



Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND S

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2017/1543

Dato
20.06.2017

Rapport fra tilsyn med tilsyn med polikliniske spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse (ROP) ved Sørlandet Sykehus HF, DPS Solvang

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Sørlandet Sykehus HF (SSHF), DPS Solvang 19.-21.04.17. Vi undersøkte om helseforetaket sørger for at pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse får forsvarlig utredning og et helhetlig behandlingstilbud. Det er allmennteam ved DPS Solvang poliklinikk Fylkesmannen har ført tilsyn med.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Vi har i dette tilsynet hatt med fagrevisor med kompetanse innen psykiatri, og rus- og avhengighetsbehandling. Vi har også hatt med revisor med brukererfaring i revisjonsteamet.

Tilsynet har hatt fokus på om poliklinikken sørger for en god utredning, og gir et samordnet og helhetlig behandlingstilbud til pasienter som har samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Vi har også sett på hvordan kravet til brukermedvirkning ivaretas, og vi har undersøkt hvordan barn som pårørende blir kartlagt og ivarettatt.

DPS Solvang allmennteam har skriftlige rutiner for utredning og behandling. De har ansatte med høy kompetanse, og det gjøres en systematisk jobb med utredning av psykiske lidelser. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig fokus på kartlegging og utredning av mulig samtidig ruslidelse. Somatisk helsetilstander og psykososiale forhold som kan påvirke psykisk helse og fungering, kartlegges og vurderes også i for liten grad. DPS Solvang har klare rutiner og prosedyrer på de områdene tilsynet undersøkte, også når det gjelder kartlegging og ivarettelse av barn som pårørende. Vedtatte rutiner er ikke tilstrekkelig kjent og de følges i varierende grad. Ledelsen følger ikke med på at vedtatte rutiner innarbeides og følges, og dette fører til store forskjeller i praksis fra behandler til behandler på alle områder tilsynet undersøkte. Det mangler også system for å evaluere og eventuelt forbedre rutiner og prosedyrer.

Tilsynet fant at det var uklarhet når det gjaldt ansvarsfordeling mellom DPS og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling når det gjaldt hvem som har ansvar for pasienter med lettere psykiske lidelser og rusproblemer. Dette øker risikoen for at enkelte pasienter ikke får rett hjelp til rett tid.

Mangelen på internkontroll og uklarhet rundt ansvarsfordeling gjør at det i tjenestene til pasientgruppen vi undersøkte er uakseptabel stor fare for svikt, og vi fant i tilsynet også eksempler på at det har sviktet. Mangelen på styring gjør at det blir personavhengig om tjenestene fungerer som forutsatt, og det sikres ikke at tjenestene til enhver tid er forsvarlige.

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

- DPS Solvang sikrer ikke at pasienter med mulig samtidig ruslidelse utredes i tilstrekkelig grad. Disse pasientene får derfor ikke alltid tilbud om samordnet og/eller integrert behandling.
- DPS Solvang sikrer ikke tilstrekkelig ivaretagelse av mindreårige pårørende.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Tilsynsmyndighetens konklusjon
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

1 Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Psykiske lidelser og ruslidelser inngår ofte i et komplekst samspill der symptomer kan forveksles, tildekkes, forverres eller utløses gjensidig. For å kunne gi virkningsfull helsehjelp, er det en forutsetning at pasientene er tilstrekkelig utredet for både psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk. Tilsynsmyndigheten har derfor undersøkt om helseforetakene legger til rette for og følger opp at disse pasientene i DPS poliklinikk får forsvarlige tjenester som kjennetegnes av:

- samordnet og helhetlig tilnærming til psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse
- tilpasning til pasientenes lidelser og forventninger der pasientene får mulighet til å medvirke
- kvalitet og fremdrift i arbeidet
- tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet
- nødvendig samhandling mellom personell på ulike organisatoriske nivåer

Tilsynet er inndelt etter sentrale faser i et behandlingsforløp:

- **Utredning**

Vi undersøkte om følgende inngår i en systematisk kartlegging av pasienter i DPS poliklinikk:

- eventuelle rusmiddelproblemer
- pasientenes motivasjon for endring
- somatisk helse
- pårørende/nettverk, boforhold, økonomiske vansker og arbeid/aktivitet
- mindreårige barn og deres behov for tiltak/oppfølging
- samarbeid og samhandling med andre instanser
- risikoatferd (selvmord, vold og overdose)

I tillegg undersøkte vi om pasienter som ikke møter til konsultasjoner følges opp.

Dersom utredning er foretatt av andre instanser, skal behandler undersøke om informasjonen er tilstrekkelig, oppdatert og gyldig, og om noe mangler. DPS skal ha etablert rutiner for gjennomføring og journalføring av de konkrete utredningene. Disse skal være kjent, forstått og innarbeidet i praksis av alt personell som deltar i utredningsarbeidet.

