

# **Samlerapport etter gjennomført tilsyn med deler av helsetjenesten til voksne med psykiske problemer og med ivaretagelsen av sentrale pasientrettigheter ved somatiske poliklinikker. (HELSE SØR)**

<i>Kapittel 1. Sammendrag</i> .....	3
<i>Kapittel 2. Bakgrunn</i> .....	4
<i>Kapittel 3 Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til voksne med psykiske problemer</i> .....	6
3.1 STYRING OG LEDELSE .....	6
3.1.1 Målsetting, ansvar og myndighet .....	6
3.1.2 Kompetanse.....	6
3.1.3. Sikring av forsvarlige tjenester på områder med stor risiko for svikt.....	7
3.1.4 Virksomhetens oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord .....	7
3.1.5 Virksomhetens egevaluering av tvangsbruk.....	7
3.1.6 Rapportering og bruk av aggregerte data, erfaringer og annen informasjon i eget forbedringsarbeid. ....	8
3.2. PASIENTRETTIGHETER .....	8
3.2.1 Rett til vurdering og prioritering .....	9
3.2.2 Rett til øyeblikkelig hjelp.....	9
3.1.3 Rett til å klage på tvangsbehandling. ....	10
3.3 KONTINUITET OG SAMHANDLING .....	10
3.3.1 Oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten.....	10
3.3.2 Individuelle planer.....	11
3.3.3 Veiledning overfor kommunehelsetjenesten. ....	12
3.4. Samlet vurdering av resultatene. ....	12
<i>Kapittel 4. Tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker</i> .....	14
4.1 Rett til vurdering .....	15
4.2 Rett til nødvendig helsehjelp.....	15
4.3 Rett til fritt valg av sykehus .....	16
4.4 Samlet vurdering av resultatene. ....	16
<i>Kapittel 5. Samlet vurdering hva gjelder pasientrettigheter.</i> .....	18
<i>Vedlegg 1: Oversikt over avvikt og merknader ved gjennomførte tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer</i> .....	19
Sørlandet sykehus HF.....	19
Distriktpsykiatrisk avdeling, DPS Arendal .....	19
Psykiatrisk avdeling Arendal .....	19
Distriktpsykiatrisk avdeling, DPS Lister.....	19
Psykiatrisk avdeling Kristiansand .....	20
Ringerike sykehus HF .....	20
Ringerike DPS (RDPS) .....	20

Sykehuset Buskerud HF .....	21
Psykiatrisk avdeling .....	21
Vestfold HF .....	21
Tønsberg DPS .....	21
Fylkesavdeling Tønsberg (FAT) .....	22
Sykehuset Telemark HF .....	22
Seksjons for akuttpsykiatri .....	22
Blefjell sykehus HF .....	22
DPS Notodden/Seljord, Voksenpsykiatrisk døgnavdeling (VOD) Notodden .....	22

***Vedlegg 2: Oversikt over avvik og merknader ved gjennomførte tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker..... 24***

Sykehuset Buskerud HF .....	24
Indremedisinsk poliklinikk.....	24
Ringerike sykehus HF .....	24
Medisinsk poliklinikk.....	24
Blefjell sykehus HF .....	25
Driftsenhet Kongsberg, indremedisinsk poliklinikk .....	25
Driftsenhet Rjukan, indremedisinsk poliklinikk .....	25
Sykehuset Telemark .....	26
Lungemedisinsk poliklinikk .....	26
Driftsenhet Kragerø, medisinsk poliklinikk .....	26
Sykehuset i Vestfold HF .....	27
Medisinsk poliklinikk, Larvik .....	27
Gastroenterologisk poliklinikk .....	27
Onkologisk poliklinikk.....	28
Sørlandet sykehus HF.....	28
Medisinske poliklinikker, Arendal .....	28
Medisinske poliklinikker, Kristiansand.....	29
Medisinsk poliklinikk, Farsund og Flekkefjord .....	29

## Kapittel 1. Sammendrag

Denne samlerrapporten beskriver de gjennomgående og/eller viktigste funnene som ble gjort ved de landsomfattende tilsyn i Helseregion Sør inneværende år. Rapportene kan ikke erstatte enkeltrapportene, og i den grad man ønsker å finne ut mer om hvordan forholdene er i de enkelte virksomheter henvises til rapporten som er å finne på Helsetilsynets hjemmeside.

Samlet gir tilsynene med psykiatriske poliklinikker (DPS) og somatiske poliklinikker et bilde av at virksomhetene i liten grad har operasjonalisert begrepene ”nødvendig helsehjelp”, ”rett til vurdering” og ”rett til prioritering” ut fra forskriftens ordlyd. Flere av poliklinkkene som er revidert, har overholdt myndighetskravene ved at de har kapasitet til å ta inn pasienten til vurdering innen fastsatte 15 / 30 dager. Det er imidlertid grunn til å stille seg spørrende til om virksomhetene har rutiner som sikrer lik vurdering på tvers av enheter / virksomheter slik at pasientens rettigheter også sikres selv om etterspørsel skulle overstige kapasiteten. Dette sammen med sviktende rutiner hva gjelder opplysning om klageadgang og fritt sykehusvalg, bidrar til å svekke pasientens rettssikkerhet, og kan slik tilsynsmyndigheten vurderer det også bidra til å svekke det regionale foretaks overordnede ansvar for ”sørge-for”plikten.

Det viktigste funnet var opplysninger som viser at tjenestetilbudet ennå ikke har innrettet seg for å fungere som en sammenhengende behandlingsskjede. Dette er, slik tilsynsmyndighetene vurderer det, svikt som kan få store konsekvenser for den enkelte pasient.

Det er også et stykke igjen før virksomhetene fremstår som lærende organisasjoner. Det er alvorlig at virksomheter som har ansvar for sårbare grupper av pasienter, i så liten grad som det man fant ved tilsynet har risikofokus på sitt kvalitetsarbeid. Tilsynet har forventning til at virksomheter som skal være i stadig endring, i større grad har systemer for evaluering av egen virksomhet basert på tilgjengelig erfaringsmateriale.

## 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 er gjennomført som systemrevisjoner med felles opplegg for valg av tema og tilnæringsmåte i alle regionene, fastsatt av Helsetilsynet sentralt.

Systemrevisjon som tilsynsmetode innebærer å vurdere hvorledes virksomheten ivaretar ulike myndighetskrav (krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift) gjennom sin internkontroll. Revisjonene omfattet undersøkelse om:

- aktiviteter utføres som beskrevet og uttalt
- virksomheten driver sin virksomhet innenfor de rammer som myndighetene har satt.

En systemrevisjon gjennomføres ved gjennomgang av dokumenter, ved intervjuer og ved verifikasjoner. Verifikasjoner innebærer å undersøke om rutiner, prosedyrer og instruksjoner blir fulgt opp i praksis, og om de fysiske forhold tilfredsstiller myndighetskravene. Rapporten til det enkelte helseforetak omhandler eventuelle avvik og merknader som er avdekket under revisjonen. De samme begrepene benyttes i denne samler rapporten.

