseforetaket selv anser som faglig forsvarlig – og uten at lege på nytt er inne i bildet for å vurdere forsvarligheten av ”oversittelsen” av den ventetid som initialt ble satt.

Sykehusene / foretakene har i liten grad sikret at lovens krav for rett til nødvendig helsehjelp er kjent og forstått hos de spesialister som foretar vurderingen. Det samme gjelder prioriteringsforskriften med hjemmel i pasientrettighetsloven.

Ingen av poliklinikkene det ble ført tilsyn med benytter begrepet ”rett til nødvendig helsehjelp” i sin tilbakemelding til pasient og henvisende lege. Pasienten får dermed ikke vite hvilke rettigheter man har etter loven. På denne bakgrunn er det vanskelig for pasientene å ivareta sine rettigheter etter § 2-1 i pasientrettighetsloven. De fleste poliklinikker informerer ikke pasientene om retten til å klage.

Kriteriene i prioriteringsforskriften (alvoret i tilstanden, forventet nytte av helsehjelpen og rimelig kostnadseffektivitet) blir lite benyttet. Det er i liten grad utarbeidet styrende dokumenter eller rutiner for å sikre enhetlig praksis innenfor rammene av prioriteringsforskriften. Dette kan føre til at pasientenes rettigheter etter § 2-1 i pasientrettighetsloven ikke ivaretas.

Tema III

Rett til fritt valg av sykehus

- Om sykehuset / helseforetaket sikrer at registrering, oppdatering og rapportering av ventelistedata skjer etter gjeldende regelverk, slik at sykehuset / helseforetaket gjennom rapporteringen yter sin del til at pasienter kan ivareta sin rett til fritt sykehusvalg

- Om sykehuset / helseforetaket har et system som sikrer pasienter informasjon om fritt sykehusvalg og ventetider ved sykehuset
- Om sykehuset / helseforetaket sikrer at henvendelser om valg av sykehus håndteres i henhold til pasientrettighetslovens vilkår

Fritt sykehusvalg på landsbasis er en av flere rettigheter i pasientrettighetsloven kapittel 2 som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenester. Formålet er økt medbestemmelse og lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet, uavhengig av hvor i landet en bor. Samtidig skal fritt sykehusvalg bidra til en hensiktsmessig og god ressursutnyttelse av helsetjenesten.

Tilsynsmyndighetens vurdering av sentrale funn

Det ble gitt 2 avvik og 4 merknader på dette området

Pasienter som blir oppført på venteliste får generell informasjon om retten til fritt sykehusvalg.

Ved noen poliklinikker opplyses det i brevet tilbake til pasienten i liten grad om reelt stipulert ventetid. Når henviste pasienter ikke får informasjon om forventet ventetid, blir det vanskelig å vurdere om tilbudet er akseptabelt.

Ingen av poliklinikkene har noe system for å sikre pasienter nødvendig helsehjelp ved et annet sykehus i helseregionen dersom de selv ikke er i stand til å yte denne hjelpen selv, innenfor den tiden som er medisinsk forsvarlig.

Kapittel 4. Samlet vurdering

Tilsynsmyndighetene har vurdert det slik at spesialisthelsetjenesten i begrenset grad har tatt inn over seg de endringer i forholdet mellom helsetjeneste og pasient som ligger i pasientrettighetsloven.

Dette kommer tydelig til uttrykk når man ser funn innen psykiatri og somatikk i sammenheng. Særlig er det bestemmelsene om pasientenes rett til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2, og rett til nødvendig helsehjelp § 2-1 som volder problemer. Manglende oppfylning av pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, viser seg blant annet når man returnerer henvisninger til fastlege ubehandlet. Spesialisthelsetjenesten har en selvstendig plikt til å utrede dette uavhengig av primærhelsetjenesten.

Tilbakemeldingene til henvisende instans og pasient er også mangelfulle i forhold til de krav som stilles i loven. Pasienten orienteres i liten grad om sin rett til å klage.

Disse forholdene er særlig bekymringsfulle fordi det svekker pasientenes mulighet til å få sine rettigheter etter loven oppfylt. En annen side av dette er at spesialisthelsetjenesten i liten grad utøver kontroll og styring med pasientinntaket.

Det kan indikere at befolkningens reelle tilgang til spesialisthelsetjenester kan variere innenfor Helse Øst. I så tilfelle er dette også bekymringsfullt i et likhetsperspektiv.

