

# **Samlerapport til Helse Nord RHF etter gjennomført tilsyn med helsetjenesten til voksne med psykiske problemer og med ivaretagelsen av sentrale pasientrettigheter ved somatiske poliklinikker 2003**

## ***Kapittel 1 Sammendrag***

I perioden mai-september 2003 ble det gjennomført til sammen 15 systemrevisjoner i helseforetakene i Helseregion Nord. Revisjonene var del av to landsomfattende tilsyn med følgende tema: a) helsetjenesten til voksne med psykiske problemer og b) ivaretagelsen av pasientrettigheter ved somatiske poliklinikker. Det ble gjort 4 revisjoner i Helse Finnmark HF, 4 revisjoner ved UNN HF, 4 revisjoner ved Hålogalandssykehuset HF, 2 revisjoner ved Nordlandssykehuset HF og 1 revisjon ved Helgelandssykehuset HF.

Ved psykiatritilsynet ble det avdekket uklar oppgavefordeling mellom DPS og 3. linjetjenesten. Mangel på psykiatere eller manglende kontinuitet i legetjenesten utgjør flere steder et problem. Arbeidet med å utarbeide individuelle planer for pasientene er kommet kort. Disse forhold medfører at tilbudet til pasientene ikke er tilfredsstillende, og at samhandlingen med primærhelsetjenesten ikke fungerer slik den bør.

Ved pasientrettighetstilsynet ved somatiske poliklinikker ble det påvist flere brudd på pasientrettigheter. Avdelingene synes i liten grad å kjenne til pasientrettighetsloven og aktuelle forskrifter. Dette fører til at pasientene ikke får den informasjon de skal ha og at det ikke tas stilling til om de "har rett til nødvendig helsehjelp" i henhold i pasientrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2. Når pasienten ikke får informasjon om at det er fattet et slikt vedtak, har de heller ingen mulighet for å påklage vedtaket. Dårlig kvalitet på ventelistedata reduserer pasientens mulighet til å ha nytte av retten til fritt sykehusvalg.

## ***Kapittel 2 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 tilbud til enkelte høyt prioriterte grupper pasienter og samhandlingen mellom forskjellige deler av psykiatrien for å sikre et helhetlig tjenestetilbud.

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

Tilsynet gjennomføres i alle fylker som systemrevisjoner med felles opplegg for valg av tema og metodikk .

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

- institusjonene i sin virksomhet oppfyller lovpålagte krav
- institusjonene har systemer for internkontroll som beskriver de ulike oppgaver
- institusjonene kan dokumentere at systemer og prosedyrer etterleves

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og ved verifikasjoner. Verifikasjoner innebærer å sjekke om rutiner, prosedyrer og instruksjoner blir fulgt opp i praksis, og om de fysiske forhold legger til rette for at kravene til tjenesten kan oppfylles. Rapporten til det enkelte helseforetak beskriver de funn som er gjort ved revisjonene, og påpeker de avvik og merknader som er avdekket. De samme begrepene benyttes i denne samlerapporten.

- **Avvik** defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav - dvs. et brudd på lov eller forskriftskrav
- **Merknad** er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial.

Helsetilsynene i Finnmark, Troms og Nordland har samarbeidet ved forberedelsene til tilsynene i regionen i 2003. Ved flertallet av tilsyn, både ved psykiatriske avdelinger og ved somatiske poliklinikker, har også revisjonsteamet bestått av deltakere fra to helsetilsyn. Ved tre av fire tilsyn ved det fylkesovergripende helseforetaket Hålogalandssykehuset har revisjonsteamet vært sammensatt av deltakere fra både Troms og Nordland.

Tilsynet har rettet seg mot helseforetakene. Hvert enkelt helseforetak har mottatt rapport og eventuelt påpekte avvik følges opp fra tilsynsmyndighetenes side. Etter en slik omfattende tilsynsaktivitet som de to landsomfattende tilsyn representerer i regionen har Helsetilsynet besluttet å presentere de samlede funnene og en vurdering av disse overfor det regionale helseforetaket i en felles rapport. Rapporter fra de enkelte gjennomførte tilsyn er tilgjengelig på fylkesmennenes nettsteder i regionen og [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

### ***Kapittel 3 Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer***

Tilsynet omfatter 6 virksomheter:

1. Ofoten distriktpsikiatriske senter, Hålogalandssykehuset HF, Narvik
2. Akuttpsykiatrisk avdeling, post Nord 4, Nordlandssykehuset HF
3. Midt-Finnmark distriktpsikiatriske senter, Finnmark HF
4. Akuttpost Nord 1, Allmennpsykiatriske avdeling, UNN HF
5. Sør-Troms psykiatriske senter, Hålogalandssykehuset HF, Harstad
6. Akuttpost Sør 1, Allmennpsykiatriske avdeling, UNN HF

Det ble til sammen påvist 5 avvik ved 3 virksomheter og gitt merknader til alle virksomhetene, i alt 22 merknader.

