



Helsetilsynet i Sogn og Fjordane  
Helsetilsynet i Hordaland  
Helsetilsynet i Rogaland

## **Rapport til Helse Vest RHF**

### **Oppsummering etter landsomfattande tilsyn 2003**

- **Helsetenester til vaksne med psykiske problem**
- **Ivaretaking av sentrale pasientrettar ved somatiske poliklinikkar**

## Innhald

<b>INNLEIING</b>	<b>3</b>
<b>KAPITTEL 1 BAKGRUNN</b>	<b>4</b>
<b>KAPITTEL 2 TILSYN MED HELSETENESTER TIL VAKSNE MED PSYKISKE PROBLEM</b>	<b>5</b>
<b>KAPITTEL 3 TILSYN MED KORLEIS PASIENTAR BLIR SIKRA RETT TIL VURDERING, NAUDSYNT HELSEHJELP OG SJUKEHUSVAL VED SOMATISKE POLIKLINIKKAR</b>	<b>8</b>
<b>KAPITTEL 4 SAMLA VURDERING</b>	<b>11</b>
<b>VEDLEGG 1: TILSYN MED HELSETENESTER TIL VAKSNE MED PSYKISKE PROBLEM</b>	<b>13</b>
<b>VEDLEGG 2: TILSYN MED KORLEIS PASIENTAR BLIR SIKRA RETT TIL VURDERING, NAUDSYNT HELSEHJELP OG SJUKEHUSVAL VED SOMATISKE POLIKLINIKKAR</b>	<b>16</b>

## Innleiing

Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gje råd, rettleiing og opplysingar som medverkar til at befolkninga sine behov for helsetenester blir dekte. Den overordna målsettinga er å medverke til trygge helsetenester.

Tilsyn med verksemder blir gjennomført for å sjå til at dei har styringssystem som sikrar at helsetenestene vert planlagde, utførde og vedlikehaldne i samsvar med krav som er stilte i helselovgevinga, og at dei fører kontroll med eiga verksemd slik at det kan førebyggje svikt.

I denne rapporten legg helsetilsyna i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland fram ei oppsummering og vurdering av funn frå dei landsomfattande tilsyna med spesialisthelsetenesta i 2003. Helsetilsynet i fylka har gjennomført landsomfattande tilsyn med to område i spesialisthelsetenesta:

- Helsetenester til vaksne med psykiske problem
- Korleis pasientar blir sikra rett til vurdering, naudsynt helsehjelp og fritt sjukehusval ved somatiske poliklinikkar

I alt blei det gjennomført tilsyn med 14 verksemder, seks tilsyn med verksemder i psykisk helsevern og åtte tilsyn med somatiske poliklinikkar. I høve til det totale omfanget på desse tenestene i regionen, omfattar tilsynet ein høvesvis liten del av verksemdene og ein avgrensa del av tenestetilbodet.

Tilhøve som har vist seg å vere gjennomgåande, er lyfte fram med tanke på at dette kan vere av interesse for det vidare arbeidet med utvikling av helsetenestene i regionen.

Stavanger 19. november 2003

Ole Mathis Hetta  
Fylkeslege  
Helsetilsynet i Rogaland

Helga Arianson  
fylkeslege  
Helsetilsynet i Hordaland

Petter Øgar  
fylkeslege  
Helsetilsynet i Sogn og Fj.

## Kapittel 1 Bakgrunn

Dei landsomfattande tilsyna vert gjennomførde etter oppdrag frå Statens helsetilsyn. I 2002 vart det gjennomført landsomfattande tilsyn med helsetenester til barn og unge med psykiske problem. I 2003 vart dette følgd opp med tilsyn med helsetenester til vaksne med psykiske problem. Dette tilsynet har fokusert på sentrale pasientrettar, tilbod i spesialisthelsetenesta til einskilde høgt prioriterte grupper pasientar og samhandlinga mellom forskjellige delar av psykiatrien for å sikre eit samhengande tenestetilbod.

Tilsynet med somatiske poliklinikkar har fokusert på korleis helsetenesta sikrar pasientrettar som skal gje pasienten tilgang på spesialisthelsetenester.

Tilsyna er gjennomførde som systemrevisjonar som inneber gransking av dokument, intervju og verifikasjonar. Systemrevisjon som tilsynsmetode inneber å vurdere korleis verksemda nyttar internkontroll til å oppfylle krav frå styresmaktene. Revisjonane omfatta undersøking av om

- aktivitetar blir utførde slik dei er framstilte skriftleg og munnleg
- verksemda når måla sine og driv verksemda innanfor dei rammene styresmaktene har sett.

Rapportane som er sende til helseføretak eller verksemd med avtale med det regionale helseføretaket etter kvart einskild tilsyn omhandlar avvik og merknader som vart avdekte ved revisjonen. Dei same omgrepa vert nytta i denne samler rapporten.

- **Avvik** er definert som mangel på oppfylling av krav frå styresmaktene.
- **Merknad** er tilhøve som ikkje kjem inn under definisjonen av avvik, men der tilsynet med utgangspunkt i krav frå styresmaktene avdekker potensial for betring.

For å sikre samordning innan helseregionen, vart det for kvart av dei landsomfattande tilsyna oppretta ei tilsynsgruppe med representantar frå kvart av helsetilsyna i fylka. I det einskilde fylket har representant frå det respektive helsetilsynet vore revisjonsleiar. Revisjonsleiar frå Rogaland måtte melde forfall ved tilsyna med pasientrettar i eige fylke, og representantane frå helsetilsyna i Hordaland og Sogn og Fjordane var revisjonsleiarar ved eit tilsyn kvar i Rogaland.