Det er videre verdt å merke seg at pasienttilfanget til de enkelte poliklinikkene innen somatikken synes å variere en del innen regionen. Tilsynsmyndighetene registrerer at i helseforetakene/sykehusene er disse rettighetene lite kjent, og de er lite aktive når det gjelder å bistå pasientene i å finne andre behandlingsmuligheter. Vi minner om at loven pålegger spesialisthelsetjenesten en plikt til å finne slike alternativer, dersom man ikke kan etterkomme pasientenes rett til nødvendig helsehjelp lokalt.

Innen psykisk helsevern har vi vist til store forskjeller i utbyggingen av tjenestetilbudet på DPS-nivå, under Sykehuset Innlandet HF.

Når det gjelder prioritering, viser det seg at spesialisthelsetjenesten i liten grad forholder seg til begrepet nødvendig helsehjelp. Man har ikke tatt inn over seg hva dette juridisk sett betyr for pasientene. Det er imidlertid liten grunn til å tro at dette begrepet vil bli mindre sentralt i fremtiden, særlig dersom pasientrettighetslovens bestemmelser om ventetid endres slik som foreslått.

Innen psykisk helsevern er det særlig grunn til å peke på det mangelfulle arbeidet med implementering av individuelle planer. Det er grunn til å understreke at dette ikke bare er et arbeidsredskap for helsetjenesten, men også representerer en selvstendig rettighet for den enkelte pasient.

Det må karakteriseres som meget bekymringsfullt at dette funnet er helt gjennomgående, og må sees i sammenheng med erfaringene fra tilsyn med helsetjenester til barn- og unge med psykiske problemer i 2002.

Innen psykisk helsevern ble det også påpekt flere mangler ved virksomhetenes internkontroll. Tilsynsmyndighetene finner grunn til å understreke at et velfungerende internkontrollsystem er en nødvendig forutsetning for gode og forsvarlige tjenester.

Vedlegg 1: Oversikt over gjennomførte tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer

Avdeling for akuttpsykiatri, Ullevål universitetssykehus HF, 1-2.10.03

Det ble påpekt 2 avvik og 4 merknader:

Avvik 1:

Avdeling for akuttpsykiatri sikrer ikke at det systematisk lages eller initieres eller at avdelingen medvirker ved utarbeidelsen av individuelle planer.

Avvik 2:

Avdeling for akuttpsykiatri har ikke sikret at det systematisk sender epikrise innen forsvarlig tid.

Merknad 1:

Avdeling for akuttpsykiatri har et forbedringspotensial med hensyn til å formidle bevissthet om hva som er et avvik og avvikshåndtering.

Merknad 2:

Psykiatrisk divisjon har ikke rapportert alle år til Norsk pasientregister/Sintef.

Merknad 3:

Helseforetaket bør bedre avklare ansvar og rutiner for samhandling mellom avdeling for akuttpsykiatri og Josefinesgate DPS for å bedre kontinuiteten i tjenestetilbudet.

Merknad 4:

Avdeling for akuttpsykiatri har et forbedringspotensial i forhold til bevissthet om at epikrisen systematisk skal sendes til fastlegen og henvisende instans når pasienten skrives ut.

Josefinesgate DPS, Ullevål universitetssykehus HF, 6 og 8.10.03

Det ble påpekt 2 avvik og 2 merknader:

Avvik 1:

Pasienter der henvisningen har mangelfulle opplysninger sikres ikke vurdering innen 30 dager.

Avvik 2:

Josefinesgate DPS har ikke sikret at det systematisk sendes epikrise innen forsvarlig tid.

Merknad 1:

Psykiatrisk divisjon har ikke rapportert alle år til Norsk pasientregister / Sintef.

Merknad 2:

Helseforetaket bør bedre avklare ansvar og rutiner for samhandling mellom akuttavdelingen og Josefinesgate DPS for å bedre kontinuiteten i tjenestetilbudet.

Akuttpsykiatrisk avdeling , Aker universitetssykehus HF, 27.08 og 28.08.03

Det ble påpekt 2 avvik og 4 merknader:

Avvik 1:

Avdelingen sikrer ikke at pasienter under psykisk helsevern får utarbeidet individuelle planer.

Avvik 2:

Avdelingen sikrer ikke at epikrise sendes rett instans innen forsvarlig tid.

Merknad 1:

Dårlige norskkunnskaper blant enkelte av de ansatte vanskeliggjør kommunikasjon og utgjør en risiko for misforståelser.

Merknad 2:

Avdelingen bruker ikke Kontrollkommisjonens årsrapporter som grunnlag for egenevaluering av tvangsbruk.

Merknad 3:

Avvikshåndteringen synes ikke å være etablert som et sentralt element i avdelingens forbedringsarbeid.