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

Tilsynene med disse 2 områdene innen spesialisthelsetjenesten er gjennomført av 4 revisjonsteam, 2 på hvert område: Det har vært ett revisjonsteam for hvert område i henholdsvis Buskerud, Vestfold og Telemark, og Aust-og Vest-Agder. Forut for gjennomføringen har det vært fellesmøter mellom teamene. Man kunne ideelt tenkt seg ett revisjonsteam for hvert tema i hele regionene. Med 5 regioner og 10-15 tilsynsobjekter på hvert område ville dette blitt en uforholdsmessig stor arbeidsbelastning med relativt mye reising på noen få personer. Det ble derfor besluttet å ha ett team for SSHF, på tvers av Agderfylkene, og ett team i "Tele-Busk-fold" der man jo også har et fylkesovergripende foretak (Helse Blefjell HF).

Rapportene er noe ulikt skrevet. Lokalkunnskap og tidligere erfaringer i forhold til virksomheten det føres tilsyn med er med å påvirke rapportens innhold, vektlegging av og

oppfølging av funnene. For øvrig vil Helsetilsynene kontinuerlig bestrebe seg på å samordne og koordinere virksomhetstilsyn og rapaportenes utforming innen regionen.

Tilsynet har rettet seg mot helseforetakene, revisjonsleder har vært fra virksomhetens hjemfylke. 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 [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## **Kapittel 3 Tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til voksne med psykiske problemer**

Tilsynet omfattet 10 virksomheter fordelt på 6 foretak, 5 fylkesdekkende akuttposter og 5 DPS. Det ble avdekket avvik ved 8 virksomheter. 10 virksomheter fikk merknader.

I den påfølgende fremstillingen blir hvert av de reviderte hovedområdene belyst ved at de enkelte spørsmål som tilsynet har undersøkt og ønsket svar på, blir omtalt.

### **3.1 STYRING OG LEDELSE**

#### **3.1.1 Målsetting, ansvar og myndighet**

Det skulle undersøkes om virksomheten sikrer at de ivaretar de rette pasientene, og om det er klarhet rundt ansvar, herunder medisinskfaglig ansvar, og rapporteringslinjer.

DPS'enes målgruppe beskrives å være pasienter som ikke er tiltrengende øyeblikkelig hjelp i døgnavdeling og/eller i lukket avdeling . De tar i all hovedsak ikke i mot pasienter som er suicidale eller har en utagerende adferd. Disse blir henvist til døgnavdeling.

Opphopning av pasienter som akuttpsykiatrien ikke har så mye å stille opp i forhold til, i mangel av egnet sted å skrive pasienten ut til, rapporteres fra flere hold. Etter en periode med store overbeleggs-/korridorpasientproblemer ved FAT (Fylkesdekkende avdeling, Tønsberg) har det vært gjennomført en gjennomgripende omstrukturering av "pasientflytssystemet" i psykiatrien i Vestfold HF og forbedringsarbeidet beskrives å ha gitt god effekt.

På bakgrunn av tilsynet synes det som om virksomhetene har fokus på, og prioriterer de sykeste pasientene med psykotiske symptomer og pasienter som truer med å ta sitt eget liv. Men også at akuttpostene ofte må ta ansvar for en del pasienter i mangel av annet tilbud, pasienter som egentlig ikke er hjemmehørende i akuttpsykiatrien.

Informantene anga klarhet i ansvars- og myndighetsforhold inklusive rapporteringslinjer ved alle virksomhetene. Hva gjelder forholdet til pasientansvarlig lege vises til Område 3: Kontinuitet og samhandling.

#### **3.1.2 Kompetanse**

Det skulle undersøkes om det er sikret riktig kompetanse og nødvendig faglig oppdatering i henhold til oppgavene.

Opplæringsplaner og utdanningsprogram som ble fremlagt ga jevnt over tilfredsstillende informasjon. Der hvor det ble oppgitt av man hadde sykepleiere uten spesialutdannelse, ble disse pålagt å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid innen en viss tid etter ansettelse.

Det ble både ved DPS'ene i Buskerud, Vestfold og Sørlandet sykehus HF påpekt at leger med spesialistkompetanse i psykiatri var en knapp ressurs. For DPS-enes del ble det medisinsk faglige ansvaret på kveld og natt, samt i helger, enten ivaretatt av leger ved somatiske avdelinger der disse var samlokaliserte, eventuelt av legevakt.

### **3.1.3. Sikring av forsvarlige tjenester på områder med stor risiko for svikt**

Det skulle undersøkes om behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er spesielt tilrettelagt for de sykeste.

Generelt har virksomhetene i liten grad fokus på å definere områder med stor risiko for svikt. Det vises forøvrig til punktene under om evaluering av egen virksomhet og bruk av aggregerte data i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet.

Tilsynsteamet i østregionen undersøkte om somatiske undersøkelser var gjort ved innleggelse i akuttavdeling. De fant at slik var forutsatt utført før innleggelse, men det fremkom i liten grad at dette var verifisert. I og med at psykiatriske pasienter har en overhyppighet av somatiske sykdommer, er dette fra tilsynsmyndighetenes syn ikke tilfredsstillende. (Dette punktet var ikke en del av det fastlagte fellestilsynet, og ble derfor ikke gjennomført i begge teamene, men funnet tas allikvel med her da det har stor verdi).

### **3.1.4 Virksomhetens oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord**

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

Generelt ble pasienter med akutt selvmordsfare ikke tatt inn i DPS-ene, men i døgnavdelingene. Pasienter innlagt på somatiske avdelinger etter selvmordsforsøk, for eksempel ved overdose, ble i alle hovedsak tilsett av lege fra psykiatrisk avdeling. Sørlandet Sykehus Kristiansand (SSK) kunne ikke dokumentere at dette alltid var tilfelle, og ved Sørlandet Sykehus Arendal (SSA) ble denne tjenesten på undersøkelsestidspunktet gjennomført av turnuskandidat, hvilket etter tilsynets vurdering ikke er tilfredsstillende.

Med unntak av SSA er det ikke funnet grunnlag for å si annet enn at pasienter som har forsøkt å begå selvmord gis nødvendig helsethjelp og tilbud om nødvendig oppfølging innenfor det psykiske helsevern, eller annet sted dersom det var aktuelt.

Gjennomgående var det varierende hvorvidt en pasient som var innlagt i somatiske avdelinger ble opplyst om eller fikk tilbud om annen oppfølging fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, som for eksempel poliklinisk konsultasjon eller opphold i DPS, uten gjennom nye henvisninger. Det vises forøvrig til område 3: kontinuitet og samhandling.

### **3.1.5 Virksomhetens egnevaluering av tvangsbruk.**

Det skulle undersøkes om enheten evaluerer egen virksomhet til bruk i forbedringsarbeid.

I og med at DPS-ene i all hovedsak ikke hadde pasienter innskrevet under tvunget psykisk helsevern, var dette lite aktuelt å undersøke der.