Tilsynet har retta seg mot fire helseføretak og to private verksemdar som har avtale med Helse Vest RHF. Dei to verksemdene er Haraldsplass Diakonale sykehus og Jæren Distriktpsikiatriske senter. Etter kvart tilsyn er det utarbeidd rapportar som er sende til dei aktuelle helseføretaka og til dei private verksemdene. Avvik som vart påpeikte vert følgd opp frå tilsynsmyndigheitene på vanleg måte.

Ettersom det er dei regionale helseføretaka som har ”syte for” plikta i høve til spesialisthelsetenester til befolkninga i helseregionen, har Statens helsetilsyn funne det tenleg at dei samla funna og ei vurdering av desse vert presenterte overfor det regionale helseføretaket i ein eigen samler rapport. Rapportar frå dei einskilde tilsyna som er gjennomførde, er tilgjengelege på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) og på fylkesmennene sine nettstader [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)

## Kapittel 2 Tilsyn med helsetenester til vaksne med psykiske problem

Det vart gjennomført tilsyn med følgjande verksemdar:

Helse Førde HF: Psykiatrisk klinikk, Førde Sentralsjukehus  
Indre Sogn Psykiatrisenter

Helse Fonna HF: Valen sjukehus  
Distriktpsikiatrisk senter Stord

Helse Stavanger HF: Psykiatrisk klinikk, Sentralsjukehuset i Stavanger  
Jæren Distriktpsikiatriske senter NKS, som er ein privateigd institusjon med driftsavtale med Helse Vest RHF.

Kvart tilsynet omfatta følgjande område:

- Styring og leiing
  - korleis verksemdene sikrar at organisering, ansvar og mynde er klart, at dei har rett kompetanse, at det er forsvarlege tenester på område med stor risiko for svikt, at det er tilrettelagde behandlingstilbod til alvorleg sjuke, og at dei evaluerer og forbetrar eiga verksemd.
- Pasientrettar
  - korleis verksemdene sikrar pasientane rett til øyeblikkeleg hjelp, rett til vurdering, rett til prioritering, og rett til å klage på tvangsbehandling.
- Samhandling og samanheng i tenestetilbod
  - korleis verksemdene sikrar at pasientane får individuell plan, at plikta til rettleiing overfor kommunehelsetenesta vert oppfylt, og at samarbeid og fordeling av oppgåver mellom akuttavdeling og distriktpsikiatrisk senter er tilrettelagt slik at det er samanheng i tenestetilbod.

Tilsynsrapportane omtalar påpeikte avvik og merknader innan dei reviderte områda. Det vart påpeikt avvik ved alle verksemdene. Ved fem av verksemdene vart det gjeve merknader. Avvik og merknader ved det einskilde tilsynet er oppførde i vedlegg 1.

Tilsynet skulle ha særleg fokus på tenestetilbod til alvorleg sjuke med psykotiske symptom og pasientar som har gjort sjølvmoordsforsøk. For å få innsikt i korleis samarbeid mellom somatiske og psykiatriske avdelingar er tilrettelagt for å sikre forsvarleg oppfølging av pasientar som vert innlagde etter sjølvmoordsforsøk, omfatta tilsynet også somatiske akutt-/overvakingspostar.

Dei tre fylka har ulike tradisjonar og ulik struktur i det psykiske helsevernet og utbygginga av distriktpsikiatriske senter er komen ulikt langt.

Innrettinga på tilsynet gjev ikkje grunnlag for vurderingar av den faglege kvaliteten på innhaldet i tenestene.

### Styring og leiing

Verksemdene det er ført tilsyn med har lagt til rette for og prioriterer mottak av pasientar som treng øyeblikkeleg hjelp. Tenestetilboda er svært ulikt organiserte og pasientflyten er ulik. Liggetid i akutt-/mottakspostane varierer frå 24 timar til i gjennomsnitt 40 dagar. Dette inneber at alvorleg psykisk sjuke pasientar vert verande i postar som først og fremst er innretta for å ta imot pasientar som er i akutt sjukdomsfase. Dette er uheldig for pasientar som treng skjerming og/ eller som treng særskilt tilrettelagt oppfølging over tid.

Det er lagt til rette for at pasientar som vert innlagde etter sjølv mordforsøk, skal få tilsyn frå psykiater, men om det ikkje er vaktordning med psykiater i helger og høgtider, er det sannsynleg at pasientar kan verte utskrivne utan å ha fått dette tilbodet. Det kan til dømes vere behov for akuttplassar til andre, og det kan vere at pasienten av ulike grunnar vel å skrive seg ut. Behandlingstilbod til pasientar med psykoseproblematikk er ulikt innretta med reine psykosepostar som eitt ytterpunkt og geografisk sektoriserde allmennpsykiatriske postar som det andre. Kvar verksemd har sine rutinar for utgreiing og behandling.

Allmennpsykiatriske postar der kvar har sitt geografisk avgrensa opptaksområde, gjer truleg samarbeid med aktuelle kommunale einingar lettare. Uavklara forhold i høve til å kunne overføre pasientar til andre postar med ledig kapasitet, redusert kapasitet eller inntaksstopp i andre institusjonar i spesialisthelsetenesta, aukar belastninga ytterlegare og inneber risiko for at pasientar blir skrivne ut for tidleg.

Alle verksemdene melde om utfordringar i høve til rekruttering av spesialistar i psykiatri og/eller psykologspesialistar.

Fleire peikte på behovet for særskilt tilrettelagde tenestetilbod og meir kompetanse i høve til behandling av personar med dobbeldiagnosar.

Opplysningar om resultat frå eiga verksemd, inklusive kvalitetsindikatorane som vert rapporterte til det regionale helseføretaket, vert i varierende grad nytta til evaluering og tiltak til forbetring.