- **Diagnostisering**

Vi undersøkte om diagnostiseringen er basert på informasjon som kommer frem i utredningen, om diagnoser gjennomgående settes innen 3 måneder etter påbegynt utredning og om ruslidelser blir diagnostisert.

Ledelsen på ulike organisatoriske nivåer skal legge til rette for og følger opp at diagnostiseringen utføres av kompetent personell og uten unødig opphold.

- **Behandling**

Vi undersøkte om planer for behandling utarbeides så snart det foreligger nødvendig informasjon fra utredningen og om pasientene får samordnet og/eller integrert behandling for samtidig psykisk lidelse og ruslidelse.

- **Avslutning av behandling**

Vi undersøkte om pasientene gis informasjon og får mulighet til å medvirke ved avslutning av behandling, og om avslutning av behandlingen er basert på en vurdering av pasientenes behov og måloppnåelse. Vi har videre sett på om oppfølgende instans får informasjon om pasientene der pasientene samtykker til slik oppfølging.

Vi har undersøkt om pasientene får mulighet til å medvirke i hele behandlings-forløpet.

Tilsynet omfattet pasienter i DPS poliklinikk med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblematikk i form av behandlingstrengende rusmiddelproblemer, uavhengig av om rusmiddelproblemet kan defineres som en ruslidelse (skadelig bruk og/eller avhengighet). Med rusmidler mener vi alkohol, vanedannende legemidler (feil bruk/overforbruk), illegale rusmidler og anabole steroider.

Det er allmennteam ved DPS Solvang poliklinikk Fylkesmannen har ført tilsyn med. Tilsynet forutsetter at de psykiske lidelsene utredes og behandles adekvat, og har i dette tilsynet hatt fokus på om komorbide tilstander identifiseres, utredes og behandles.

2 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, etter helsetilsynsloven § 2.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Ved tilsynet står kravet om forsvarlig virksomhet inkludert virksomhetenes plikt til systematisk styring sentralt. Det samme gjelder kravet om pasientmedvirkning.

Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-2, er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf. <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>. Helsedirektoratet har utarbeidet flere publikasjoner som er aktuelle for dette tilsynet:

- *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948)* – heretter kalt ROP-retningslinjen
- *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388)*
- *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)*
- *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger (IS-1925)*
- *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)*
- *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (IS-2211)*
- *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*
- *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)*
- *Vurdering av risiko for voldelig atferd (IS-9/2007)*

Helsetjenesten bør etterstrebe å yte tjenester som er i tråd med slike publikasjoner, men ofte vil det være et handlingsrom hvor helsehjelpen fortsatt vil kunne være forsvarlig selv om praksis avviker noe fra gitte anbefalinger.

Plikten til systematisk styring

Ny forskrift ble fastsatt ved kongelig resolusjon 28. oktober 2016 og trådte i kraft den 1. januar 2017: *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. I praksis er ikke dette nye krav, men presiseringer av kravene i forskrift om internkontroll i helse- og

omsorgstjenesten, som gjaldt tidligere. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

- Helsetjenesten er pålagt å sikre forsvarlige tjenester gjennom sin styring. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Pasientmedvirkning

Forventningene til brukermedvirkning går frem av *pasient- og brukerrettighetsloven* og *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Pasientene skal få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasientene har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester.

Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand, jfr. helsepersonelloven (hpl) § 10a.

Virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det betyr i praksis at de skal ha etablert rutiner som sikrer kartlegging av mindreårige barn, når tiltak skal iverksettes overfor pasientenes mindreårige barn, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de ansatte går frem, jf. hpl § 16.

Rundskriv IS- 5/2010 gir utfyllende veiledning for hvordan barn som pårørende skal ivaretas.

Basert på kravene beskrevet ovenfor, må blant annet dette kunne forventes av forsvarlige spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig ruslidelse:

- Ledelsen ved DPS sørger for innarbeidede rutiner for;
 - systematisk utredningspraksis inkludert avdekking av mulige ruslidelser hos pasientene
 - oppfølging og diagnostisering av identifisert rusmiddelproblematikk
 - kartlegging og vurdering av somatisk helse, risikoatferd og psykososiale forhold
 - planlegging og gjennomføring av samordnet og/eller integrert behandling
 - avslutning av behandling, herunder avslutningssamtale
 - pasientmedvirkning i behandlingsforløpet
 - identifisering, kartlegging og oppfølging av barn som pårørende
- Ledelsen ved DPS følger opp at rutinene fungerer og etterleves, og iverksetter nødvendige tiltak dersom det har utviklet seg en uønsket praksis.