Merknad 4:

Forskrift om internkontroll var i begrenset grad kjent for avdelingens ansatte.

Furuset DPS, Aker universitetssykehus HF, 08.09 og 10.09.03.

Det ble påpekt 1 avvik og 1 merknad

Avvik 1:

Furuset DPS sikrer ikke at det systematisk lages, initieres eller at DPSet medvirker ved utarbeidelse av individuelle planer.

Merknad 1:

Avvikshåndtering er ikke etablert som et sentralt element i DPSETS forbedringsarbeid

Psykiatrisk akuttavdeling, Ahus HF, 17.09 og 18.09.03.

Det ble påpekt 2 avvik og 1 merknad.

Avvik 1:

Ahus psykiatrisk akuttavdeling tilfredsstiller ikke kravene i internkontrollforskriften

Avvik 2:

Avdelingen sikrer ikke at pasienter under psykisk helsevern får utarbeidet individuelle planer

Merknad 1:

Helseforetaket bør bedre avklare ansvar og rutiner for samhandling mellom avdeling for akuttpsykiatri og Lillestrømklubben DPS for å bedre kontinuiteten i tjenestetilbudet til pasienter med psykotiske symptomer.

Lillestrømklubben DPS – Ahus HF, 22.09 og 24.09.03

Det ble påpekt 3 avvik og 1 merknad:

Avvik 1:

Lillestrøm DPS tilfredsstillende ikke kravene i internkontrollforskriften.

Avvik 2:

Lillestrøm DPS sikrer ikke at pasienter under psykisk helsevern får utarbeidet individuelle planer.

Avvik 3:

Lillestrøm DPS kan ikke godtgjøre at det systematisk sendes epikrise innen forsvarlig tid.

Merknad 1:

Helseforetaket bør bedre avklare ansvar og rutiner for samhandling mellom avdeling for akuttpsykiatri og Lillestrømklubben DPS for å bedre kontinuiteten i tjenestetilbudet.

Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik, 28.10 og 29.10.03.

Det ble påpekt 3 avvik og 0 merknader:

Avvik 1:

Internkontrollsystemet er ufullstendig og ikke oppdatert.

Avvik 2:

Individuell plan utarbeides ikke for alle som har rett til det.

Avvik 3:

Epikriser blir i et betydelig omfang ikke utsendt innen forsvarlig tid .

DPS Gjøvik – Land – Valdres, avdeling Aurdal, Sykehuset Innlandet HF, 30.10.03

Det ble påpekt 1 avvik og 1 merknad:

Avvik 1:

DPS Aurdal har ikke tilstrekkelig spesialistkompetanse til å sikre forsvarlige tjenester til de alvorligst syke pasientene institusjonen gir tilbud til.

Merknad 1:

Behandlingsplaner foreligger ikke alltid som komplette individuelle planer der pasientene har rettskrav på individuell plan.

Sanderud, Sykehuset Innlandet HF, 10.11 og 11.11.03

Det ble påpekt 2 avvik og 2 merknader:

Avvik 1:

Pasientenes rett til vurdering, blir ikke alltid oppfylt.

Avvik 2:

Individuell plan utarbeides ikke for alle som har rett til det.

Merknad 1:

Aggregerte data brukes i liten grad i forbedringsarbeidet.

Merknad 2:

Samarbeidet mellom akuttavdelingen og de distriktspsykiatriske sentra fungerer ikke alltid i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

DPS Tynset, Sykehuset Innlandet HF, 13.11.og 14.11.03.

Det ble påpekt 1 avvik og 2 merknader:

Avvik 1:

Individuell plan utarbeides ikke for alle som har rett til det.

Merknad 1:

Resultatet av vurderingen blir ikke konsekvent meldt tilbake til pasienten innen 30 dager.

Merknad 2:

I enkelttilfeller er epikrisetiden for lang.

Psykiatrisk avdeling, Veum – Sykehuset Østfold HF, 29.08.03

Det ble påpekt 2 avvik og 2 merknader.

Avvik 1:

Virksomheten oppfyller ikke pasientenes rettigheter i forbindelse med retten til vurdering, pasientrettighetsloven §2-2.jf.også forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Avvik 2:

Virksomheten oppfyller ikke pasientenes rettigheter i forhold til retten til å få en individuell plan jf.psykisk helsevernloven §4-1 og forskrift om individuelle planer.

Merknad 1:

Enkelte sider ved virksomhetens internkontrollsystem kan utvikles videre.

Merknad 2:

Ansvars og oppgavefordeling mellom akuttavdelingen og DPS – nivået er ikke tydelig nok avklart.