Det er påfallande store forskjellar i bruken av tvang. I ulike rapportar og over fleire år går det fram at det er fylkesvise skilnader i bruken av tvang i det psykiske helsevernet. Det er lite truleg at dette skuldast ulik grad av sjukdom i dei tre fylka. Det kan sjå ut til at fokus på opplæring for å oppnå felles forståing og praksis, samt konkrete tiltak for å redusere bruken av tvang i verksemdene, er ulik. Tilsynet gjev grunn til å reise spørsmålet om kva som er årsak til skilnadene og kva tiltak som vert sette i verk for i større grad å få felles praksis og haldningar på dette feltet i og mellom helseføretaka.

Når det gjeld skriftleg dokumentasjon av internkontroll (styringssystem), varierer det i kva grad slike styrande dokument er oppdaterte og tilgjengelege. Det synest også å vere ulikt i kva grad det som er skriftleg nedfelt er resultat av konkrete vurderingar av behov.

### **Pasientrettar**

Alle verksemdene har rutinar for at spesialist gjennomgår tilvisingar til poliklinikk og søknader om innlegging i sjukehus eller døgnavdeling. Det er lagt til rette for at helsetilstanden til pasienten skal vere vurdert innan 30 virkedagar eller raskare dersom opplysningar i tilvisinga kan tyde på alvorleg eller livstrugande sjukdom. Om naudsynt vert pasienten teken imot same dag eller i løpet av få dagar.

Plikta til å vurdere helsetilstanden til pasientar som blir tilviste og gje tilbakemelding om dei har rett til naudsynt helsehjelp, er ikkje tilstrekkeleg kjend.

Ved poliklinikkane er det ulik praksis for å vurdere tilvisningane; om vurderinga vanlegvis blir gjort på bakgrunn av dei skriftlege tilvisingane eller ved å kalle inn pasientane. Det er ikkje alle som slutfører vurderinga innan 30 virkedagar. Pasientar som får tilbod om

behandling, får melding om dette og omtrentleg ventetid, men dei får ikkje eksplisitt melding om dei har rett til naudsynt helsehjelp eller ikkje. Ingen av verksemdene informerer pasienten om at dei har rett til å klage på vurderinga eller avslaget.

Ein del tilvisingar vert avviste. Poliklinikkane er ikkje merksame på at dei har ansvaret for innhente meir informasjon når tilvisingane inneheld for lite opplysningar og at dei har ansvaret for å halde fristen på 30 virkedagar. Ei anna årsak til avvising er manglande kapasitet. Mellom dei som får avslag er det rusmisbrukarar med psykiske problem/psykisk sjukdom. I nokre tilfelle gjev poliklinikken råd om tilvisning til rusvernet, men om pasienten sin helsetilstand er vurdert og om vedkomande har rett til naudsynt helsehjelp, får tilvisande instans ingen opplysningar om. Det vert det gjennomgåande ikkje gjeve tilbakemelding til pasientane. Sjølv om talet på avviste tilvisningar er høvesvis lågt, kan den ufullstendige vurderinga og den mangelfulle informasjonen gjere det vanskelegare for pasientane å ivareta rettane sine overfor spesialisthelsetenesta.

Verksemdene definerer opptaksområdet slik det var før helseføretaka blei oppretta, og tilvisingar vert også avviste fordi pasienten ikkje høyrer til det tidlegare geografiske opptaksområdet. Det synest ikkje å vere avklara om verksemdene kan avslå å ta i mot pasientar frå andre verksemdar i same helseføretak eller frå andre helseføretak i same region.

Kriteria for prioritering i gjeldande regelverk verkar lite kjende, men praksis synest i hovudsak å samsvare med desse. Ved inntak vert dei alvorlegast sjuke prioriterte først. Fristen for når helsehjelpa bør gjevast er dels knytt til ei vurdering av kva som er fagleg forsvarleg ventetid, og dels knytt til kva dei einskilde verksemdene vurderer som akseptabel ventetid. Ventetid for den einskilde pasienten vil også vere avhengig av pågangen av nye pasientar og av kapasitet hos den som skal vere hovudbehandlar. Det førekjem at pasientar må vente lengre enn kva som først var opplyst. Verksemdene karakteriserte dette som lite ønskjeleg, men ikkje uforsvarleg.

Det er i liten grad sikra at vilkåra for rett til naudsynt helsehjelp er kjent og felles forstått hos dei som skal vurdere tilvisingane. Det same gjeld prioriteringskriteria etter *Lov om pasientrettigheter* og *Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp*.

Med unntak av ein institusjon som ikkje gjev pasientane skriftleg informasjon om klagerett ved etablering av tvunge psykisk helsevern, får pasientane munnleg og skriftleg informasjon rett til å klage på tvangsbehandling etter *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.

### **Samhandling og samanheng i tenestetilbod**

Fordeling av oppgåver og samarbeid mellom ulike verksemdar i same helseføretak, synest å vere uavklara, og det er ulike forventningar i verksemdene, til dømes om kva pasientar som kan overførast frå sjukehus til døgnavdeling ved distriktpspsykiatrisk senter. Det er skilnader mellom helseføretaka i kva grad det er avklara kva tenester psykiatrisk klinikk/sjukehus skal gje, kor spesialiserte sjukehuseiningane skal vere i høve til dei distriktpspsykiatriske sentera, og om dei har oppretta faste møteplassar. Helsetilsynet stiller spørsmål om fråver av slike fora og ulik oppfatning av oppgåvene kan ha innverknad på pasientflyt frå psykiatrisk klinikk/sjukehus til distriktpspsykiatrisk senter.