- Helseforetaket sørger for sammenheng i behandlingen av psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematikk:
 - Nødvendig spesialistkompetanse er tilgjengelig i hele pasientforløpet, uavhengig av om kompetansen finnes i DPS eller TSB.
 - Ansvar- og oppgavefordeling mellom PHV og TSB er avklart, uavhengig av om TSB er organisert i eller utenfor helseforetaket.
 - Helseforetaket legger til rette for og følger med på at nødvendig samhandling og kompetanseutveksling fungerer.

- DPS preges av en åpenhetskultur der det er trygt å melde fra om feil, mangler og uønskede hendelser, og der ledelsen bruker slik informasjon til kontinuerlig forbedring.

3 Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan tjenestene var organisert, virksomhetens tiltak for å sørge for at lovgivningen blir overholdt og virksomhetens praksis.

Organisering av virksomheten:

DPS Solvang er organisert som en avdeling i Klinikk for psykisk helse rus og avhengighetsbehandling (KPH). Avdelingen består av poliklinikk, døgnpost og en merkantil enhet. Avdelingsleder har medisinsk- og psykologfaglig rådgiver tilknyttet.

Poliklinikken ved DPS Solvang er inndelt i fire team; gruppeteam, allmennteam, FACT-team og FACT dagtilbud. Enhetsleder har administrativt ansvar, mens ansvar for fagutvikling er lagt til teamledere på de ulike team. Allmennteam ledes av psykologspesialist, og har 18,2 årsverk fordelt på følgende fagstillinger: 2,8 overleger, 3 LIS-leger (varierende om alle er besatt), 15,5 psykolog/psykologspesialist/psykologer, 1 psykiatrisk sykepleier og 1 sosionom. Allmennteam er delt opp i tre ulike fagteam. Sosionom er utpekt til å være barneansvarlig.

Kompetanse:

De aller fleste av de høyskoleutdannede ansatte, har tilleggsutdanning med inntil 5 års varighet. To psykologer er sertifiserte EMDR-terapeuter, og én psykologspesialist har startet denne utdanningen. Flere behandlere har 4 års videreutdanning i affektbevissthetsterapi med professor Jon T Monsen. Det finnes kompetanse på psykodynamisk psykoterapi, gruppeanalyse og skjemat terapi i poliklinikken. Psykologer i spesialisering har gruppeveiledning og individuell veiledning av psykologspesialist.

LIS-legene deltar i undervisningsprogrammet som er felles for DPS og Psykiatrisk avdeling. Ved DPS Solvang får de 1 time klinisk veiledning pr uke hos spesialist. De deltar ved de årlige seminarene som arrangeres ved DPS-et, samt ved poliklinikkens internundervisninger som arrangeres tilnærmet ukentlig. De gis også tilbud om å hospitere en uke på Familie-poliklinikken og i gruppeteamet for å få kjennskap til dette. Tilbud også om å delta som observatør for OCD-gruppebehandling.

DPS Solvang har hatt godkjent utdanning for ett års tjeneste i poliklinikk, 9 måneder fordypning i angstlidelser og 9 måneder i rehabilitering (FACT).

Internt samarbeid i DPS poliklinikk

Det avholdes teammøter hver uke. På disse møtene er det anledning til å drøfte enkeltsaker; diagnostisering, behandlingsplan kan tas opp i disse møtene m.v. Det føres ikke referat fra disse møtene, det er opp til hver enkelt behandler hva som tas opp og hva som journalføres. Intern rutine (KPH 2.4.6-2) vektlegger at spesialist skal sikre at utredning, diagnostisering og behandlingsopplegg er adekvat, og viktigheten av dokumentasjon fra møtene/veiledning er presisert.

Det er felles poliklinikk møte hver uke. Her er det anledning til å ta opp ulike faglige temaer m.v. Det har vært gitt undervisning om bl.a førerkortregler, hasjavenning og barn som

pårørende siste år. Det føres referat fra disse møtene, og det forventes at de som ikke er til stede leser disse.

Alle ikke-spesialister og høyskoleutdannende har veiledning med spesialist. Innkomstnotat og epikriser skrevet av ikke-spesialister kontraseres av spesialist.

Det er ikke lagt opp til systematisk kompetanseutveksling mellom DPS og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA).

Internt samarbeid i KPH

Avdelingsleder møter klinikkledelse og andre avdelingsledere i KPH i ledergruppa. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) er organisert i samme klinikk, men fysisk lokalisert på annet sted.

Det er ikke faste møtepunkter for enhetsledere innen KPH, herunder DPS og ARA, utover at avdelingsledere møter i klinikkens ledergruppe. Det samarbeides med andre avdelinger, f.eks. ARA i enkeltsaker. Få behandlere hadde samarbeidet med ARA siste året, og ingen hadde pasienter som fikk behandling begge steder. Informasjon fra ARA viser at DPS ikke benytter ruskompetanse derfra i utredning og/eller det diagnostiske arbeidet. Flere intervjuer ved DPS bekreftet at det er uenighet om hvem som har ansvar for utredning/behandling når pasienten har samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Flere beskrev eksempler på at pasienter ble henvist frem og tilbake mellom de ulike avdelingene.