DPS Moss – Sykehuset Østfold HF, 26.08.03

Det ble påpekt 2 avvik og 1 merknad:

Avvik 1:

Virksomheten oppfyller ikke pasientenes rettigheter i forbindelse med retten til vurdering, pasientrettighetsloven §2-2. Jf. også forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Avvik 2:

Virksomheten oppfyller ikke pasientenes rettigheter i forhold til retten til å få en individuell plan jf. psykisk helsevernloven §4-1 og forskrift om individuelle planer.

Merknad 1:

Enkelte sider ved virksomhetens internkontrollsystem kan utvikles videre.

Vedlegg 2: Oversikt over gjennomførte tilsyn med hvordan pasientene sikres vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker

Medisinsk poliklinikk, Ski sykehus, Aker universitetssykehus HF, 02.09.03

Det ble påpekt 1 avvik og 1 merknad:

Avvik 1:

I tilbakemeldinger til henviste pasienter gis det ikke informasjon om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, om klagerett og om når helsehjelpen kan forventes å bli gitt. Kopi av tilbakemeldingen finnes ikke i pasientjournal.

Merknad 1:

En del pasienter blir viderehenvist uten at pasientene får medvirke til valg av sykehus. Når henviste pasienter ikke får informasjon om forventet ventetid, blir det vanskelig å vurdere om tilbudet er akseptabelt.

*Medisinsk poliklinikk, Stensby sykehus, Akershus universitetssykehus HF
06.10.03*

Det ble påpekt 3 avvik og 0 merknader:

Avvik 1:

Henvisende lege får ikke alltid tilbakemelding om hvordan problemene blir tatt hånd om.

Avvik 2:

Ved vurdering av henvisningene tar ikke legen stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Avvik 3:

Pasientene informeres ikke om klageadgang.

Hjerteredisinsk poliklinikk, Aker universitetssykehus HF, 25.09.03

Det ble påpekt 1 avvik og 0 merknader:

Avvik 1:

Henvisende lege får ikke tilbakemelding om hvordan problemer blir tatt hånd om.

Kardiologisk poliklinikk, Akershus universitetssykehus HF, 07.10.03

Det ble påpekt 1 avvik og 1 merknad.

Avvik 1:

I brevet pasientene mottar etter at henvisningen er vurdert, opplyses det i en stor andel av sakene ikke om reelt stipulert ventetid.

Merknad 1:

Omtrent halvparten av pasientene ved hjertepoliklinikken, får ikke tilbud om helsehjelp innen den tid vurderende lege har satt.

Medisinsk poliklinikk, Lovisenberg Diakonale sykehus, 23.09.0

Det ble påpekt 1 avvik og 0 merknader.

Avvik 1:

Det fremgår ikke av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Generell indremedisinsk poliklinikk, Diakonhjemmet sykehus AS

22.09.03

Det ble påpekt 2 avvik og 0 merknader:

Avvik 1:

Det fremgår ikke av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Avvik 2:

Henvisende lege får ikke tilbakemelding om hvordan problemer blir tatt hånd om.

Medisinsk poliklinikk, Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger

24.09.03

Det ble påpekt 3 avvik og 1 merknad:

Avvik 1:

Noen pasienter blir ikke sikret rett til vurdering innen 30 virkedager.

Avvik 2:

Henvisende lege får ikke melding samtidig med meldingen til pasienten om resultat av vurderingen (behandling, behandlingstidspunkt mv.)

Avvik 3:

Noen får i realiteten avslag på sin søknad uten at dette meddeles til pasienten fra sykehuset – og får da heller ikke opplysninger om retten til å klage.

Merknad 1:

Det er ikke etablert en tilfredsstillende samhandling ved avdelingen som vil sikre lik praksis av bestemmelsene i prioriteringsforskriften.

Medisinsk poliklinikk, Sykehuset Innlandet HF, Elverum – Hamar,

Hamar, 01.10.03

Det ble påpekt 3 avvik og 1 merknad:

Avvik 1:

Ikke alle pasienter er sikret rett til vurdering innen 30 dager.

Avvik 2:

Noen pasienter får i realiteten avslag på sin søknad uten at dette meddeles til pasienten – og pasienten får da heller ikke opplysninger om retten til å klage.

Avvik 3:

Virksomheten har ikke rutiner for å sikre at pasienter på ventelister får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp innen den tid som sykehuset selv anser som faglig forsvarlig – og uten at legen på nytt er inne i bildet for å vurdere forsvarligheten av ”oversittelsen” av den ventetid som ble satt initialt. Denne problemstilling er særlig aktuell for kardiologiske pasienter – hvor kapasiteten synes for liten ved sykehuset

Merknad 1:

Det er ikke etablert en tilfredsstillende samhandling ved avdelingen som vil sikre lik praksis av bestemmelsene i prioriteringsforskriften.