De påviste avvik og merknader som er gitt vil sammenfattes og beskrives nedenfor under de tre områdene som Statens helsetilsyn har satt opp for dette landsomfattende tilsynet.

Områdene er:

1. Styring og ledelse
2. Pasientrettigheter
3. Kontinuitet og samhandling

Tilsynet skal svare på om ”tilbudet er tilrettelagt for de alvorlig syke – også som en sammenhengende kjede”, om ”de alvorlige syke blir prioritert foran de lettere lidelser” og om ”behandlingstilbudet til de som har forsøkt selvmord er forsvarlig”.

Vi vil knytte kommentarer til noen avvik/merknader som vi mener bør være av interesse for lokalt/regionalt helseforetak.

### **3.1 Styring og ledelse**

Tilsynet har tatt utgangspunkt i virksomhetenes system for internkontroll og har fokusert på målsetting, ansvar og myndighet, sikring av kompetanse, sikring av forsvarlige tjenester herunder oppfølging av pasienter med psykose og de som har forsøkt å begå selvmord, egenervaluering av tvangsbruk og bruk av data i forbedringsarbeid.

#### **Ansvar og myndighet**

Det ble påvist 1 avvik og gitt 8 merknader.

Det ble påvist 1 avvik og gitt 1 merknad vedrørende usikkerhet om ansvars- og myndighetsforhold, også medisinsk faglig ansvar (til Ofoten DPS).

3 merknader gikk på interne forhold som den enkelte virksomhet kan vurdere selvstendig. 2 merknader påpekte mangelfull oppdatering av internkontrollsystemet med henvisning til internkontrollforskriften.

Det ble gitt 2 likelydende merknader til akuttpostene ved Allmennpsykiatrisk avdeling, UNN om manglende harmonisering mellom de ulike postene når det gjelder akuttpsykiatrisk utredning og behandling.

#### *Kommentar:*

Vi har fått inntrykk av at den enkelte enhet arbeider ganske selvstendig med å utvikle internkontrollsystem. Ledelsen i helseforetakene bør forsikre seg om at de enkelte avdelinger driver et systematisk arbeid for å sikre kvaliteten av tjenestene gjennom internkontroll. Vi tror forskriften om internkontroll kan være et egnet hjelpemiddel når internkontrollsystemets omfang og innhold skal fastsettes.

#### **Kompetanse og sikring av forsvarlige tjenester**

Det ble gitt 3 merknader, ingen avvik.

1 merknad var av rent intern karakter (opplæringsplan).

De 2 andre merknadene gjelder forutsetningen for å kunne drive en desentralisert akuttpsykiatrisk tjeneste.

Ved DPS i Lakselv betyr mangel på kontinuerlig bemanning av psykiater at muligheten for å kunne behandle pasienter med akutt psykose blir redusert.

På grunn av stadig skiftende psykiatere ved Ofoten DPS, blir det vanskelig å sikre en omforent og enhetlig praksis mht. behandling.

*Kommentar:*

De to siste merknadene er av grunnleggende betydning for at DPSene skal fungere etter sin hensikt. For å kunne gi pasientene et forsvarlig tilbud i en desentralisert tjeneste, samt å kunne ivareta rådgivning og veiledning til kommunehelsetjenesten, må det foreligge et reelt tilbud av psykiatrisk spesialistkompetanse.

### **Selv mord**

Ved alle de reviderte institusjoner forelå rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk. Det ble bare gitt 1 merknad under dette punktet (om lokale samarbeidsrutiner mellom psykiatrisk avdeling og somatiske avdelinger ved Håloglandssykehuset Narvik).

### **3.2 Pasientrettigheter**

Tilsynet har her hatt fokus på rett til vurdering, rett til prioritering, rett til øyeblikkelig hjelp og rett til å klage på tvangsbehandling.

Det ble påvist ett avvik på en akuttpost, UNN, som gjaldt manglende dokumentasjon av bruk av tvangsmidler og at det ikke dokumenteres at informasjon om retten til å klage på vedtak blir gitt på systematisk vis.