Det var noe varierende tilbakemeldinger på hvorvidt døgnavdelingene fører statistikk over tvangsbruk, og om de følger med på utviklingen. Det var også varierende hvorvidt Kontrollkomisjonens rapporter ble lagt til grunn for systematiske evalueringer.

### **3.1.6 Rapportering og bruk av aggregerte data, erfaringer og annen informasjon i eget forbedringsarbeid.**

Det skulle undersøkes om virksomheten nyttiggjør seg erfaringer og annen informasjon i sitt forbedringsarbeid.

Gjennomgående har det i liten grad i virksomhetene vært diskusjon og avklaring av hva som er å anse som avvik. Ved de fleste virksomhetene er de ansatte kjent med avviksrapporteringssystemene, men dette er jevnt over begrenset til å gjelde § 3-3 meldinger om betydelig skade på pasient, som for eksempel selvbeskadigelse, feilmedisinering o.l.. Tilsynet viste også at det har vært lite fokus på hva som skal gjøres gjenstand for risikovurderinger.

Gjennomgående mangler det system som kan bidra til å sikre at aggregerte data, ulike tilbakemeldinger, informasjon fra enkeltsaker, avviksregistreringer m.v blir benyttet i systematisk forbedringsarbeid. Klager behandles enkeltvis, og ses ikke i sammenheng for å vurdere om det foreligger fellestrekk m.v. Det er gjennomgående ikke etablert systemer som legger til rette for at uønskede hendelser som ikke er meldinger etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven, blir sett i sammenheng med det formål å forebygge svikt. Det siteres fra rapporten fra fylkesdekkende psykiatrisk avdeling i Vestfold, som er ganske betegnende for situasjonen i regionen:

”Virksomheten har ikke utpekt særskilte risikoområder på bakgrunn av systematiserte avviksregistreringer, klager eller andre informasjonskilder som det er besluttet skal gjøres gjenstand for særskilt forbedringsarbeid.

Enkelte områder har imidlertid vært gjort gjenstand for forbedringsarbeid---”.

Notodden DPS deltar i et 1,5 års prosjekt om prosessforbedring, og synes etter rapporten å dømme å ha kommet noe lenger i sitt arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Konklusjonen er at det gjenstår endel arbeid med å ta i bruk tilgjengelig erfaringsmateriale i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet.

## **3.2. PASIENTRETTIGHETER**

Det vises i denne forbindelse også til kapittel 4 om tilsyn med somatiske poliklinikker.

### 3.2.1 Rett til vurdering og prioritering

Det skulle undersøkes om retten til vurdering og prioritering sikres ivaretatt gjennom å se på om

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

Øyeblikkelig hjelp ble mottatt i akuttpostene i det psykiske helsevern, og det var kjent for alle hvilke avdelinger som hadde denne plikten. I og med at akuttavdelingene i det alt vesentlige mottar øyeblikkelig hjelp, og sjelden etter henvisning, ble undersøkelser med hensyn på vurdering og prioritering i hovedsak kun aktuelt for DPS-ene.

Ved Sørlandet sykehus HF ble det påpekt at virksomhetene ikke var innrettet slik at pasienten sikres tilbakemelding med *individuell* vurdering av helsetilstanden innen 30 dager. Uten slik individuell vurdering er pasienten ikke sikret rett prioritering, og det er heller ikke reelt mulig for pasienten å vurdere om det er grunnlag for å klage.

Tilsynet viste at det er store variasjoner i ventetid. Ved SSK ble de fleste pasientene tatt inn til forvernsamtale i løpet av rimelig kort tid. Ved Notodden DPS var det 7, mens det ved Ringerike DPS kun var 8 pasienter på venteliste. Ved Tønsberg DPS var det på undersøkelsestidspunktet 73 pasienter på venteliste, men ingen "garantibrudd". Ved SSA var det totalt ca 300 pasienter på venteliste, korteste ventetid 1-2 mnd. og mange pasienter ble satt på venting i opptil 6 måneder eller mer.

I de undersøkte avdelinger ble i følge informantene de alvorlig syke prioritert foran de med lettere lidelser. Det gjøres her spesielt oppmerksom på at tilsynet ikke har sett på det samlede psykiatritilbudet i det enkelte foretak / regionen. Det vises også til område 1 foran.

### 3.2.2 Rett til øyeblikkelig hjelp.

Tilsynet skulle undersøke om retten til øyeblikkelig hjelp sikres ivaretatt.

Som før nevnt var øyeblikkelig hjelp-plikten i all hovedsak tillagt akuttpostene, og det var kjent for øvrige virksomheter hvem som hadde denne plikten. Når det gjelder akutte hendelser ved DPS-ene ble leger ved somatiske sykeavdelinger eller legevakt brukt ved somatiske hendelser. Suicidale pasienter eller pasienter med utagerende adferd ble overført akuttpostene. Dette er etter tilsynsmyndighetenes oppfatning uheldig, ettersom sårbarheten er stor nettopp i slike krise- og/eller forvirringsperioder.

Enkelte DPS-er hadde 1-2 "kriseplasser" for personer som trenger rask innleggelse uten tvungen psykisk helsevern og / eller tilstander som beskrevet over. Dette burde etter tilsynsmyndighetenes vurdering i større grad vært utbredt, for såvidt som at mange pasienter i

krise har et umiddelbart behov for å bli hjulpet der og da – pasienter som ofte er i desperat situasjon / livskrise, men som ikke er tiltrengende opphold i akuttpsykiatrisk avdeling.

Tilgjengelighet til psykiater ved behov for øyeblikkelig hjelp var gjennomgående god, men det unntak som tidligere er beskrevet for SSA, og ved SSK ble det påvist at pasienter ved direkte oppmøte (uten etter henvisning) ble avvist.

### **3.1.3 Rett til å klage på tvangsbehandling.**

Tilsynet skulle avklare om informasjon om klageadgang sikres gitt.

Dette spørsmålet var ikke aktuelt for DPS-ene. Det var tilstrekkelig dokumentasjon på at pasientene innlagt under tvungen psykisk helsevern i akuttpostene får opplysninger om klageadgang, og om at det gis hjelp til å fremsette slik klage dersom pasienten ønsker det.

## **3.3 KONTINUITET OG SAMHANDLING**

### **3.3.1 Oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten.**

Tilsynet skulle avklare om samarbeidet er slik at tjenestetilbudet fremstår som en sammenhengende kjede, og om pasienten får tilbudet på rett nivå. i forhold til Opptrappingsplanens intensjoner.

Tilsynet viste at det gjenstår mye arbeid før psykiatrisk spesialisthelsetjeneste kan sies å fungere som en tjeneste preget av kontinuitet og samhandling.