Eksternt samarbeid

Det samarbeides med kommunale instanser i enkeltsaker. Det er ingen faste møtearenaer eller rutiner for eksternt samarbeid med kommunale tjenester/NAV. Journalgjennomgang og intervjuer bekrefter at dette gjøres i liten/varierende grad.

Dette er opp til den enkelte, og intervjuer bekreftet at det er stor ulikhet i praksis når det gjelder dette. Det er ikke rutiner for å samarbeide med fastlege eller innhente supplerende informasjon når det gjelder somatisk helse. Fastlege informeres om avslutning av behandling via epikrise. Vi har i tilsynet ikke undersøkt om epikrise sendes ut etter fastsatte frister. Ingen pasienter vi undersøkte hadde individuell plan, 1 av 15 hadde ansvarsgruppe.

Funn fra dokumentasjonsgjennomgang og intervjuer

- Rutine for «Utredning og behandling av voksne pasienter i KPH» beskriver hvilke systematisk utredning som forventes gjort i klinikken, og rutine for elektronisk skåringsverktøy utdyper dette. «Standard utredning voksen» gir nærmere føringer for utredning i DPS. Innkomstnotat presiserer hvilke områder som skal kartlegges/utredes, og det er lagt inn sjekklisterpunkter for de ulike områdene som skal kartlegges. Innkomstnotatet dekker alle områder av utredningen tilsynet har sett på.
- Innkomstnotatet er mangelfullt utfyllt i flertallet av journalene tilsynet gjennomgikk.
- MINI brukes for å kartlegge rusproblematikk. AUDIT/DUDIT brukes ikke systematisk som screeningsverktøy. Oppsummering av MINI manglet i flere av journalene vi undersøkte.

- AUDIT/DUDIT brukes unntaksvis, og da ved allerede mistanke om rusmiddelbruk. Det var ikke gjennomført AUDIT/DUDIT på pasientene vi undersøkte.
- I 13 av 15 journaler har ikke DPS fulgt opp mulig rus- og avhengighetsproblematikk hos pasientene med en mer systematisk utredning.
- I 1 av 15 journaler var det journalført at rusmiddelbruk og motivasjon for endring tematisert i samtale.
- Intervju med brukere bekreftet at mulig rusproblematikk ikke alltid kartlegges/ utredes/følges opp.
- I 14 av 15 journaler kan ikke tilsynet se at DPS har kartlagt/utredet pasientens somatiske helse i tilstrekkelig grad. Intervjuer med brukere og ansatte ved DPS bekrefter dette.
- Det er ikke journalført om mottatt informasjonen om somatisk helse anses å være tilstrekkelig, oppdatert og gyldig.
- Medisinlister stemmer ofte ikke med faktisk bruk/rekvirering fra fastlege.
- Journalgjennomgangen og intervjuene viser at sosiale og økonomiske forhold kartlegges i liten grad. 1 av 15 pasienter hadde fått en fullstendig kartlegging.
- I 1 av 15 journaler er relevante instanser kartlagt. Samarbeid med andre instanser er i liten grad systematisert.
- Klinikken har rutiner for risikovurderinger, og alle som tas i mot til utredning/og eller behandling ved KPH skal kartlegges rutinemessig i forhold til risikofaktorer for selvmord og voldelig atferd. Ved indikasjon skal det gjøres en mer grundig vurdering.
- Det foreligger ikke rutiner for å vurdere overdoserisiko.
- I 3 av 15 journaler foreligger ikke opplysninger om selvmordsrisiko i utredningsfasen.
- Tilsynet har ikke funnet at voldsrisiko og overdoserisiko har vært utredet i noen av de journalene vi har sett på, heller ikke der det er en tydelig indikasjon (2 av 15 pasienter) på at det burde gjøres.
- I 9 av 15 journaler foreligger ikke fullstendige behandlingsplaner.
- I 11 av 15 journaler er det ikke dokumentert at spesialist har vært involvert i diagnostisering.
- Pasientens pårørende/nettverk er journalført i inkomstnotat i 12 av 15 journaler.
- Om pasienten har mindreårige barn ble kartlagt ved inkomst. Intervjuene viste ulik praksis for å følge opp mindreårige barn som pårørende, det var uklart for de ansatte hvordan dette skulle følges opp.
- DPS har utpekt en barneansvarlig, og barn som pårørende har vært tema på poliklinikk møte siste året. Det er utarbeidet interne rutiner for kartlegging og oppfølging av barn som pårørende.
- Intervjuer viste at barneansvarlig i liten grad ble brukt/kontaktet selv om pasienten hadde mindreårige barn. Det var ikke journalført at det var gjort vurderinger knyttet til behov for oppfølging eller at det var gitt oppfølging til barn.
- I 5 av 15 journaler var det pasienter som hadde mindreårige barn, i ett tilfelle var det fylt ut skjema for kartlegging av mindreårige barn. I intervjuene ble det bekreftet at dette skjema ikke fylles ut. Vi fant heller ikke opplysninger om barna og/eller om det var gjennomført barnesamtale i F5-bildet i DIPS, jf. intern rutine.