En merknad gjaldt interne forhold om personvern hensyn.

*Kommentar:*

Vårt inntrykk er at enhetene prioriterer pasienter med psykotiske lidelser, gir øyeblikkelig hjelp og gir et systematisk behandlingstilbud til de som har forsøkt selvmord.

### **3.3. Kontinuitet og samhandling**

Tilsynet har her fokusert på oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten, på plikten til å utarbeide "individuell plan" og på veiledning og samhandling med kommunehelsetjenesten.

#### **Oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten**

Det ble gitt 6 merknader, ingen avvik.

Merknadene er nokså likelydende for de tre geografiske områdene: Midt-Finnmark, Sør-Troms og Ofoten.

Helsetilsynet i Nordland bruker følgende formulering: "Ansvars- og oppgavefordelingen mellom post Nord 4 og DPSer, herunder også DPS-Ofoten, fungerer ikke som en sammenhengende tiltakskjede slik intensjonen er i Opptrappingsplan for psykisk helsevern". Helsetilsynet i Troms bruker formuleringen: "Nord 1 og Midt-Finnmark distriktpsikiatriske senter har ikke i tilstrekkelig grad avklart hvordan utredning og oppfølging av pasientene på hjemstedet skal samordnes på en systematisk måte, herunder ansvar for pasienter utskrevet på tvungent helsevern".

Videre heter det: "Oppgavefordeling og rutiner for samarbeid mellom Psykiatrisk senter for Sør-Troms og Sør 1 er ikke tilstrekkelig avklart".

*Kommentar:*

Rapportene synes å vise at dette er området med størst forbedringspotensial. Merknadene bygger på mange observasjoner. For Helsetilsynet synes det som det ikke er tilstrekkelig at de enkelte enhetene utarbeider rutiner for oppgavefordeling, men at Helse Nord HF i sterkere grad må ivareta sitt ansvar for en overordnet styring og koordinering av funksjonene.

### **Individuelle planer**

Det ble påvist 3 avvik og gitt 1 merknad

Avvikene og merknaden baseres på at pasienter under tvunget psykisk helsevern innen rimelig tid skal ha slik plan, og at det ikke framgår av journalene at slik plan er laget.

*Kommentar:*

Det gjøres mye godt arbeid for å få individuelle planer på plass. Likevel synes det å være et stykke til individuell plan systematisk utarbeides for den enkelte pasient. Det understrekes at individuelle planer er en vesentlig forutsetning for å ivareta behovet for samhandling mellom de ulike behandlingsinstanser.

### **Veiledning og samhandling overfor kommunehelsetjenesten**

Det ble gitt 2 merknader, ingen avvik.

I merknaden til Ofoten DPS sies det at ”kommunehelsetjenesten ikke får den veiledning de bør fra avd. C eller VOP”.

I merknaden til DPS Sør-Troms sies det at ”planlagte, regelmessige møter med ledelsen i helse- og omsorgstjenesten ikke holdes i alle de samarbeidende kommunene”.

*Kommentar:*

Samhandling mellom akuttposter og kommunehelsetjenesten var ikke en del av systemrevisjonene. Det ble imidlertid innhentet synspunkter fra kommunene ved utsending av skjema i Finnmark og Troms og ved bruk av telefon i Nordland. Men ingen personer fra kommunene er intervjuet under selve tilsynet. Disse undersøkelsene, sammenholdt med muntlige utsagn og dokumentasjon i journaler, gir tydelig indikasjon på at samarbeid/samhandling mellom akuttposter og kommunehelsetjenesten skjer rutinemessig. Observasjoner som ble gjort i Finnmark gir klar indikasjon på at en ustabil kommunelegetjeneste ikke er i stand til å nyttiggjøre den ressursen som ligger i DPS og isteden bruker akuttpost på UNN.

Spørreundersøkelsen til kommunene ga også indikasjon på at samarbeid mellom DPS og kommunene til dels er avhengig av en stabil legetjeneste. Uten kommunenes ”psykiatritjeneste” med psykiatrisk sykepleier ville det vært vanskelig å få til samarbeidet mellom DPS og kommunene.