Gjennomgående er det ikke ubetydelig avstand mellom det tilbud som DPS-ene tilbyr, og det akuttavdelingene tilbyr. Dette kan skyldes at DPS-ene ikke er godkjent for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, at forskjellene i ressursinnsats er for stor, eller at man har for dårlig kjennskap til hverandres muligheter og begrensninger. Opplysninger om overbelegg ved akuttposter, at akuttavdelinger til tider blir sittende med utskrivningsklare pasienter som ”ikke passer annet sted”, at akuttavdelinger tar imot pasienter med lettere psykiske lidelser og personer i krise, og at kommunehelsetjenesten i mange sammenhenger blir den nærmeste samarbeidspartner for akuttavdelinger underbygger dette.

Tilsynet avdekker mangler på formalisert samarbeid, og skriftlig nedfelte avtaler om ansvars- og oppgavefordeling. Det er i noen grad iverksatt tiltak for å rette på dette. Det beskrives at flere har etablert jevnlig møter mellom avdelingsoverlegene ved akuttpsykiatrisk avdeling og DPS, men tilsvarende synliggjøres ikke at er iverksatt for andre grupper personell. Fra Helsetilsynet i Vestfolds rapport siteres:

”Det er etablert et system som sikrer samhandling mellom de ulike nivåene i spesialisthelsetjenesten. Det er oppnevnt koordinator ved FAT (fylkesdekkende avdeling, red anm.) og DPSene som har telefonisk kontakt to ganger daglig. Det avholdes også ”Pasientflytmøter” hver 14.dag. PiV (Psykiatrien i Vestfold) HF, FAT, Fylkesavdeling Granli (FAG) og DPSene har også jevnlig møter på ledernivå. Referater legges ut på Intranett.”

### ***Nærmere om pasientansvarlig lege.***

Oppnevning av pasientansvarlig lege er et viktig element for at spesialisthelsetjenesten skal fremstå som et tjenestetilbud preget av samhandling og kontinuitet overfor pasienten. I noen grad fremstår det som innlysende for personalet hvem som er pasientansvarlig lege, siden de fleste enheter kun har én tilknyttet lege, men dette vil ikke alltid være like innlysende for utenforstående, enn si pasienten.

Behandleransvar fordeles i praksis mellom leger, psykologer med spesialistkompetanse, samt psykiatriske sykepleiere. Også kliniske sosionomer har i en del tilfeller primæroppfølging av pasienter. Generelt fremgår det ikke av journalene og/eller epikrisene hvem som er pasientansvarlig lege. Heller ikke fremgår det av journal hva som var grunnlaget for at enkelte pasienter hadde fått utpekt behandlere med ulik kompetanse.

Tilsynet avdekket at det var noe forvirring omkring uttrykkene ”behandlingsansvarlig” og ”pasientansvarlig” lege / person, funksjoner som kunne være sammenfallende eller ikke.

Konklusjonen er at virksomhetene har en del arbeid å gjøre med å klargjøre hva de legger i begrepet pasientansvarlig lege (PAL), og hvem som er det.

### ***Om pasienten får tilbudet på rett nivå i forhold til Opptreppingsplanens intensjoner.***

DPS Notodden har i følge tilsynsrapporten en markert profil som ”førstelinje for førstelinjetjenesten”. De har akutt plasser for personer i krise, og har et utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten. DPS-ene i Buskerud og Vestfold beskrives også å drive i samsvar med opptreppingsplanens intensjoner. Av rapportene fra tilsyn med DPS-ene ved SSHF fremgår det imidlertid at i henholdsvis Aust- og Vest-Agder drives ikke virksomhetene i henhold til opptreppingsplanens intensjoner. Dette begrunnes med at man her ikke kan se at DPS-ene fungerer som den nærmeste samarbeidspartner for kommunehelsetjenesten.

For øvrig rapporteres ulikheter i oppfatning i akuttavdelingene og DPS-ene hva gjelder hverandres ansvarsområder og muligheter for å tilby faglig forsvarlig behandling. Samtlige akuttavdelinger beretter at pasienter ikke kan skrives ut fordi det ikke finnes annet tilgjengelig tilbud som kan følge dem opp på lavere omsorgsnivå. Det vises også til avsnitt over om oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten.

Konklusjonen er at pasientene ikke er sikret tilbud på rett nivå, jfr opptreppingsplanens intensjoner, den psykiatriske spesialisthelsetjeneste sett under ett.

### **3.3.2 Individuelle planer.**

Tilsynet skulle avklare om plikten til å medvirke i arbeidet med individuell plan sikres ivare tatt.

Retten til å få utarbeidet individuell plan og den korresponderende plikten som helsetjenesten har til å utarbeide slike planer, er ved siden av pasientansvarlig lege viktige bestemmelser for å sikre ansvars plassering og et koordinert tjenestetilbud. Med unntak av Notodden DPS hadde i all hovedsak virksomhetene laget prosedyrer for opprettelse og utarbeidelse av individuell plan, og de ansatte var kjent med plikten til å medvirke i utarbeidelsen av slike planer.

Generelt kunne det imidlertid i liten grad fremlegges noen individuelle planer for pasienter som var eller hadde vært innskrevet i psykisk helsevern, heller ikke utarbeidet fra kommunen. På grunn av manglende avklaring med kommunene var det ikke klarhet omkring forventning til om det var kommunen eller spesialisthelsetjenesten som skulle ta ansvar for å initiere prosessen og lage planen.

Arbeidet er kommet kortere enn man har grunn til å forvente på dette tidspunktet. Det er imidlertid lagt et grunnlag som vil kunne bidra til at pasientens rettigheter blir oppfylt, forutsatt at systemene faktisk blir fulgt opp i praksis.

Det ble opplyst at DIPS ikke er tilrettelagt for nedtegnelse av opplysninger om individuell plan / pasientansvarlig lege på en slik måte at dette vil kunne være tilgjengelig for den som måtte ha behov for disse opplysningene.

### **3.3.3 Veiledning overfor kommunehelsetjenesten.**

Tilsynet skulle avklare om spesialisthelsetjenesten sikrer ivaretagelse av veiledningsplikten overfor kommunene.

Veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten var kjent, og på systemnivå i hovedsak forankret i DPA. Det ble fra både DPA og PSA utført veiledning overfor kommunehelsetjenesten utover det behovet som fremkom i individsaker. Det ble ikke gitt avvik på dette området, med det fremkommer gjennom tilsynsrapportene at arbeidet med fordel kan systematiseres og at forankring av ansvar for tiltak og gjennomføring bør nedfelles skriftlig.

### **3.4. Samlet vurdering av resultatene.**

Det gjøres mye godt arbeid for pasienter med psykiske lidelser i de undersøkte virksomhetene, og virksomhetene oppfyller i det alt vesentlige øyeblikkelig hjelp-plikten.

Det ble opplyst at ressursituasjonen jevnt over var bedre ved akuttavdelingene enn DPS-ene. Videre ble det opplyst at akuttpostene tok i mot lettere tilfeller enn hva tilbudet er beregnet på, og de fikk ikke skrevet ut "ferdigbehandlede" fordi der ikke var mottaksapparat, enkelte steder med overbelegg som resultat. I og med at DPS-ene ikke i tilstrekkelig grad var bygget ut til å kunne ta i mot pasienter fra akuttpostene, kan en vanskelig si at psykiatrien er bygget ut i henhold til opptrappingsplanens intensjoner. Det var tildels store forskjeller i ventetider og antall pasienter på venteliste.