Pasientinvolvering/medvirkning

- Intervjuer og journalgjennomgang bekrefter at pasienter blir involvert i utarbeidelse av behandlingsplaner.
- I intervju med pasientene oppgir flere at det ikke er tatt hensyn til deres ønsker om behandlingsform, og de opplever at dette ikke er tilstrekkelig begrunnet.
- Enkelte pasienter opplever å måtte avslutte behandling ved DPS mot eget ønske i forbindelse med at behandler slutter.
- Det gjøres ikke systematisk pasientevaluering av behandlingen. Dette er opp til den enkelte behandler, og det er ulik praksis.

Internkontroll

Det fremgår at det er uklart hvem som har ansvar for utredning og behandling av pasienter med lettere psykiske lidelser og mulig samtidig ruslidelse. Informasjon fra ARA og ansatte ved DPS beskriver at det ikke er klarlagt ansvars- og oppgavefordeling mellom DPS Poliklinikk og ARA. KPH arbeider med «behandlingslinje» som skal klargjøre ansvarsfordeling og etterkomme kravene i ROP-retningslinjen. DPS og ARA er representert i dette arbeidet.

SSHF benytter «den danske kvalitetsmodell» (DDKM), et dansk system for enhetlig rapportering, dokumentasjon og prosedyrer i helsevesenet. Ek-Web er den elektroniske prosedyrehåndboken for SSHF. Her legges standarder og prosedyrer for det daglige arbeidet, stillingsinstruksjer, HMS-arbeid m.v. Ansatte forventes å sette seg inn i de til enhver tid gjeldende prosedyrer på Ek-Web. Det skal regelmessig gjennomføres selvevalueringer med påfølgende utarbeidelse av handlingsplaner i alle avdelinger.

Det er utarbeidet hefte for nytilsatte på DPS med praktisk informasjon og henvisning til Ek-Web. Denne er i tillegg til mer overordnet prosedyre på foretaks-/klinikknivå. Nytilsatte gis praktisk opplæring i hvordan Ek-Web, DIPS m.v fungerer, og forventes å sette seg inn i gjeldende rutiner og prosedyrer på egenhånd. Det er ikke et system for å sjekke ut om ansatte har lest nye rutiner, møtereferater o.l.

Det er utarbeidet relevante rutiner på områdene Fylkesmannen førte tilsyn med, liste over rutiner og prosedyrer vi har gjennomgått i tilsynet ligger vedlagt.

Det gjennomføres årlige journalgjennomganger der ulike indikatorer sjekkes. I 2016 ble 5 journaler ved DPS Solvang gjennomgått. Det fremgår ikke hvem som har ansvar for å følge opp eventuelle avvik i journalgjennomgangen og hvordan det brukes i forbedringsøyemed.

Journalgjennomgang og intervjuer med de ansatte bekrefter ulik praksis, og at rutiner og prosedyrer følges i ulik grad. De ansatte kjenner ikke til at noen følger med på om rutiner følges og de gjør det de skal med hensyn til utredning, journalføring m.v.

Det er i DPS ikke definert klart hvem som har ansvar for

- implementering av rutiner og retningslinjer m.v
- å sørge for at disse følges
- evaluere om rutiner og prosedyrer fungerer etter hensikt

SSHF bruker TQM som avvikssystem, og har etablerte rutiner for å følge opp avvik. Ansatte i DPS Solvang har ikke fått opplæring i hvordan avvikssystemet skal brukes, og det er ikke en omforent forståelse for hva som skal meldes som avvik. Ingen vi intervjuet i tilsynet har meldt avvik siste to år.

4 Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

«Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» gir sentrale anbefalinger når det gjelder utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser og mulig samtidig ruslidelse. Samordnet og/eller integrert behandling av psykisk lidelse og samtidig ruslidelse er avhengig av at ruslidelser identifiseres. Dette må gjøres gjennom gode utredninger, uavhengig av organiseringen av tjenestetilbudet. Tilsynet har derfor hatt særlig fokus på oppstartsfasen i pasientforløpet. I poliklinikk finner man en bred pasientgruppe med psykiske lidelser av alle alvorlighetsgrader. Forekomsten av samtidig rusmiddelproblematikk er statistisk sett særlig høy hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men også pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser kan ha rusmiddelproblemer som vil ha innvirkning på sykdomsbilde, behandlingsplan og prognose. Pasientene med mindre alvorlige lidelser kan fremstå som velfungerende på flere områder, og den samtidige problematikken kan være vanskeligere å avdekke. Tilnærmingen i DPS til avdekking og utredning av samtidig rusmiddelproblematikk må være lik for alle pasienter.