## ***Kapittel 4 Tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker***

Tilsynet omfattet 9 virksomheter:

1. Medisinsk poliklinikk, Kirkenes sykehus, Helse Finnmark HF
2. Medisinsk poliklinikk, Hammerfest sykehus, Helse Finnmark HF
3. Spesialistlegesenteret i Karasjok, Helse Finnmark HF
4. Medisinsk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge
5. Ortopedisk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge
6. Medisinsk poliklinikk, Hålogalandssykehuset Harstad
7. Medisinsk poliklinikk Hålogalandssykehuset Stokmarknes
8. Medisinsk poliklinikk, Nordlandssykehuset Bodø
9. Medisinsk poliklinikk, Helgelandssykehuset Mo

De påviste avvik og merknader som er gitt vil sammenfattes og beskrives nedenfor under de tre områdene som Statens helsetilsyn har satt opp for dette landsomfattende tilsynet.

Områdene er:

- Rett til vurdering, jf. pasientrettighetsloven § 2-2
- Rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1
- Rett til fritt sykehusvalg, jf. pasientrettighetsloven § 2-4

De tre områdene henger tett sammen, og det varierer noe fra rapport til rapport hvordan revisjonsteamet har valgt å plassere, gruppere og systemisere avvikene. Antallet avvik gitt den enkelte virksomhet er dermed av underordnet betydning. Viktig er hvilke funn som er gjort. Det ble avdekket avvik ved alle virksomhetene (til sammen 19 avvik) og gitt merknader (til sammen 11) ved tilsynene. Vi vil i det videre orientere om myndighetskravene, oppsummere funnene og kommentere disse der det anses å være av interesse.

### **Rett til vurdering**

Pasientrettighetsloven § 2-2 om pasienters rett til vurdering stiller en rekke krav til spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn ønsket at tilsynet skulle klarlegge:

- om vurderingsfristen (av henvisningen og om nødvendig pasienten) på 30 dager, eller raskere ved behov, sikres ivaretatt
- om vurderingens innhold, herunder hvem som forestår vurderingen og hvilke opplysninger den er basert på, sikres ivaretatt i tråd med lovkravet
- om henvisende instans og pasient sikres tilbakemelding

Det ble påvist 7 avvik og gitt 5 merknader på dette området.

Ved de fleste undersøkte poliklinikker var det ikke holdepunkter for at 30-dagersfristen ikke overholdes når vurderingen kan gjøres på bakgrunn av henvisningen. Henvisningene vurderes fortløpende, dvs. flere ganger per uke. Slik fanges også pasienter som trenger raskere vurdering opp. Unntakene er Spesialistlegesenteret i Karasjok, der 30-dagersfristen bli overskredet for ortopediske pasienter og Hålogalandssykehuset Harstad, der kardiologiske henvisninger ikke vurderes så hyppig at man sikrer et forsvarlig tilbud. Ved poliklinikken ved Nordlandssykehuset Bodø finnes ikke et system som sikrer at vurderingen er gjort innen 30 dager når henvisende lege tilskrives for å be om ytterligere opplysninger for å kunne ta stilling til søknaden.

I Finnmark har de alle fleste pasientene for øvrig vært til undersøkelse/ behandling allerede fire uker etter at henvisningen er mottatt.

Det er lagt opp til et system som skulle sikre at vurderingene foretas av kompetent personell, ved at det stort sett er spesialister ev. med relevant grenspesialitet, som foretar vurderingene.

Ingen av de reviderte poliklinikkene etterlever kravet i pasientrettighetsloven § 2-2 med merknad om at henvisende instans skal informeres om resultatet av vurderingen. Ved to av ni poliklinikker blir primærlegen i en del tilfeller orientert.

#### *Kommentar*

Ved at tilbakemeldingen til pasient og henvisende lege er mangelfull eller mangler helt, kan det skapes usikkerhet vedr. når og hvordan tilbud vil bli gitt. Det medfører telefoniske henvendelser til poliklinikken, som er ressurskrevende og kunne vært unngått, dersom tilfredsstillende tilbakemelding var blitt gitt.

#### **Retten til nødvendig helsehjelp**

Tilsynet har tatt utgangspunkt i at henvisninger til spesialisthelsetjenesten vurderes til å falle i tre kategorier:

- Henvisningen avvises idet det ikke kan påregnes at pasienten har behov for sykehusets tjenester
- Pasienten gis time, men anses ikke å komme i kategorien "rett til nødvendig helsehjelp". Det innebærer at tilstanden ikke gis prioritet.
- Pasienten anses å ha "rett til nødvendig helsehjelp"

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Av tredje ledd følger at retten til helsehjelp bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Konf. Forskrift av 01.12.2000 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Statens helsetilsyn ønsket at tilsynet skulle klarlegge:

- 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 ihht 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

Det ble påvist 7 avvik og gitt 5 merknader på dette området.