Etter avtale med det regionale helseføretaket har den private institusjonen Jæren Distriktpspsykiatriske senter, akutt-/sjukehusfunksjon for ein del kommunar inntil andre tilbod

er utbygde. Funksjonen som distriktpspsykiatrisk senter vil såleis ikkje vere reell før andre naudsynte tilbod er etablerte i helseføretaket.

Samarbeidet mellom døgnavdelingane ved distriktpspsykiatriske senter og kommunane er kome lengre enn samarbeidet mellom døgnavdelingane ved desse sentera og psykiatrisk klinikk/sjukehus. At sentera har låg terskel for å ta imot pasientar frå kommunane og er lett tilgjengelege for å gje råd og rettleiing, gjer truleg at ein del pasientar unngår innlegging i psykiatrisk sjukehus. Samstundes er det pasientar innlagde i døgnpostar ved distriktpspsykiatriske senter og i psykiatrisk klinikk/sjukehus som kunne vore utskrivne til kommunane.

Nokre pasientar har så omfattande behov for helsehjelp og særskild tilrettelagt oppfølging at spørsmål om kva som er rett tenestenivå, er uklart. Mangel på personell og sengeplassar, og generelt lite eigna bygningar i høve til skjerming av pasientar med psykosar, vart nemnde som årsak til at utskrivingsklare pasientar opptek sengeplassar i sjukehus i staden for å bli overførde til distriktpspsykiatrisk senter.

Det kom ikkje fram opplysningar om at helseføretaka har gjeve retningslinjer med omsyn til samarbeid eller avtaler om overføring av pasientar mellom verksemder i føretaket.

Verksemdene har ulike ordningar for å gje råd og rettleiing til kommunehelsetenesta om behandling og oppfølging av einskildpasientar; telefonkontakt, ansvarsgruppemøte og/eller andre meir eller mindre regelmessige møte med personar i det kommunale tenesteapparatet. I einskilde verksemder er epikrisetida lengre enn ønskjeleg. Informasjon blir i hovudsak formidla til to instansar; epikrise til fastlege og skriftleg eller munnleg informasjon til psykiatrisk sjukepleiar eller andre kontaktpersonar i pleie- og omsorgstenestene.

Alle verksemdene er innforstått med retten til individuell plan for pasientar med langvarige og samansette behov, og at pasientar som er under tvunge psykisk helsevern skal ha individuell plan. Det er likevel uvisse knytt til kven som har ansvar for å starte arbeidet, og individuelle planar er gjennomgåande lite nytta som verkty for å sikre kontinuitet og samanheng i tenestetilbodet. Pasientar som er under tvunge psykisk helsevern, får ikkje utarbeidd individuell plan innan rimeleg tid.

### **Kapittel 3 Tilsyn med korleis pasientar blir sikra rett til vurdering, naudsynt helsehjelp og sjukehusval ved somatiske poliklinikkar**

Det vart gjennomført tilsyn med følgjande verksemder:

Helse Bergen HF	Voss sjukehus, somatisk poliklinikk - kirurgisk del Haukeland Universitetssykehus, Ortopedisk klinikk, poliklinikken
Helse Førde HF	Nordfjord sjukehus, kirurgisk poliklinikk Førde sentralsjukehus, Ortopedisk klinikk Lærdal sjukehus, kirurgisk poliklinikk
Helse Stavanger HF	Sentralsjukehuset i Rogaland, Ortopedisk klinikk Haugesund sjukehus, kirurgisk poliklinikk



Haraldsplass Diakonale sykehus AS, kirurgisk poliklinikk - ortopedisk del. Sjukehuset er ein privat institusjon som har avtale med Helse Vest RHF.

Ortopediske/kirurgiske poliklinikkar vart valde fordi ventelistedata tyda på at desse hadde dei største kapasitetsproblema, og at utfordringane ved å sikre dei aktuelle pasientrettane difor ville vere størst her.

Kvart tilsyn omfatta følgjande område:

- korleis poliklinikkane sikrar tilviste pasientar rett til vurdering
- korleis poliklinikkane sikrar at pasientar som er vurderte til å ha rett til det får naudsynt helsehjelp
- korleis poliklinikkane sikrar at pasientar får rett til sjukehusval

Tilsynsrapportane omtalar påpeikte avvik og merknader innan dei reviderte områda. Det vart påpeikt avvik ved alle verksemdene, og seks av verksemdene fekk i tillegg merknader. Avvik og merknader ved dei ulike tilsyna er lista opp i vedlegg 2.

### **Retten til vurdering**

Ved alle poliklinikkane får pasientane vurdert helsetilstanden sin av lege med spesialistkompetanse innan 30 virkedagar frå tilvisinga er motteken ved sjukehuset. Det finst gjennomgåande system som sikrar at vurderinga skjer raskare dersom det kan vere eit helseproblem med stor hastegrad.

Ein varierande, men gjennomgåande liten del av tilvisingane, vert vurderte å vere mangelfulle, men det er sjeldan legane som gjer vurderingane innhentare supplerande informasjon før vurderinga vert gjort. I dei tilfella det vert bede om supplerande opplysningar er poliklinikkane ikkje merksame på at 30-dagars fristen framleis er gjeldande, og at det er poliklinikkane som har ansvaret for at fristen vert halden.

Berre ein poliklinikk tek regelmessig utskrift frå lista over mottekne tilvisingar for å sikre at pasientar som ikkje har fått vurdering får det innan 30-dagarsfristen.