Alle pasienter som tas inn i DPS må kartlegges systematisk med hensyn til rusmiddelbruk. I ROP-retningslinjen anbefales bruk av AUDIT eller CAGE for å avdekke eventuelt skadelig bruk/avhengighet til alkohol, og DUDIT for å avdekke eventuelt skadelig bruk/avhengighet til narkotiske stoffer eller legemidler.

KPA har rutiner for utredning av voksne pasienter som tas inn til behandling, og oppdatert versjon av disse er tilgjengelig for alle ansatte på Ek-Web. DPS Solvang har rutiner for hva som skal inngå i en standard utredning. Det skal rutinemessig utføres MINI/MINI PLUS på alle pasienter, i rutineene sier at det ved mistanke om rusmiddelavhengighet bør gjennomføres AUDIT og DUDIT. Det er utarbeidet mal til et inntakstnotat der det stikkordsmessig fremgår de elementer som må kartlegges i forbindelse med inntakst/utredning. De ulike områdene vi i tilsynet har sett på om er kartlagt er i stor grad ivaretatt i disse stikkordene, og rutineene bygger i stor grad på nasjonale retningslinjer. Dokumentasjon på at MINI var gjennomført og vurderingen av denne manglet i flere journaler, og det var ikke gjennomført AUDIT/DUDIT selv om det kom frem i henvisning eller samtaler at pasienten brukte rusmidler.

AUDIT/DUDIT er gode screeningsverktøy som i utgangspunktet anbefales brukt systematisk på alle, og ikke bare der det allerede er mistanke om at det foreligger rusmiddelproblemer. Det er ikke et krav til at DPS skal bruke disse verktøyene. Kartleggingen kan også gjøres i form av en systematisk klinisk samtale, med tilnærming tilsvarende de anerkjente kartleggingsverktøyene. Journalgjennomgang og intervjuer viser at det er store forskjeller i hvordan inntakstnotatet er fylt ut, og hvor stort fokus det er på de ulike deler av utredningen.

Der det er avdekket mulig rusmiddelproblematikk hos pasientene må dette følges opp med en systematisk utredning av rusmiddelproblemet for å forstå problemets alvorlighetsgrad, herunder om det foreligger tegn på skadelig bruk og/eller avhengighet som kvalifiserer til en

rusdiagnose. Rusmiddelbruk kan utløse psykisk lidelse, bidra til symptomforverring og/eller redusere effekt av behandling. Det kan være vanskelig å vurdere om psykiske symptomer skyldes psykisk lidelse, bruk av rusmidler eller abstinens. Ved et uavdekket eller oversett rusmiddelproblem kan pasientenes helse forverres, eller rusmiddelproblemet kan forhindre bedring av den psykiske lidelsen.

Ved positivt svar på bruk av ett eller flere rusmidler, må det derfor gjøres en systematisk undersøkelse av bruksmønsteret for hvert av rusmidlene. Det må også gjøres en grundig kartlegging/vurdering når det gjelder vanedannende legemidler forskrevet fra lege og bruk av anabole steroider. Det er f.eks ikke tilstrekkelig å spørre hvor ofte pasienten drikker alkohol. Det bør det undersøkes hvor mange alkoholenheter som typisk inntas når pasientene drikker og hvor ofte dette gjentar seg (daglig, flere ganger per uke osv.). Videre bør det undersøkes hvor ofte pasientene ikke har klart å stoppe etter påbegynt drikking, og hvor ofte pasientene ikke husker hva som hendte kvelden før på grunn av alkoholbruk. Det bør også undersøkes hvor ofte pasientene har startet dagen med alkohol, hvor ofte de ikke har fått utført viktige oppgaver knyttet til familie/barn og/eller arbeid, og om pasientene eller andre har kommet til skade som følge av drikkingen. Videre bør det undersøkes om pasientene har skyldfølelse for rusmiddelbruken, eller om andre er bekymret for bruken. Andre aktuelle spørsmål er om pasientene har vært påvirket av alkohol ved eventuell selvskaading eller selvmordsforsøk, eller om pasientene blir aggressive eller har vært involvert i voldsepisoder ved bruk av alkohol. Det bør også undersøkes om pasientene har tegn til abstinens når de ikke har tilgang til alkohol, og om pasientene må drikke mer enn tidligere for å oppnå samme effekt. Kartleggingen må gjentas for hvert av de aktuelle rusmidler som pasientene bruker.