Ingen av de ni poliklinikkene forholder seg aktivt til prioriteringsforskriften. Kjennskapet til regelverket på området er mangelfullt blant dem som foretar vurderingene.

Det tas ikke ved noen av poliklinikkene stilling til om pasienten har "rett til nødvendig helsehjelp", jf. pasientrettighetsloven § 2-2. Disse pasientenes skal som kjent prioriteres foran øvrige pasienter. Vurderingsskjemaene inneholder ikke rubrikker for avkryssing av om pasienten er rettighetspasient eller ikke. I det pasientadministrative systemet (DIPS)

registreres enten alle eller ingen pasienter som rettighetspasienter (pasienter med rett til nødvendig helsehjelp).

Pasienten og henvisende lege blir da heller ikke informert i tråd med kravet i pasientrettighetsloven § 2-1 - om det er nødvendig med helsehjelp.

Når henvisningen avvises, dvs. spesialisten vurderer pasienten til ikke å ha behov for undersøkelse/ behandling på sykehus, informeres kun henvisende lege og ikke pasienten ved fem av de ni poliklinikkene.

#### *Kommentar*

Selv om det vet tilsynet ble funnet at poliklinikkene foretar reelle prioriteringer av henvisningene i forhold til alvorlighetsgrad, vil Helsetilsynet vise til bestemmelsen om at det skal vurderes hvorvidt pasienten har ”rett til nødvendig helsehjelp”. Dersom en pasient etter vurderingen ikke defineres som rettighetspasient, kan det klages på avgjørelsen til Helsetilsynet i fylket. Når det ikke tas stilling til dette spørsmålet og pasienten ikke informeres om vedtaket, er det ikke fattet en beslutning som kan påklages, og pasienten informeres ikke om klageadgangen etter pasientrettighetsloven § 7-2. Pasienten mister ved denne praksis muligheten til å få sin sak prøvd av klageinstansen.

#### **Rett til fritt valg av sykehus**

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-4 at pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus behandlingen skal foretas. Forskrift av 12.07.2000 nr. 1233 om ventelisterregistrering skal sikre at venteliste føres, oppdateres og rapporteres på en slik måte at pasienter kan ivareta sin rett til sykehusvalg.

Statens helsetilsyn ønsket at tilsynet skulle klarlegge:

- 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

Det ble påvist 5 avvik og gitt 1 merknad på dette området.

Tilsynet avdekket at ventelistedataene er av til dels dårlig kvalitet. Ved noen av de reviderte poliklinikker er det avdekket svikt i ventelisterregistreringen ved at funksjonen i DIPS med føring av en liste for de som venter på tilbakemelding og en annen liste for de som har fått tildelt time, ikke er kjent og blir benyttet. Pasienter kan bli stående på venteliste etter at behandling eller utredning både er startet og avsluttet. De ventetider som rapporteres til regionalt helseforetak og legges ut på internett, kan dermed bli misvisende. Det er heller ikke alle helseforetak som ligger ute med ventetider på nettsidene til Sosial- og helsedirektoratet eller Helse Nord.

Tre av de reviderte poliklinikkene har ikke et tilfredsstillende system for å informere henviste pasienter fra eget område om fritt sykehusvalg.



Tilsynene avdekket ikke avvik fra pasientrettighetsloven vedr. sykehusenes håndtering av henvendelser fra andre deler av landet vedrørende fritt sykehusvalg.

Det var ved flere av poliklinikkene dårlig kunnskap om de muligheter som ligger i DIPS når det gjelder kontroll og styring av ventelistedata.

*Kommentar*

Ikke korrekte ventelistedata og manglende tilgang til ventelistedata vanskeliggjør pasienters mulighet for å orientere seg om ventetider for å kunne velge sykehus med kort ventetid.

## **Kapittel 5 Samlet vurdering**

Begge de to valgte tema for landsomfattende tilsyn berører i stor grad samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er avdekket at bemanning, kompetanse og oppgaver ved DPS varierer slik at pasientene får et mangelfullt tilbud i nærmiljøet, og primærhelsetjenesten ikke får den bistand og rådgivning den trenger. For de indremedisinske poliklinikker er det avdekket stor mangel på kunnskap om sentrale bestemmelser i pasientrettighetsloven. Dette gjør at verken pasienter eller primærhelsetjeneste er i stand til å nyttegjøre rettigheter som å få vurdert rett til nødvendig helsehjelp eller rett til fritt sykehusvalg.