Arbeidet med individuell plan er kommet kortere enn man skulle kunne forvente på nåværende tidspunkt. Krav om at det skal utpekes pasientansvarlig lege var heller ikke tilstrekkelig ivare tatt.

Psykiatriske pasienter med forbigående eller permanent redusert muligheter for full kontroll over eget liv, er mer enn noen annen pasientgruppe avhengig av at tjenestene fremstår som helhetlige og koordinerte og slik at pasienten tilbys rett behandling på rett nivå.

Opplysninger om mangelfull samhandling og sammenheng mellom tjenestetilbudene i DPS-ene og akuttavdelingene, mangelfullt arbeid med individuelle planer og manglende opplysninger om pasientansvarlig lege viser at tjenestetilbudet ikke har innrettet seg for å fungere som en sammenhengende behandlingkjede. Dette er, slik tilsynsmyndighetene vurderer det, svikt som kan få store konsekvenser for den enkelte pasient.

Det er ennå et stykke igjen før virksomhetene fremstår som lærende organisasjoner. Det er alvorlig at virksomheter, med ansvar for sårbare grupper av pasienter, i så liten grad som det man fant ved tilsynet har risikofokus på sitt kvalitetsarbeid. Tilsynet har også merket seg at slike virksomheter, som man forventer skal være i stadig endring i takt med nye krav og forventninger fra sentrale myndigheter så vel som fra samfunnet omkring, ikke i større grad har utarbeidet systemer for evaluering av egen virksomhet basert på tilgjengelig erfaringsmateriale.

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

Tilsynet omfattet 12 virksomheter fordelt på 6 helseforetak:

Hjemfylke	Helseforetak	Driftsenhet	Poliklinikk
Buskerud	Sykehuset Buskerud HF		Indremedisinsk poliklinikk
	Ringerike sykehus HF		Medisinsk poliklinikk
	Blefjell sykehus HF	Kongsberg sykehus	Indremedisinsk poliklinikk
Rjukan sykehus		Medisinsk poliklinikk	
Telemark	Sykehuset i Telemark	Skien	Lungepoliklinikken
		Kragerø	Medisinsk poliklinikk
	Vestfold	Sykehuset i Vestfold HF	Klinikk medisin
			Onkologisk poliklinikk
			Gastroenterologisk poliklinikk
Aust-Agder	Sørlandet sykehus HF	Arendal	Medisinsk poliklinikk
Vest-Agder		Kristiansand	Medisinske poliklinikker
		Flekkefjord og Farsund	Medisinsk poliklinikk

Til sammen ble det avdekket 35 avvik og gitt 17 merknader. Alle driftsenheter med unntak av Arendal fikk avdekket avvik. Alle driftsenheter ble gitt merknader.

Hovedtrekket ved avvik og merknader pekte på:

- Svikt i tilbakemeldingen til pasient og/eller lege etter vurdering.
- Mangelfull informasjon til pasientene om de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.
- Manglede informasjon til pasientene om adgangen til klage.
- Svikt i informasjonen til pasientene om fritt sykehusvalg
- Mangelfull opplysning i ventelisteregisteret om de registrerte pasientene har rett til nødvendig helsehjelp.

## **4.1 Rett til vurdering**

Det skulle undersøkes om henviste pasienter blir vurdert i henhold til myndighetskravene i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Virksomheten skal ha etablert rutiner for dette og de skal sikre at rutineene blir fulgt. Revisjonsteamet skulle særlig undersøke:

- om vurderingens innhold sikres ivaretatt i tråd med lovkravet med hensyn til registrering av henvisninger, oppfølging, vurdering og prioritering.
- om vurderingen ble foretatt av kompetent personell og om disse gis mulighet til forsvarlig vurdering med hensyn til kontinuitet og likeartet praksis
- om fristen på 30 dager sikres overholdt
- om rutineene sikrer raskere vurdering enn 30 dager der hensynet til faglig forsvarlighet tilsier det
- om tilbakemelding til henvisende instans og pasient sikres ivaretatt i henhold til kravene
- om det forekommer at virksomheten avviser henvisninger
- om virksomheten har et system for håndtering av avvik og om avviksmeldinger benyttes til forbedring av praksis.

Tilsynet resulterte i ni avvik og fem merknader totalt. Alle avvik og de fleste merknadene pekte på svikt i tilbakemeldingen til pasient og/eller lege etter vurdering. To merknader pekte på at systemet som skal sikre henvisningene blir vurdert, var sårbart. Nærmere beskrivelse av avvik og merknader for hver enkelt poliklinikk fremgår av tilsynsrapportene

Vurderingene foretas i hovedsak av kompetent og erfarent personale og godt innenfor tidsbegrensningen som følger av myndighetskravene. Det er imidlertid avdekket svakheter ved de systemer som skal sikre enhetlig vurdering og behandling av henvisningene når disse håndteres av flere leger og merkantilt ansatte. Manglen på slikt system kan true kravet til likeartet praksis.

## **4.2 Rett til nødvendig helsehjelp**

Det skulle undersøkes om pasientenes krav til nødvendig helsehjelp ble vurdert på en systematisk og forutsigbar måte slik pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften forutsetter. Det skulle også undersøkes om sykehuset informerte om utfallet av vurderingen til de som har krev på det. Det skulle særlig undersøkes:

- 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 henhold til 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

Tilsynet resulterte i 21 avvik og 9 merknader totalt. Elleve avvik pekte på mangelfull informasjon til pasienten om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Åtte avvik pekte på manglede informasjon til pasientene om klageadgangen.

Ett avvik avdekket svikt ved at pasientene ikke er sikret undersøkelse eller behandling innen tidsrammen som er gitt på bakgrunn av den faglige vurderingen  
Merknadene pekte på mangelfulle skriftlige rutiner for kriterier ved vurdering og prioritering av pasientene eller sårbarhet i gjennomføringen av rutinene.  
Nærmere beskrivelse av avvik og merknader for hver enkelt poliklinikk fremgår av tilsynsrapportene.

Alle pasienter er sikret rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-2, men begrepet ”nødvendig helsehjelp” er ikke forstått på samme måte blant det store antall leger som vurderer. Dette må sikres på en systematisk måte. Misforståelse av begrepets innhold er også den sannsynlige forklaringen på at pasientene ikke sikres informasjon om retten til klage og kreve oppfyllelse i henhold til § 7, evt. fornyet vurdering i henhold til § 2-3.