Rusmiddelutredningen ved DPS Solvang var mangelfull 13 av 15 journaler vi undersøkte i tilsynet, og det følges ikke med på om rutiner følges og/eller fungere. Det blir «tilfeldig» om rusmiddelproblematikk blir identifisert og utredet, og vi fant i tilsynet eksempler på informasjon om rusmiddelbruk ikke ble fulgt opp videre. Det kan føre til forverrelse av symptomer og redusere evnen til å mestre disse, og til at pasienter ikke får rett hjelp. Etter vår vurdering sørger ikke DPS Solvang for at pasienter som tas inn i behandling utredes tilstrekkelig når det gjelder bruk av eventuelle rusmidler, vanedannende legemidler og/eller anabole steroider. Hos pasienter med psykisk lidelse som også har et rusmiddelproblem, skal begge lidelser diagnostiseres. Diagnoser i poliklinikken settes i all hovedsak innen tre måneder slik kravet er, og selv om det ikke alltid er journalført har intervjuer bekreftet at diagnoser settes i samråd med spesialist. På DPS Solvang settes det få rusdiagnoser, noe som kan skyldes utilstrekkelig utredning. Manglende diagnostisering av ruslidelsen kan medføre mangelfull behandling av begge lidelser. Det manglet skriftlige behandlingsplaner i flere av journalene tilsynet undersøkte, og målsettinger eller tiltak knyttet til rusmiddelmisbruk var ikke del av behandlingsplanene. Heller ikke der rusmiddelbruk var identifisert.

DPS må ha rutiner for utredningen som sikrer at pasientenes motivasjon for videre utredning og behandling av rusmiddelproblemene tematiseres og arbeides med. Pasienter med rusmiddelproblemer vil ofte være ambivalente til å gripe fatt i rusmiddelbruken. I oppstartfasen vil pasientene ofte ikke være motiverte for å redusere rusmiddelbruken eller bli helt rusfri, det er derfor ikke tilstrekkelig å kun snakke med pasienten om rusmiddelbruk i inntakssamtale.

Behandler må undersøke den enkeltes motivasjon for endring. Dette er av stor betydning for å sette felles, realistiske mål for behandlingen. Gjentatte samtaler knyttet til opplevde fordeler og ulemper ved rusmiddelbruken bidrar til å øke pasientenes bevissthet rundt rusmiddelproblemene og kan øke motivasjonen for endring. Arbeid med motivasjon innebærer noe mer enn å forhøre seg om pasientene er motiverte eller ikke. En vanlig tilnærming er at pasientene oppfordres og hjelpes til å tenke gjennom opplevde fordeler og ulemper ved rusmiddelbruken og reflektere rundt dette. Pasientenes refleksjoner rundt egen rusmiddelbruk kan skje ved å engasjere pasientene i samtaler om endring, eksempelvis ved bruk motiverende intervju (MI). AUDIT og DUDIT omfatter også spørsmål som bevisstgjør pasientene om motivasjon. Pasientenes motivasjon for utredning og behandling av rusmiddelproblemet forventes dokumentert i journal. Flere av pasientene vi undersøkte hadde en mulig ruslidelse uten at rusmiddelbruk eller motivasjon for endring var tematisert i journalene vi undersøkte. I og med at rusmiddelmisbruk ikke i tilstrekkelig grad fanges opp og utredes systematisk blir det vanskelig å følge opp med motivasjonsarbeid og gi adekvat og integrert/samordnet behandling.

Disse pasientene kan ha dårligere somatisk helse og har ofte en forhøyet risiko for selvmord, voldsutøvelse og overdose. Somatiske lidelser kan også ha betydning for behandlingen på DPS. Videre vet vi at psykososiale forhold som familie/nettverk, boforhold, økonomi og arbeid/aktivitet har betydning for pasientens psykiske helse. DPS har derfor et ansvar for å kartlegge/utrede også disse forholdene.

Somatisk sykdom kan være årsak til, reaksjon på eller følgetilstand ved psykiske lidelser og ruslidelser. Samtidig psykisk lidelse og ruslidelse er ofte forbundet med dårlig somatisk helse og redusert forventet levealder. God somatisk helse kan være en av faktorene som bidrar til bedring. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon har oftere hjerte- og karlidelser enn gjennomsnittet av befolkningen. Overvekt og diabetes forekommer også hyppig. En årsak kan være behandling med nyere antipsykotiske legemidler som ikke er fulgt godt nok opp. Ruslidelser kan være forbundet med en rekke helseplager som for eksempel under-/feilernæring, infeksjoner og dårlig tannhelse. Langvarig høyt alkoholinntak er forbundet med blant annet hjerte- og karlidelser, sentrale og perifere nervevevsskader og leverskader.

De fleste pasienter i DPS er henvist av fastlegen, og ofte vil henvisningen gi informasjon om somatisk sykehistorie, aktuelle somatiske tilstander, medisinerings m.m. Resultater fra siste blodprøvetaking vil også ofte fremgå. Likeledes vil slik informasjon finnes i journal dersom pasientene blir overført fra eksempelvis akuttpsykiatrisk avdeling. Det er ikke tilstrekkelig å spørre pasienten om sykdomshistorikk. Den kan være mangelfull, både fordi pasienten ikke alltid har full oversikt og ikke kan vite hvilke faktorer som spiller inn, og fordi det kan være nyoppståtte forhold som ikke har vært undersøkt.