Bodø 31.oktober 2003

Gerd Ersdal  
Fylkeslege

Eystein Straume  
Fylkeslege

Jørgen Holmboe  
Fung. fylkeslege

## ***Vedlegg 1: Oversikt over gjennomførte tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer - avvik og merknader***

### **Ofoten DPS**

Det ble påvist 2 avvik og gitt 6 merknader:

#### **Avvik 1**

Ansatte ved VOP var ikke sikre på hvem som har det medisinsk faglige ansvar og hva dette innebærer.

Det er ikke utarbeidet prosedyre for avviksbehandling og korrigerende tiltak, verken ved avd. C eller ved VOP.

#### **Avvik 2**

Det er ikke etablert et system som sikrer utarbeidelse av individuelle planer for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det blir heller ikke utarbeidet individuelle planer for slike pasienter.

#### **Merknad 1**

Det er en viss usikkerhet mht. hvordan ansvar, myndighet og oppgaver er fordelt og skal ivaretas ved VOP.

#### **Merknad 2**

Opplæringsplan for 2003 var lite kjent i organisasjonen.

#### **Merknad 3**

På grunn av stadig skiftende psykiatere både ved avd. C og ikke minst ved VOP, er det vanskelig å sikre en omforent og enhetlig praksis mht. behandling av de pasienter som dette tilsynet gjelder; de pasienter som har lidelser med psykotiske symptomer og pasienter som har forsøkt å begå selvmord.

#### **Merknad 4**

VOPs prosedyre 3.2 Akuttpsykiatri, som gjelder konsultativ bistand for somatiske avdelinger ved Narvik Sykehus mht. pasienter som har forsøkt å begå selvmord, er ikke i tilstrekkelig grad kjent.

#### **Merknad 5**

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom akuttavdelingen og DPS-Ofoten, og innad i DPS-Ofoten, fungerer ikke som en sammenhengende tiltakskjede.

#### **Merknad 6**

Kommunehelsetjenesten får ikke den veiledning de bør fra avd. C eller VOP.

## **Post Nord 4, Nordlandssykehuset**

Det ble gitt 4 merknader:

### **Merknad 1**

Nye lover og forskrifter kommer ikke alltid ut til posten. Den enkelte ansatte er henvist til å finne lov- og forskriftsverk på internett.

### **Merknad 2**

Det ble ikke gitt skriftlige avviksmeldinger fra egne prosedyrer.

### **Merknad 3**

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom post Nord 4 og DPSer, herunder også DPS-Ofoten, fungerer ikke som en sammenhengende tiltakskjede slik intensjonen er i Opptappingsplan for psykisk helsevern.

### **Merknad 4**

Det var gjort flere systemtiltak for å få igangsatt arbeidet med individuelle planer for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Man var på revisjonstidspunktet imidlertid ikke kommet ordentlig i gang med utarbeidelse av slike planer.

## **Midt-Finnmark DPS**

Det ble gitt 3 merknader:

### **Merknad 1**

Dokumentasjonen av IK-systemet er ikke oppdatert med henvisning til den nye internkontrollforskriften .

### **Merknad 2**

Mangel på kontinuerlig bemanning av psykiater medfører redusert kapasitet til å behandle flere pasienter med akutt psykose.

### **Merknad 3**

Merknaden gis også til Nord 1

Nord 1 og Midt-Finnmark distriktpsikiatriske senter har ikke i tilstrekkelig grad avklart hvordan utredning og oppfølging av pasientene på hjemstedet skal samordnes på en systematisk måte, herunder ansvar for pasienter utskrevet på tvungent helsevern.

## **Post Nord 1, UNN**

Det ble påvist 2 avvik og gitt 3 merknader:

### **Avvik 1**

Bruk av tvangsmidler dokumenteres ikke systematisk, og det kan heller ikke dokumenteres at informasjon om retten til å klage på vedtak blir gitt på systematisk vis.

### **Avvik 2**

Det kan ikke dokumenteres at Nord 1 systematisk arbeider for at pasienter på tvungent psykisk helsevern skal få utarbeidet individuell plan.

### **Merknad 1**

Dokumentasjonen av IK-systemet er ikke oppdatert med henvisning til den nye internkontrollforskriften

### **Merknad 2**

Merknaden gis også til Sør 1.

Innholdet av den akuttpsykiatriske tjenesten på Åsgård er utformet på postnivå.

Allmennpsykiatrisk avdeling har ikke lagt vekt på harmonisering av akuttpostene ved hjelp av retningslinjer for akuttpsykiatrisk utredning og behandling.