Alle poliklinikkane gjev pasienten skriftleg tilbakemelding om resultatet av vurderinga; om dei får poliklinisk time eller anna form for helsehjelp og om lag kor lenge dei må vente. To poliklinikkar gjev ikkje tilbakemelding til tilvisande lege om utfallet av vurderinga. Ved desse poliklinikkane vert det hevda at mange allmennlegar ikkje ønskjer denne tilbakemeldinga. Den manglande informasjonen kan gjere det vanskelegare for pasientane å ta vare på rettane sine overfor spesialisthelsetenesta, og vanskelegare for tilvisande lege (oftast fastlegen) å gje forsvarleg oppfølging av desse pasientane.

### **Retten til naudsynt helsehjelp**

Sjukehusa/føretaka har i liten grad sikra at vilkåra for retten til naudsynt helsehjelp er kjent og felles forstått hos dei som gjer vurderingane. Det same gjeld prioriteringskriteria etter pasientrettslova og prioriteringsforskrifta med heimel i same lov. Det er ikkje utarbeidd skriftlege prosedyrar (styrande dokument) for korleis retten til naudsynt helsehjelp skal forståast og prioritering av pasientar gjennomførast.

Ingen av poliklinikkane nyttar omgrepet ”rett til naudsynt helsehjelp” i si tilbakemelding til pasient og tilvisande lege, og pasienten får difor ikkje eksplisitt vite om han eller ho har rett til

naudsynt helsehjelp eller ikkje. Fleire poliklinikkar nyttar omgrepet ”garantipasient” etter gamalt, ikkje lenger gjeldande regelverk.

Heller ingen av poliklinikkane informerer om pasienten sin rett til å klage på vurderinga. Det vert ikkje oppfatta at pasientar klagar på vurderingane, men at dei ”purrar” for å få raskare time til konsultasjon.

I prioriteringa nyttar spesialistane det dei kallar klinisk eller medisinsk skjønn. Ofte er dette knytt til ei medisinsk forsvarlegheitsvurdering, men hos fleire var det også med eit servicemessig element i vurderinga. Fristen for når helsehjelpa burde gjevast var difor dels knytt til kor lenge ein meinte det var fagleg forsvarleg for pasientane å vente, og dels knytt til kva ein meinte det var servicemessig akseptabelt for pasientane å vente. Kriteria i pasientrettslova og prioriteringsforskrifta (alvoret i tilstanden, forventta nytte av helsehjelpa og rimeleg kostnadseffektivitet) er oftast ikkje uttrykkeleg nytta, og fleire av dei som vurderer og prioriterer, kjente heller ikkje til desse kriteria når dei vart spurde direkte om dei. Det var uvisse og ulike syn på kven som hadde rett til helsehjelp. Eit særleg problem som vart tatt opp, er korleis søknad om spesialistfråsegner for trygdeetaten og andre skal prioriterast. Resultatet av tilsyna gjev likevel grunn til å hevde at køordninga, det vil seie prioriteringa, av pasientane, reelt sett er i rimeleg samsvar med myndigheitskrava. Det som står att å definere tydelegare er kva for pasientar som er omfatta av retten til nødvendig helsehjelp, altså kva ”syte for” plikta inneber.

Pasientane vert delte inn i ulike prioritetar med omsyn til ventetid. Det mest vanlege er at dei vert prioriterte for helsehjelp innan 3 eller 6 månader. Tildeling av sjølve timen skjer ved at kontorpersonell eller sjukepleiar plukkar kronologisk frå ventelista innan kvar av prioriteringskategoriane. Dette går greitt så lenge det ikkje er fleire pasientar enn at ein kan halde dei tidsfristane som pasientane er lova å få time innan. Ved nokre poliklinikkar var ikkje det tilfelle, og pasientane har her måtta vente vesentleg lenger enn den tida vurderande lege har sett opp at dei kan vente. Desse poliklinikkane har ikkje system for å fange opp pasientar som av medisinske grunnar ikkje bør eller kan vente lenger enn dei er førespegla, og desse pasientane er såleis ikkje sikra helsehjelpa innan medisinsk forsvarleg ventetid.

Pasientane vert registrerte på ventelister, men den mangelfulle og varierende forståinga og bruken av omgrepet ”rett til nødvendig helsehjelp” gjer at ventelistene ikkje alltid blir heilt korrekte i høve til om pasientane har rett eller ikkje rett på nødvendig helsehjelp. Ved nokre av poliklinikkane vart alle ventande pasientar sett på og førte opp som pasientar med rett til nødvendig helsehjelp. Ved andre poliklinikkar vart berre ein mindre del pasientar ført opp med ”garanti” eller rett til nødvendig helsehjelp, utan at pasientar som ikkje vart førte opp slik, vart avviste av den grunn.

### **Rett til val av sjukehus**

Pasientar som vert oppførte på venteliste får generell informasjon om retten til sjukehusval. Som nemnt ovanfor er det ved nokre poliklinikkar slik at pasientane må vente mykje lengre enn det dei vart førespegla i tilbakemeldinga etter vurderinga. Dette inneber at pasientane ikkje får den informasjonen dei treng for å ta stilling til om dei vil velje eit sjukehus som har kortare ventetid.

Ingen av poliklinikkane er kjende med om dei har eit ansvar for å sikre pasienten naudsynt helsehjelp ved anna sjukehus i helseregionen dersom dei sjølve ikkje er i stand til å yte denne hjelpa innanfor den tida medisinsk forsvarlegheit krev.

Ikkje alle poliklinikkane oppdaterer ventelistene ved at pasientar som har stått meir enn 6 månader på lista, vert kontakta og spurde om dei framleis ønskjer helsehjelp.