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

Det skulle undersøkes om pasienter som ble henvist til poliklinikkene på en systematisk måte ble gjort kjent med retten til fritt sykehusvalg. Sykehusene har plikt til å gi nødvendig hjelp til pasienter som ønsker at henvisningen overføres til et annet sykehus. Sykehusene har også ansvar for ventelisteføring og ventelisteoversikt. Det skulle særlig undersøkes:

- om sykehuset/helseforetaket sikrer at registrering, oppdatering og rapportering av ventelistedata skjer etter gjeldende regelverk, slik at sykehuset/helseforetaket gjennom rapporteringen yter sitt for at pasientene kan ivareta sin rett til fritt sykehusvalg
- om sykehuset/helseforetaket har et system som sikrer pasientene informasjon om fritt sykehusvalg og ventetider ved sykehuset
- om sykehuset/helseforetaket sikrer at henvendelser om valg av sykehus håndteres i henhold til pasientrettighetslovens vilkår

Tilsynet resulterte i 5 avvik og 3 merknader totalt. Avvikene pekte på svikt i informasjonen om fritt sykehusvalg for pasientene. Merknadene gjelder mangelfulle opplysninger i ventelisterregisteret om de registrerte pasientene har rett til nødvendig helsehjelp. Nærmere beskrivelse av avvik og merknader for hver enkelt poliklinikk fremgår av tilsynsrapportene.

Pasienter som henvises til poliklinikkene får ivaretatt retten til fritt sykehusvalg ved de fleste poliklinikkene. Tilsynet viste at ventelisteføringen ikke skjer på samme måte ved alle virksomheter. De data som rapporteres synes ikke å gi en reell informasjon om faktisk ventetid. Det kunne synes som om ventetiden kunne bli brukt som argument i ressursammenheng eller at kunnskap om reel ventetid påvirket forsvarlighetsvurderingen. Det er også registrert at det settes hastegrad for sikkerhets skyld som følge av at henvisningsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig og at det vil ta tid å innhente ytterligere opplysninger.

### **4.4 Samlet vurdering av resultatene.**

Hovedinntrykket er at pasientene sikres rett til vurdering og nødvendig helsehjelp. Det er imidlertid påvist svikt i tilbakemeldingen om resultatet av vurderingen til pasient og lege, og i

informasjon til pasientene om klageadgang. Det er også påvist svikt i informasjonen og ventelisteregistreringen som skal sikre pasientenes rett til fritt sykehusvalg.

Hovedmengden av avvik og merknader gjelder forhold som skyldes manglende felles opplæring av personell og manglende felles rutiner, eventuelt maler, for utgående brev. Registreringen av ventetid har mangler, blant annet på grunn av ulik praksis. Konsekvensen av påviste avvik og merknader er at pasientene ikke får oppfylt sine rettigheter i følge lovverket. Det er ikke påvist forhold som har ført til direkte helseskade.

Ved dette tilsynet synes sykehuset i Arendal å være det sykehuset som har rutiner og praksis som ligger nærmest opp til kravene i lov og forskrift.

## Kapittel 5. Samlet vurdering hva gjelder pasientrettigheter.

Samlet gir tilsynene med psykiatriske poliklinikker (DPS) og somatiske poliklinikker et bilde av at virksomhetene i liten grad har operasjonalisert begrepene ”nødvendig helsehjelp”, ”rett til vurdering” og ”rett til prioritering” ut fra forskriftens ordlyd. Flere av poliklinkkene som er revidert, har overholdt myndighetskravene ved at de har kapasitet til å ta inn pasienten til vurdering innen fastsatte 15 / 30 dager. Det er grunn til å stille seg spørrende til om virksomhetene har rutiner som sikrer lik vurdering på tvers av enheter / virksomheter slik at pasientens rettigheter sikres selv om etterspørsel overstiger kapasiteten. Dette sammen med sviktende rutiner hva gjelder opplysning om klageadgang og fritt sykehusvalg, bidrar til å svekke pasientens rettssikkerhet, og kan slik tilsynsmyndigheten vurderer det også bidra til å svekke det regionale foretaks overordnede ansvar for ”sørge-for”plikten.

Anne-Sofie D.Syvertsen  
Fylkeslege, Helsetilsynet i Aust-Agder

Svein Lie  
Fylkeslege, Helsetilsynet i Vestfold

Kristian Hagestad  
Fylkeslege, Helsetilsynet i Vest-Agder

Morten Calmeyer  
Fylkeslege, Helsetilsynet i Buskerud

Ottar Christiansen  
Fylkeslege, Helsetilsynet i Telemark

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

## ***Sørlandet sykehus HF***

### **Distriktpsykiatrisk avdeling, DPS Arendal**

#### Avvik 1:

Virksomheten er ikke innrettet slik at pasienten sikres tilbakemelding med individuell vurdering av helsetilstanden innen 30 dager, og rett prioritering.

#### Avvik 2:

Spesialisthelsetjenesten fungerer ikke som en sammenhengende tjeneste.

#### Merknad:

Virksomheten har ikke på en systematisk måte tatt i bruk tilgjengelig og relevant erfaringsmateriale i sitt kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeid.

### **Psykiatrisk avdeling Arendal**

#### Avvik 1:

Ved henvisning som ikke resulterer i innleggelse, er pasienten ikke sikret personlig undersøkelse av faglig ansvarlig med nødvendig kompetanse (spesialist).

#### Avvik 2:

Spesialisthelsetjenesten fungerer ikke som en sammenhengende tjeneste.

#### Merknad:

Virksomheten har ikke på en systematisk måte tatt i bruk tilgjengelig og relevant erfaringsmateriale i sitt kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeid.

### **Distriktpsykiatrisk avdeling, DPS Lister**

#### Avvik 1:

Virksomhetens internkontrollsystem/kvalitetssystemer er ikke revidert.

#### Avvik 2:

Virksomheten er ikke innrettet slik at pasienten sikres vurdering av helsetilstanden innen 30 virkedager, virksomheten er ikke innrettet slik at pasienten er sikret rett prioritering.

Avvik 3:

Spesialisthelsetjenesten fungerer ikke som en sammenhengende tjeneste.

Merknad 1:

Virksomheten mangler system for generell avvikshåndtering.

Merknad 2:

Det stilles spørsmål ved hvorvidt virksomheten sikrer pasienter behandling på spesialisthelsetjeneste nivå.

## **Psykiatrisk avdeling Kristiansand**

Avvik 1:

Virksomhetens internkontrollsystem/kvalitetssystemer på nivå 1 og 2 er ikke ajourført, kvalitetssystemet er ikke revidert.

Avvik 2:

Virksomheten er ikke innrettet slik at pasienten sikres vurdering av helsetilstanden innen 30 virkedager og virksomheten er ikke innrettet slik at pasienten er sikret rett prioritering.

Avvik 3:

Spesialisthelsetjenesten fungerer ikke som en sammenhengende tjeneste.

Merknad 1:

Virksomheten mangler system for generell avvikshåndtering på avdelingsnivå.

Merknad 2:

Det stilles spørsmål ved om virksomheten sikrer seg at pasienter som har prøvd å ta livet sitt, blir vurdert av personell med tilstrekkelig faglig kompetanse.