### **Merknad 3**

Merknaden gis også til Midt-Finnmark distriktspsykiatriske senter.

Nord 1 og Midt-Finnmark distriktspsykiatriske senter har ikke i tilstrekkelig grad avklart hvordan utredning og oppfølging av pasientene på hjemstedet skal samordnes på en systematisk måte, herunder ansvar for pasienter utskrevet på tvungent helsevern.

## **Psykiatrisk senter for Sør-Troms**

Det ble gitt 3 merknader:

### **Merknad 1**

Senteret har ikke klare retningslinjer for hvordan behandlernes kjennskap til henviste pasienter kan nyttiggjøres på inntaksmøtet samtidig som personvernet blir beskyttet.

### **Merknad 2**

Merknaden gis også til Sør 1

Oppgavefordeling og rutiner for samarbeid mellom Psykiatrisk senter for Sør-Troms og Sør 1 er ikke tilstrekkelig avklart.

### **Merknad 3**

Planlagte, regelmessige møter med ledelsen i helse- og omsorgstjenesten holdes ikke i alle de samarbeidende kommunene.

## **Post Sør 1, UNN**

Det ble påvist 1 avvik og gitt 3 merknader:

### **Avvik 1**

Det kan ikke dokumenteres at pasienter på tvungent psykisk helsevern har fått utarbeidet individuell plan.

### **Merknad 1**

Merknaden gis også til Nord 1.

Innholdet av den akuttpsykiatriske tjenesten på Åsgård er utformet på postnivå.

Allmennpsykiatrisk avdeling har ikke lagt vekt på harmonisering av akuttpostene ved hjelp av retningslinjer for akuttpsykiatrisk utredning og behandling.

### **Merknad 2**

Sør 1 har ikke sikret at bruk av tvangsmedisinering har vært systematisk registrert, for med jevne mellomrom å kunne vurdere tvangsbruken.

### **Merknad 3**

Merknaden gis også til Psykiatrisk senter for Sør-Troms.

Oppgavefordeling og rutiner for samarbeid mellom Psykiatrisk senter for Sør-Troms og Sør 1 er ikke tilstrekkelig avklart.

## ***Vedlegg 2: Oversikt over gjennomførte tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker***

### **Medisinsk poliklinikk, Kirkenes sykehus, Helse Finnmark HF 08.05.03**

Det ble påvist 1 avvik og gitt 2 merknader

#### **Avvik 1**

- b) I svarbrevet til pasienten fremkommer det ikke opplysninger om retten til fritt sykehusvalg.
- b) Medisinsk poliklinikk gir ikke tilbakemelding til primærlegen om utfallet etter at henvisningen er vurdert.

#### **Merknad 1**

Poliklinikken mangler overordnet styring og kontroll med ventelistedataene.

#### **Merknad 2**

Pasientene informeres ikke om hvorvidt de har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

### **Medisinsk poliklinikk, Hammerfest sykehus, Helse Finnmark HF 14.05.03**

Det ble påvist 1 avvik og gitt 1 merknad

#### **Avvik 1**

- b) I svarbrevet til pasienten fremkommer det ikke opplysninger om retten til fritt sykehusvalg.
- b) Medisinsk poliklinikk gir ikke tilbakemelding til primærlegen om utfallet etter at henvisningen er vurdert.

#### **Merknad 1**

Pasientene informeres ikke om hvorvidt de har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

### **Spesialistlegesenteret i Karasjok, Helse Finnmark HF 15.05.03**

Det ble påvist 1 avvik og gitt 4 merknader

#### **Avvik 1**

Senteret gir ikke tilbakemelding til primærlegen om utfallet etter at henvisningen er vurdert.

#### **Merknad 1**

Systemet med vurdering av henvisninger til ortoped medfører at fristen på 30 dager kan bli overskredet.

#### **Merknad 2**

Mangelfull opplæring i DIPS (journalssystem for blant annet ventelistedata).

### **Merknad 3**

Senteret kan i en del tilfeller ikke i tilstrekkelig grad dokumentere at det foregår en forsvarlig vurdering.

### **Merknad 4**

Pasientene informeres ikke om hvorvidt de har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

## **Medisinsk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge 24.09.03**

Det ble påvist 2 avvik, men ikke gitt merknader.

### **Avvik 1**

Legen får ikke informasjon etter at vurderingen av henvisningen er gjort om når utredning/behandling på poliklinikken forventes gitt.