## Kapittel 4 Samla vurdering

Hovudkonklusjonane fra tilsyna kan formulerast i følgjande punkt:

- Helsetenesta det er ført tilsyn med har mangelfull kjennskap til og ulik forståing av *Lov om pasientrettigheter* og dei pliktene som denne legg på spesialisthelsetenesta. Sentrale omgrep som ”rett til naudsynt helsehjelp” og kriteria for prioritering er nærast ikkje eksplisitt tekne i bruk. Opplæring og tiltak som sikrar kunnskap og sams forståing var varierende, men gjennomgåande mangelfullt. Det var ingen som opplyste om koordinert opplæring på sjukehus eller foretaksnivå. Det synest vere ei sentral utfordring både for helseforetaka og for Helse Vest RHF som har ”syte for” ansvaret for befolkninga i helseregionen å klargjere kva plikter som følgjer av *Lov om pasientrettigheter*.
- Pasientane sin rett til informasjon og medverknad vert ikkje oppfylt, og dette gjer det vanskelegare for pasientane å ivareta rettane sine overfor helsetenesta. Når det gjeld psykisk sjuke, vil dette i ein del samanhengar også dreie seg om behov for informasjon og rettleiing til pårørande.
- Ved dei somatiske poliklinikkane vert retten til vurdering ivareteke ved at legar med spesialistkompetanse gjer vurderingar innan 30 virkedagar og raskare der det er trong for det. Det vert sjeldan innhenta supplerande opplysningar frå tilvisande lege, sjølv om tilvisinga vert vurdert å vere mangelfull. Dette kan føre til feilvurderingar. I psykisk helsevern gjer ikkje alle verksemdene vurderingane innan 30 virkedagar, og tilbakemeldingane om resultatet er mangelfulle.
- I si prioritering nyttar spesialistane det dei kallar klinisk eller medisinsk skjønn som dels er knytt til ei medisinsk forsvarlegheitsvurdering, men som hos fleire også er knytt til kva ein meiner er servicemessig akseptabelt. Kriteria for prioritering etter *Lov om pasientrettigheter* er i liten grad operasjonaliserte, og det er uvisse og ulike oppfatningar om kven som vert omfatta av retten til naudsynt helsehjelp og som det regionale helseforetaket har eit ”syte for” ansvar for. Ein avgjerande føresetnad for rett prioritering mellom ulike pasientgrupper og ved ulike verksemdar, er såleis ikkje til stades. Funn ved tilsyna gjev grunn til å hevde at køordninga av pasientane reelt sett er i rimeleg samsvar med krav i helselovgevinga, men utan at det er avklara kva pasientar som har rett til helsehjelp.
- Ved nokre somatiske poliklinikkar er kapasiteten overskredde slik at pasientane må vente vesentleg lenger enn tida vurderande lege har sett opp. Desse poliklinikkane har ikkje noko system for å fange opp pasientar som av medisinske grunnar ikkje bør eller kan vente lenger enn dei er førespegla, og poliklinikkane har såleis ikkje sikra seg at pasientane får helsehjelpa innan medisinsk forsvarleg ventetid. Dette inneber risiko for at ventetida for enkelte pasientgrupper blir uforsvarleg lang.

- Ingen av poliklinikkane er kjent med om dei har eit ansvar for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp ved anna sjukehus i helseregionen dersom dei sjølve ikkje er i stand til å yte denne hjelpa innanfor den tida medisinsk forsvarlegheit krev. Dei er ikkje kjent med om det ligg føre retningsliner om dette i helseforetaka eller frå Helse Vest RHF.
- Det er skilnader mellom verksemdene i kva styrande dokument som er utarbeidde, og dei skriftlege prosedyrane som ligg føre er ikkje alltid tilgjengelege og/eller oppdaterte i høve til gjeldande helselovgjeving. Eit spørsmål er kva som bør vere gjennomgåande for verksemdar i helseforetaka og kva som bør vere opp til dei einssilde verksemdene å utarbeide.
- Det synest ikkje å vere avklara kva funksjonar som skal liggje til psykiatriske klinikkar/sjukehus og kva funksjonar dei distriktpsikiatriske sentera er venta å ivareta. Det dreier seg om kva pasientar og på kva tidspunkt i behandlinga pasientane kan overførast til sentera. Samarbeidet mellom kommunar og distriktpsikiatriske senter synest å vere meir utvikla enn samarbeidet mellom psykiatrisk klinikk/sjukehus og distriktpsikiatriske senter.
- Verksemdene i psykisk helsevern har ulik praksis når det gjeld å bruke resultatdata frå eiga verksemd som utgangspunkt for evaluering og forbetring av tenestene. Skilnader i innretting av tenestetilbod i fylka gjev og grunnlag for analyse og vurdering av tenestene. Det gjeld ikkje minst i høve til bruken av tvang. Spørsmålet i denne samanheng er kva oppdrag som er gitt til verksemdene og på kva måte helseforetaka ser til at oppdraga vert følgde opp.

## **Vedlegg 1: Tilsyn med helsetenester til vaksne med psykiske problem**

### *Psykiatrisk klinikk, Førde Sentralsjukehus, Helse Førde HF, 5. - 6.09.03*

Det vart påpeika eit avvik:

Avvik 1: Pasientar som har rette til individuell plan, har ikkje fått utarbeidd slik plan

### *Indre Sogn Psykiatrisenter, Helse Førde HF, 5. - 6.09.03*

Det vart påpeika tre avvik og gjeve ein merknad

Avvik 1: ISP har ikkje eit system som sikrar at det vert skrive / sendt epikrise innan forsvarleg tid.