Medisinsk poliklinikk, Sykehuset Innlandet HF, Elverum – Hamar, Elverum, 22.10.03

Det ble påpekt 2 avvik og 2 merknader:

Avvik 1:

Ikke alle pasienter er sikret rett til vurdering innen 30 dager.

Avvik 2:

Pasienter som avvises får ikke informasjon om klageadgang.

Merknad 1:

Det er ikke etablert en tilfredsstillende samhandling ved avdelingen (og mellom virksomhetene i Elverum og Hamar) som vil sikre en mest mulig lik praksis av bestemmelsene i prioriteringsforskriften.

Merknad 2:

Sykehusets informasjons- og oppfølgingsvirksomhet overfor pasienter kunne vært mer aktiv når det gjelder ventelister og fritt sykehusvalg.

Medisinsk poliklinikk, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik, 05.11.03

Det ble påpekt 3 avvik og 3 merknader:

Avvik 1:

Ikke alle pasienter er sikret rett til vurdering innen 30 dager.

Avvik 2:

Henvissende lege får vanligvis ikke melding om utfallet av vurderingen.

Avvik 3:

Pasienter som avvises får ikke informasjon om klageadgang.

Merknad 1:

Mottak og håndtering av henvisninger kan gjøres mer helhetlig og sikrere. Henvisningene mottas ved flere forskjellige fysiske steder, og åpnes / registreres av personer med forskjellige oppgaver og kompetanse. Virksomhetens systematiske tiltak for kvalitetssikring av håndteringen kan forbedres.

Merknad 2:

Det er ikke etablert en tilfredsstillende samhandling ved avdelingen for å sikre en mest mulig lik praksis av bestemmelsene i prioriteringsforskriften.

Merknad 3:

Avvikshåndteringssystemet er lite operativt på de områdene som har vært gjenstand for revisjon, jf. internkontrollforskriften.

Medisinsk poliklinikk, Sykehuset Innlandet HF Lillehammer, 12.11.03

Det ble påpekt 3 avvik og 3 merknader:

Avvik 1:

Henvisende lege får vanligvis ikke melding om resultatet av vurderingen.

Avvik 2:

Pasienter som settes på venteliste får ikke informasjon om når behandlingen forventes gitt.

Avvik 3:

Pasienter som får avslag får normalt ikke informasjon om klageadgang.

Merknad 1:

Virksomheten har systemer og rutiner som skal sikre at henvisninger blir vurdert innen lovens frister. Det ble likevel funnet enkelte tilfeller hvor systemet hadde "glippet". Rutinene kan forbedres for å fange opp slike tilfeller.

Merknad 2:

Det er ikke etablert tilfredsstillende samhandling ved avdelingen for å sikre en mest mulig lik praksis av bestemmelsene i prioriteringsforskriften.

Merknad 3:

Avvikshåndteringssystemet er lite operativt innenfor de områdene som har vært gjenstand for revisjon, jf. internkontrollforskriften.

*Lungepoliklinikken, divisjon for medisin, Moss, Sykehuset Østfold HF
09.09.03*

Det ble påpekt 1 avvik og 0 merknad:

Avvik 1:

Pasienten får ikke informasjon om sin rett til nødvendig helsehjelp og informeres ikke om klageretten.

*Nevrologisk poliklinikk, divisjon for medisin, Fredrikstad, Sykehuset
Østfold HF, 10.09.03*

Det ble påpekt 2 avvik og 2 merknader.

Avvik 1:

Pasienten får ikke informasjon om sin rett til nødvendig helsehjelp og informeres ikke om klageretten.

Avvik 2:

Noen henvisninger avvises og pasientene settes ikke på venteliste – informasjon om avvisningen gis ikke til pasienten.

Merknad 1:

Mange pasienter får ikke tilbud om nødvendig helsehjelp innen den tidsfrist vurderende lege har satt.

Merknad 2:

Når rettighetspasienter ikke får informasjon om forventet ventetid, blir det vanskelig å vurdere om tilbudet er akseptabelt eventuelt om det er aktuelt å benytte fritt sykehusvalg.

*Hjertepoliklinikken, divisjon for medisin, Sarpsborg, Sykehuset Østfold
HF, 12.09.03*

Det ble påpekt 1 avvik og 0 merknad:

Avvik 1:

Pasienten får ikke informasjon om sin rett til nødvendig helsehjelp og informeres ikke om klageretten.