### **Avvik 2**

Det blir ikke tatt stilling til om pasientene som er henvist til poliklinikken har rett til ”nødvendig helsehjelp”, og det framgår følgelig ikke av ventelista hvilke pasienter som har rett til ”nødvendig helsehjelp”.

## **Ortopedisk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge 23.09.03**

Det ble påvist 3 avvik, men ikke gitt merknader.

### **Avvik 1**

Poliklinikken følger ikke systematisk de gjeldende rutiner for å gi tilbakemelding.

### **Avvik 2**

Ortopedisk poliklinikk prioriterer ikke pasientene på en måte som sikrer at pasienter med sammenlignbare tilstander blir likt behandlet. Prioriteringskriterier brukes ikke på en slik måte at ventelista viser hvilke pasienter som trenger helsehjelp innen en tid som medisinsk forsvarlighet krever, eller hvem som er rettighetspasienter.

### **Avvik 3**

Poliklinikken driver ikke systematisk med å ”utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av sosial- og helselovgivningen”.

## **Medisinsk poliklinikk, Hålogalandssykehuset Harstad 26.-27.05.03**

Det ble påvist 2 avvik, men ikke gitt merknader

### **Avvik 1**

Poliklinikken har ikke rutine for alltid å gi tilbakemelding til både pasient og henvisende lege.

### **Avvik 2**

Kapasiteten er for liten både når det gjelder kardiologkompetanse og utstyr. Poliklinikken tar ikke, på systematisk vis, opp med pasienter som har ventet lengre enn det som er faglig ønskelig om de ønsker utredning/behandling et annet sted.

### **Medisinsk poliklinikk Håloglandssykehuset Stokmarknes 16.-17.06.03**

Det ble påvist 3 avvik og gitt 1 merknad

#### **Avvik 1**

Pasient og primærlege gis ikke tilfredsstillende tilbakemelding etter at pasientens helsetilstand er vurdert.

#### **Avvik 2**

Pasienter sikres ikke vurdering, avgjørelse, informasjon og registrering av om de er rettighetspasienter eller ikke.

#### **Avvik 3**

Pasienter sikres ikke tilgang til oppdaterte ventelistedata og informasjon om regelverket på en slik måte til at de kan ivareta sin rett til fritt sykehusvalg.

#### **Merknad 1**

Medisinsk poliklinikk har et forbedringspotensial når det gjelder å sikre at vurderingen skjer innen 30 virkedager eller raskere ved behov.

### **Medisinsk poliklinikk, Nordlandssykehuset Bodø 15.-16.05.03**

Det ble påvist 3 avvik og gitt 2 merknader

#### **Avvik 1**

Pasienter sikres ikke at vurderingen skjer innen 30 virkedager når henvisningen er for dårlig til at vurdering kan skje bare på grunnlag av denne.

#### **Avvik 2**

Tilbakemeldingen som gis til pasient/primærlege etter at pasientens helsetilstand er vurdert er ikke tilfredsstillende i forhold til lovkravene.

#### **Avvik 3**

Pasienter sikres ikke vurdering, avgjørelse, informasjon og registrering av om de er rettighetspasienter eller ikke.

#### **Merknad 1**

Medisinsk poliklinikk har et forbedringspotensial når det gjelder å sikre rettighetspasienter helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever, i tilfeller hvor henvisningen er for dårlig til at vurdering kan skje bare på grunnlag av denne.

#### **Merknad 2**



Ventelisteregistreringen i DIPS samt utnyttelsen av de muligheter som ligger i systemet er noe mangelfull.

### **Medisinsk poliklinikk, Helgelandssykehuset Mo 10.-11.06.03**

Det ble påvist 3 avvik og gitt 1 merknad

#### **Avvik 1**

Pasient og primærlege gis ikke tilfredsstillende tilbakemelding etter at pasientens helsetilstand er vurdert.

#### **Avvik 2**

Pasienter sikres ikke vurdering, avgjørelse, informasjon og registrering av om de er rettighetspasienter eller ikke.

#### **Avvik 3**

Pasienter sikres ikke tilgang til oppdaterte ventelistedata og informasjon om regelverket på en slik måte til at de kan ivareta sin rett til fritt sykehusvalg.

#### **Merknad 1**

Medisinsk poliklinikk har et forbedringspotensial når det gjelder å sikre pasienter behandling innen medisinsk forsvarlig tid, i og med at det forekommer at pasienter ikke får undersøkelse/behandling innen den tid legen har bestemt, uten at det er etablert et system for rapportering til lege/ledelse eller annen oppfølging av dette.