## ***Ringerike sykehus HF***

### **Ringerike DPS (RDPS)**

Avvik 1:

Ringerike sykehus HF, RDPS, mangler et system som kan bidra til å sikre at aggregerte data, tilbakemeldinger, informasjon fra enkeltsaker, avviksregistreringer m.v blir benyttet i systematisk forbedringsarbeid.

Avvik 2:

Det mangler et system som dokumenterer at nødvendig somatiske undersøkelser er gjennomført av innlagte pasienter ved Døgnavdelingen - Røyse.

Merknad 1:

Ringerike sykehus HF, RDPS, bør vurdere hva som bør iverksettes av tiltak for å sikre at det uttrykkelig fremgår av pasientjournalene, samt tilhørende epikriser, hvem som er den pasientansvarlige lege.

Merknad 2:

Ringerike sykehus HF bør vurdere hvordan samarbeids-, ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste kan bli avklart, samt hva som eventuelt må iverksettes av tiltak som kan bidra til oppfølging av pasienter på rett nivå.

## ***Sykehuset Buskerud HF***

### **Psykiatrisk avdeling**

Avvik 1:

Sykehuset Buskerud HF, Psykiatrisk avdeling, Lier, Akuttposten, G 21, må etablere et system som kan bidra til å sikre at aggregerte data, tilbakemeldinger, informasjon fra enkeltsaker, avviksregistreringer m.v blir benyttet i systematisk forbedringsarbeid.

Merknad 1:

Sykehuset Buskerud HF bør vurdere hvordan samarbeids-, ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste kan bli avklart, samt hva som eventuelt må iverksettes av tiltak som kan bidra til oppfølging av pasienter på rett nivå.

## ***Vestfold HF***

### **Tønsberg DPS**

Merknad 1:

Tønsberg DPS har innført systematiske tiltak som skal bidra til å sikre at aggregerte data, tilbakemeldinger, informasjon fra enkeltsaker, avviksregistreringer m.v blir benyttet i systematisk forbedringsarbeid. Imidlertid tyder observasjoner på at det fortsatt er behov for forbedringer av praktiseringen av systemet.

Merknad 2:

Det mangler et system som dokumenterer at nødvendige somatiske undersøkelser er gjennomført i forbindelse med mottak ved Tønsberg DPS.

Merknad 3:

Tønsberg DPS bør vurdere hva som bør iverksettes av tiltak for å sikre at det uttrykkelig fremgår av pasientjournalene, samt tilhørende epikriser, hvem som er den pasientansvarlige lege.

## **Fylkesavdeling Tønsberg (FAT)**

Merknad 1:

Psykiatrien i Vestfold HF bør vurdere om oppgave- og ansvarsfordelingen mellom FAT og DPS`ene bør presiseres og nedfelles skriftlig, utover den ”overføringsaksen” som er utarbeidet lokalt ved Akuttposten.

Merknad 2:

Det bør avklares og presiseres nærmere hvilket nivå i spesialisthelsetjenesten som i praksis skal ivareta oppgaven med å gi kommunehelsetjenesten råd og veiledning, slik at veiledningsfunksjonen faktisk blir ivaretatt.

## ***Sykehuset Telemark HF***

### **Seksjons for akuttpsykiatri**

Avvik 1:

Sykehuset Telemark HF, Seksjon for akuttpsykiatri, Post 19B mangler system som sikrer tilfredsstillende registrering og håndtering av avvik.

Merknad 1:

Akuttposten har ikke rutiner for å dokumentere i journalen hvem som er pasientansvarlig lege.

Merknad 2:

Det mangler rutiner for å sikre at pasienter blir somatisk undersøkt ved innleggelse i akuttposten.

Merknad 3:

Akuttposten mangler rutiner som sikrer at pasienter som har krav på individuell plan blir informert om sin rettighet, samt får tilbud om utarbeidelse av slike planer.

Merknad 4:

Oppgave- og ansvarsfordeling mellom postene ved Akuttseksjonen og de distriktpsykiatriske sentrene er verken tydeliggjort eller nedfelt skriftlig.

## ***Bleffjell sykehus HF***

### **DPS Notodden/Seljord, Voksenpsykiatrisk døgnavdeling (VOD) Notodden**

Avvik 1:

Det er ikke etablert system som sikrer at journal og epikrise gir opplysninger om hvem som er pasientansvarlig lege.

Avvik 2:

Det mangler et system som sikrer at nødvendige somatiske undersøkelser blir gjennomført av pasienter som innlegges ved VOD, Notodden.

Avvik 3:

Retten til fornyet vurdering og retten til fritt sykehusvalg er ikke sikret.

Avvik 4:

VOD Notodden mangler rutiner som sikrer at pasienter som har krav på individuell plan blir informert om sin rett, samt får tilbud om utarbeidelse av slike planer.

Merknad 1:

Kliniske retningslinjer er ikke integrert i virksomhetens IK-system.

Merknad 2:

Oppgave- og ansvarsfordeling mellom de distrikstpsykiatriske sentrene og seksjon for akuttpsykiatri er verken tydeliggjort eller nedfelt skriftlig.

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

### ***Sykehuset Buskerud HF***

#### **Indremedisinsk poliklinikk**

##### Avvik 1:

Etter at vurdering er foretatt gis det kun tilbakemelding til pasienten, ikke også til henvisende lege.

##### Avvik 2:

Med unntak av tilfeller som haster sikres ikke pasienter undersøkelse og behandling innenfor den tidsramme som er gitt på bakgrunn av den faglige vurderingen.

##### Avvik 3:

Sykehuset Buskerud HF, Medisinsk poliklinikk, sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

##### Avvik 4:

Pasientene som henvises til Sykehuset Buskerud HF, Medisinsk poliklinikk, informeres ikke om klageadgang.

##### Merknad 1:

Skriftlige kriterier for vurdering og prioritering av pasienter som henvises til Sykehuset Buskerud, Medisinsk poliklinikk, foreligger ikke.

### ***Ringerike sykehus HF***

#### **Medisinsk poliklinikk**

##### Avvik 1:

Det gis ikke tilbakemelding til både pasient og henvisende lege om at vurdering er foretatt.

##### Avvik 2:

Ringerike sykehus HF, Medisinsk poliklinikk, sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Avvik 3:

Pasientene som henvises til Ringerike sykehus HF, Medisinsk poliklinikk, informeres ikke om klageadgang.

Avvik 4:

Ringerike sykehus HF, Medisinsk poliklinikk, sikrer ikke at alle pasienter gis informasjon om retten til fritt sykehusvalg

## **Blefjell sykehus HF**

### **Driftsenhet Kongsberg, indremedisinsk poliklinikk**

Avvik 1:

Etter at vurdering er foretatt gis det kun tilbakemelding til pasienten, ikke også til henvisende lege.

Avvik 2:

Kongsberg, Medisinsk poliklinikk, sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ikke

Avvik 3:

Pasientene som henvises til Kongsberg, Medisinsk poliklinikk, informeres ikke om klageadgang.

Avvik 4:

Plikt til å informere om fritt sykehusvalg ivaretas ikke.