Avvik 2: Ved avslag på tilvising til poliklinikken går det ikkje klart fram av vurderinga om pasienten har rett til naudsynt helsehjelp. Det vert ikkje gitt direkte tilbakemelding til pasienten, og pasienten får dermed heller ikkje opplysningar om klagerett etter Lov om pasientrettigheter §7-1 og § 7-2.

Avvik 3: Det er ikkje rutinar for at alle som har rett til individuell plan, får slik plan.

Merknad 1: Opplysningar om aktivitet og resultat i eiga verksemd er i liten grad teke i bruk til læring og utvikling av tenestetilbod.

### *Distriktpsikiatrisk senter Stord, Helse Fonna HF, 23. – 24.09.03*

Det vart påpeika to avvik og gjeve ein merknad.

Avvik1: Pasientane får ikkje skriftleg tilbakemelding om resultat av vurdering, om rett til naudsynt helsehjelp, når behandlinga kan komme i gang eller opplysning om klagerett etter *Lov om pasientrettigheter* § 7-1 og § 7-2. Vurdering er ikkje alltid avslutta innan 30 dagar.

Avvik 2: DPS Stord vurderer ikkje om pasienten har rett til naudsynt helsehjelp ved avslag på søknad. Det blir ikkje sendt svar til pasienten, og vedkomande blir ikkje gjort kjent med klagerett etter *Lov om pasientrettigheter* § 7-1 og § 7-2.

Merknad 1: Tilbakemelding til tilvisande instans etter inntaksvurdering er meir omfattande enn det som er naudsynt for å sikre forsvarleg helsehjelp.

### *Valen sjukehus, Helse Fonna HF, 25.-26.09.03*

Det vart påpeika tre avvik og gjeve fire merknader.

Avvik1: Pasientar som blir tvangsinnlagde får ikkje skriftleg vedtak om etablering av tvunge psykisk helsevern

- Avvik 2: Ved avslag på søknad om innlegging går det ikkje fram at rett til naudsynt helsehjelp er vurdert. Svaret blir ikkje alltid gitt innan 30 dagar. Det er ikkje opplyst om klagerett. Det blir ikkje sendt svar til pasienten og vedkomande blir ikkje gjort kjent med klagerett etter *Lov om pasientrettigheter* § 7-1 og § 7-2
- Avvik 3: Ikkje alle pasientar som er tvangsinnlagde på akuttpostane, har individuell plan
- Merknad 1: Opplysningar mottekne ved tilsynet etterlet uvisse om vilkåra for å halde pasientar tilbake med tvang alltid er oppfylte og om friviljug opphald er prøvd i tilstrekkeleg grad
- Merknad 2: Knapp bemanning på akuttpostane reduserer høvet til individuell tilrettelegging og oppfølging av innlagde pasientar
- Merknad 3: Bygningsmessige tilhøve på akuttpostane E og F, med få einerom, er uheldig, særleg for pasientar som er tvangsinnlagde
- Merknad 4: Tverrfaglege møte blir i liten grad brukte til prinsipielle drøftingar og evaluering av eiga verksemd

### *Psykiatrisk klinikk, Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF, 7.- 8.10.03*

Det vart påpeika 2 avvik og gjeve 1 merknad. (endeleg rapport er ikkje klar)

- Avvik 1: Ved avslag på henvisning til innleggelse/behandling går det ikke frem om rett til nødvendig helsehjelp er vurdert. Det blir heller ikke opplyst om klagerett etter *Lov om pasientrettigheter* § 7-1 og 7-2
- Avvik 2: Ikke alle pasienter som er innlagt etter tvungent psykisk helsevern har fått utarbeidet individuell plan
- Merknad 1: Jevnt overbelegg over lengre tid og redusert behandlerkapasitet ved post B3 påvirker mulighetene til å gi pasientene tilfredsstillende faglig oppfølging under oppholdet. Belastningen på personalet medfører at situasjonen av og til oppleves som marginal mht faglig forsvarlighet

### *Jæren Distriktpsikiatriske senter, 9.- 10.10.03*

Det vart påpeika 3 avvik og gjeve 2 merknader.

- Avvik 1: Styringsystemet er mangelfullt mht klarhet i organisering, systematisk evaluering og forbedring av egen virksomhet, og det mangler dokumentstyring som sikrer at bare gyldige og oppdaterte prosedyrer er tilgjengelige.
- Avvik 2: Det går ikke frem av tilbakemelding til pasient og henvisende instans at retten til nødvendig helsehjelp er vurdert. Det er ikke alltid opplyst når behandlingen

forventes gitt og det opplyses ikke om klagerett, jfr. Lov om pasientrettigheter § 7-1 og 7-2

- Avvik 3: Ikke alle pasienter som er innlagt etter tvangsparagraf har individuell plan
- Merknad 1: Knapp bemanning på psykoseposten K3 gjør at det er vanskelig å legge til rette for individuell oppfølging av enkeltpasienter. Dette gjelder miljøpersonell, men det er også knapt med overlegeressurser bl.a. til veiledning av personalet
- Merknad 2: A: Ikke alle pasienter som blir innlagt på Jæren DPS blir somatisk undersøkt (de er heller ikke undersøkt på AMC2)  
B: Når fastlege har påbegynt medikamentell behandling for en psykisk lidelse, blir ikke medikamentbruken alltid vurdert under behandling ved poliklinikken

## **Vedlegg 2: Tilsyn med korleis pasientar blir sikra rett til vurdering, naudsynt helsehjelp og sjukehusval ved somatiske poliklinikkar**

*Kirurgisk poliklinikk – ortopedisk del, Haraldsplass Diakonale sykehus AS, 16.09.03*

Det vart påpeika tre avvik og gjeve to merknader:

- Avvik 1 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informerte om dei har fått rett på nødvendig helsehjelp eller ikkje.
- Avvik 2 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informert om at dei har klagerett etter pasientrettslova §§ 7-1 og 7-2.
- Avvik 3 Pasientar som har fått vurdering får ikkje alltid realistisk informasjon om kva som er forventa ventetid til poliklinisk konsultasjon.
- Merknad 1 Spesialistane som vurderer tilvisingar har i varierende grad kunnskap om prioriteringskriteria som skal nyttast for å prioritere mellom tilviste pasientar.