Merknad 1:

Kongsberg, Medisinsk poliklinikk, har et sårbart system for å sikre at mottatte henvisinger blir vurdert.

Merknad 2:

Skriftlige kriterier for vurdering og prioritering av pasienter som henvises til Kongsberg, Medisinsk poliklinikk, foreligger ikke.

### **Driftsenhet Rjukan, indremedisinsk poliklinikk**

Avvik 1:

Det gis ikke tilbakemelding til både pasient og henvisende lege om vurdering er foretatt og hva som er resultatet av vurderingen.

Avvik 2:

Blefjell sykehus HF, Driftsenhet Rjukan, medisinsk poliklinikk sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller om de ikke har slik rett.

Avvik 3:

Pasientene som henvises til Blefjell sykehus HF, Driftsenhet Rjukan, medisinsk poliklinikk, informeres ikke om klageadgang.

Avvik 4:

Blefjell sykehus HF, Driftsenhet Rjukan, medisinsk poliklinikk sikrer ikke at alle pasientene gis informasjon om retten til fritt sykehusvalg.

Merknad 1:

Prioriteringsforskriften og skriftelige retningslinjer for vurdering og prioritering av pasienter som henvises til Blefjell sykehus HF, Driftsenhet Rjukan, medisinsk poliklinikk synes å være lite kjent.

## **Sykehuset Telemark**

### **Lungemedisinsk poliklinikk**

Avvik 1:

Det gis ikke alltid tilbakemelding til både pasient og henvisende lege om vurdering er foretatt og hva som er resultatet av vurderingen.

Avvik 2:

Sykehuset i Telemark HF, sikrer ikke at pasienter som er tildelt time på lungepoliklinikken får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp

Avvik 3:

Pasientene som henvises til Sykehuset i Telemark HF, lungepoliklinikken, informeres ikke om klageadgang.

Avvik 4:

Sykehuset i Telemark HF, sikrer ikke at pasienter som har fått time på lungepoliklinikken, gis informasjon om retten til fritt sykehusvalg.

Merknad 1:

Sykehusets retningslinjer for behandling av henvisninger (datert 17.10.2002) omtaler ikke kriterier for prioritering av pasienter som henvises.

### **Driftsenhet Kragerø, medisinsk poliklinikk**

Avvik 1:

Det gis ikke tilbakemelding til både pasient og henvisende lege om vurdering er foretatt og hva som er resultatet av vurderingen.

Avvik 2:

Sykehuset i Telemark HF, Kragerø, medisinsk poliklinikk sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller om de ikke har slik rett.

Avvik 3:

Pasientene som henvises til Sykehuset i Telemark HF, Kragerø sykehus, medisinsk poliklinikk informeres ikke om klageadgang.

Avvik 4:

Sykehuset i Telemark HF, Kragerø, medisinsk poliklinikk, sikrer ikke at pasienter gis informasjon om fritt sykehusvalg.

Merknad 1:

Den sjekklisten (rubrikkene på stempelet) som brukes når henvisningen skal vurderes, dekker ikke alle ledd i henvisningsprosessen.

Merknad 2:

Unntaksvis foretas vurderingen av personell som ikke er spesialist i indremedisin.

Merknad 3:

Sykehusets retningslinjer for behandling av henvisninger til Sykehuset i Telemark HF av 17.10.02 omtaler ikke kriteriene for prioritering av pasienter som henvises til Sykehuset Telemark HF, Kragerø, medisinsk poliklinikk.

## ***Sykehuset i Vestfold HF***

### **Medisinsk poliklinikk, Larvik**

Avvik 1:

Det er ikke etablert et system som sikrer vurdering og oppfølging av henvisninger. Vi viser til omtalen i avsnitt 5.1.1 nedenfor.

Avvik 2:

Medisinsk poliklinikk, Larvik sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Avvik 3:

Pasientene som henvises til medisinsk poliklinikk, Larvik informeres ikke om klageadgang.

Merknad 1:

Skriftlige kriterier for prioritering av pasienter som henvises til medisinsk poliklinikk, Larvik foreligger ikke.

### **Gastroenterologisk poliklinikk**

Avvik 1:

Gastroenterologisk poliklinikk sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Avvik 2:

Pasientene som henvises til gastroenterologisk poliklinikk informeres ikke om klageadgang.

Merknad 1:

Systemet som skal bidra til å sikre vurdering og oppfølging av henvisninger er sårbart.

Merknad 2:

Skriftlige kriterier for prioritering av pasienter som henvises til gastroenterologisk poliklinikk foreligger ikke.

Merknad 3:

Ved gastroenterologisk poliklinikk ble det fremlagt liste over pasienter på venteliste hvor registrerte opplysninger om mottatte henvisninger som ikke var i samsvar med tilsvarende dato som var registrert i pasientjournalen.

## **Onkologisk poliklinikk**

Avvik 1:

Onkologisk poliklinikk sikrer ikke at pasienter får informasjon om at de er vurdert til å rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Avvik 2:

Pasientene som henvises til onkologisk poliklinikk informeres ikke om klageadgang.

Merknad 1:

Henvisende lege får ikke tilbakemelding umiddelbart etter at vurdering er foretatt.

Merknad 2:

Skriftlige kriterier for prioritering av pasienter som henvises til onkologisk poliklinikk foreligger ikke.

## **Sørlandet sykehus HF**

### **Medisinske poliklinikker, Arendal**

Merknad1:

Henvisningene vurderes fortløpende, og det gis stort sett adekvat tilbakemelding til lege og pasient. Ventebrev går både til pasient og henvisende lege, mens timebrev kun går til pasienten. Denne praksis er sårbar mht. kravet om 30 dagers tilbakemeldingsfrist til pasient og henvisende lege, og sikrer ikke at også henvisende lege rutinemessig får tilbakemelding uansett hvilken type brev som sendes ut.

Merknad 2:

Rutinene for å sikre at pasienter får vurdering, avgjørelse og informasjon om de er rettighetspasienter eller ikke, herunder at de kan påklage et eventuelt avslag på rett til helsehjelp, er bare delvis implementert

Merknad 3:

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

## **Medisinske poliklinikker, Kristiansand**

Avvik 1:

Den tilbakemeldingen som gis til pasient og henvisende lege, har ikke opplysninger om det er foretatt en vurdering av pasientens helsetilstand og om det er nødvendig med helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Avvik 2:

Det blir ikke foretatt en individuell vurdering av om pasienter er rettighetspasienter, dvs om de har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Merknad 1:

som benyttes for prioritering Det systemet av pasienter, er sårbart med hensyn til å sikre rett prioritering.

Merknad 2:

Ventelistene mangler opplysninger om de registrerte pasientenes rettighetsstatus.

## **Medisinsk poliklinikk, Farsund og Flekkefjord**

Avvik 1:

Den tilbakemeldingen som gis til pasient og henvisende lege, har ikke opplysninger om det er foretatt en vurdering av pasientens helsetilstand og om det er nødvendig med helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

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 på en slik måte til at de kan ivareta sin rett til fritt sykehusvalg.