*Somatisk poliklinikk, kirurgisk del, Voss sjukehus, Helse Bergen, 17.09.03*

Det vart påpeika tre avvik og gjeve ein merknad:

- Avvik 1 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informerte om dei har rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.
- Avvik 2 Pasientar med ortopediske lidningar som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, blir ikkje sikra helsehjelp innan den tida medisinsk forsvarlegheit krev det.
- Avvik 3 Pasientar som har fått vurdering, blir ikkje informerte om at dei har klagerett etter pasientrettslova §§ 7-1 og 7-2.
- Merknad 1 Pasientar som er vurderte til å ha rett til nødvendig helsehjelp, har ikkje fått realistisk informasjon om kva som var forventa ventetid til poliklinisk konsultasjon hjå ortoped. Etter endring av praksis i juli 2003 (utsending av nytt standardbrev), er informasjonen om forventa ventetid meir presis, men uklår.

*Ortopedisk klinikk, poliklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF*

Det vart påpeika to avvik og gjeve to merknader:



- Avvik 1 Tilvisande lege får ikkje tilbakemelding om utfallet av vurderinga når pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp ved Ortopedisk poliklinikk
- Avvik 2 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informerte om at dei har klagerett etter pasientrettslova §§ 7-1 og 7-2
- Merknad 1 Prioriteringskriteria i prioriteringsforskrifta er i liten grad kjent ved poliklinikken, men praksis inneber at pasientane blir vurdert og prioritert i tråd med desse.
- Merknad 2 Pasient og tilvisande lege får ikkje heilt korrekt informasjon om pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.

### *Kirurgisk poliklinikk, Nordfjord sjukehus, Helse Førde HF 23.09.03*

Det vart påpeika 4 avvik :

- Avvik 1 Tilvisande lege får ikkje tilbakemelding om resultat av vurdering.
- Avvik 2 Pasientar som har fått vurdering får ikkje informasjon om dei har rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.
- Avvik 3 Tilviste pasientar blir ikkje informert om klagerett etter lov om pasientrettar §§ 7-1 og 7-2.
- Avvik 4 Verksemda har ikkje eit system som sikrar at alle pasientar med rett til nødvendig helsehjelp vert vurdert til - og registrert med slik rett i ventelistene.

### *Ortopedisk poliklinikk, Førde sentralsjukehus, Helse Førde HF 24.09.03*

Det vart påpeika tre avvik:

- Avvik 1 Pasientane er ikkje sikra rett til nødvendig helsehjelp etter lov om pasientrettar § 2-1, jfr prioriteringsforskrifta § 2.
- Avvik 2 Pasientar som har fått vurdering får ikkje informasjon om dei har rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.
- Avvik 3 Tilviste pasientar blir ikkje informert om klagerett etter pasientrettslova §§ 7-1 og 7-2.

### *Kirurgisk poliklinikk, Lærdal sjukehus, Helse Førde HF 25.09.03*

Det vart påpeika to avvik og gjeve to merknader:

- Avvik 1 Pasientar som har fått vurdering får ikkje informasjon om dei har rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.

- Avvik 2 Tilviste pasientar blir ikkje informert om klagerett etter lov om pasientrettar §§ 7-1 og 7-2.
- Merknad 1 Det er uvisst om alle pasientar i dag får nødvendig helsehjelp innan den tida medisinsk forsvarlegheit krev det, jfr lov om pasientrettar § 2-1.
- Merknad 2 Pasientane får ikkje alltid rett informasjon om pårekneleg ventetid, jfr lov om pasientrettar § 2-2.

***Ortopedisk poliklinikk, Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF, 1.10.03***

Det vart påpeika fire avvik og gjeve tre merknader :

- Avvik 1 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informert om dei har fått rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.
- Avvik 2 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje orientert om at dei har klagerett etter pasientrettslova §§ 7-1 og 7-2.
- Avvik 3 Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp blir ikkje sikra helsehjelp innanfor den tida medisinsk forsvarlegheit krev.
- Avvik 4 Ventelistene blir ikkje systematisk oppdatert.
- Merknad 1 Prioriteringskriteria er i liten grad kjent ved poliklinikken, men praksis inneber at pasientane blir vurdert og prioritert i tråd med desse. jf. pasientrettsloven § 2-1 og prioriteringsforskrifta.
- Merknad 2 Pasientane får til dels uklår informasjon om pårekneleg ventetid, jf. pasientrettslova § 2-2.
- Merknad 3 Opplysningane om rett til sjukehusval er ufullstendige.

***Kirurgisk poliklinikk ved Haugesund sjukehus, Helse Fonna HF***

Det vart påpeika tre avvik og gjeve ein merknad:

- Avvik 1 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informert om at dei har fått rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje.
- Avvik 2 Tilvisande lege får ikkje tilbakemelding om utfallet av vurderinga når pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp ved Kirurgisk poliklinikk.
- Avvik 3 Pasientar som har fått vurdering blir ikkje informert om at dei har klagerett etter pasientrettslova §§ 7-1 og 7-2.

Merknad 1    Prioriteringskriteria i prioriteringsforskrifta er i varierende grad kjent ved poliklinikken, men i praksis blir pasientane vurdert og prioritert i tråd med desse.