DPS må ha rutiner som sikrer at pasientene blir kartlagt og utredet for somatiske lidelser. Dersom utredning er foretatt av andre instanser, må behandler undersøke om informasjonen er tilstrekkelig, oppdatert og gyldig, og om noe mangler. Det må også sikres at DPS har tilgang på kompetanse til å forstå/tolke resultater av somatiske undersøkelser. DPS må sikre,

eventuelt gjennom samhandling med andre, at de har legefaglig kompetanse til å vurdere pasientenes somatiske forhold opp mot de psykiske lidelsene. Det må dokumenteres i journal at pasientenes somatiske forhold er undersøkt. DPS Solvang har utarbeidet god veiledning til fastleger (jfr. egne rutiner for utredning med henvisning til praksisnytt.no) når det gjelder hvilke undersøkelser de ønsker skal være gjort i forkant av henvisning til / inntak i DPS. Det er ikke rutiner for å følge opp om undersøkelsene er gjort og eventuelt resultat av disse. DPS Solvang har tilgang på nødvendig kompetanse til å tolke/forstå resultater av somatiske undersøkelser, både internt i poliklinikk og i SSHF, men det er ulikt fra behandler til behandler hvor mye fokus man har på somatisk utredning/kartlegging. Somatisk helse undersøkes ikke rutinemessig og journalgjennomgang og intervjuer bekrefter at det generelt er lite fokus på dette. Det er ikke rutiner for å journalføre vurderinger knyttet til somatisk helse; hverken om det er tilstrekkelig utredet, resultater av undersøkelser eller eventuell betydning for pasientens psykiske lidelse. Det er store svakheter knyttet til å få til oppdaterte legemiddellister i DIPS, og det er ikke alltid samsvar med hva pasienten oppgir å bruke av legemidler, hva som står i henvisning og hva pasienten rent faktisk bruker. Denne mangelfulle utredningen av pasienters somatiske helse kan føre til feilbehandling, redusert effekt av behandling og redusert livskvalitet og prognosetap.

Psykiske lidelser kan medføre økt risiko for selvmord og selvskading. Særlig personer med alvorlige depresjoner, psykoselidelser og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er utsatt. Ved samtidig ruslidelse kan risikoen øke ytterligere. Tidligere selvmordsforsøk/selvskading og brudd i relasjoner er andre viktige risikofaktorer. Psykisk lidelse kan medføre økt risiko for at pasienter er til fare for andre. Med samtidig rusmiddelmissbruk øker denne risikoen betydelig, og det gir også en overdoserisiko. DPS må ha rutiner for å systematisk kartlegge selvmordsrisiko og risikoatferd, og for å kunne gjøre en grundigere vurdering der det er indikasjon for dette. Ettersom det er vanskelig å forutsi det enkelte risikotilfelle, er det også vanskelig å forutsi hvem som ikke er i faresonen. Derfor bør alle pasienter i DPS kartlegges i et forebyggingsperspektiv. Det skilles mellom kartlegging og vurdering av risiko.

Kartlegging av overdoserisiko innebærer å undersøke hvilke rusmidler pasienter med rusmiddelproblemer bruker, om de tidligere har hatt overdoser og i hvilken kontekst overdosene forekom. Kartlegging av overdoserisiko er kun aktuelt for pasienter med rusmiddelproblemer, men dette forutsetter at det er gode rutiner og god praksis for å kartlegge eventuell rusmiddelproblematikk.

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å undersøke om pasientene har eller har hatt selvmordstanker/-planer, om de noen gang har gjort selvmordsforsøk og om forsøkene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk. KPH har rutiner for å systematisk kartlegge selvmordsrisiko for alle pasienter som kommer til behandling ved de ulike enheter/avdelinger i klinikken, dette gjelder ved all oppstart og ved interne overføringer. Ved kartlegging av voldsrisiko skal det undersøkes om pasientene tidligere har utøvd vold eller fremsatt trusler om vold, om episodene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk og om pasientene har tanker eller planer om å skade andre nå.

I journalene tilsynet gjennomgikk var 3 av 15 pasienter ikke spurt om selvmordstanker/-planer. Flere av journalene inneholdt beskrivelser som «pasient har ingen suicidale tanker», og ikke opplysninger om eventuelle tidligere selvmordstanker, - planer eller forsøk. Vi stiller derfor spørsmål ved om dette er grundig nok kartlagt, og om det er foretatt en bevisst vurdering av om det er grunnlag for å gjøre en videre utredning. Innkomsnotat inneholder stikkord knyttet til selvmordsvurderinger som kunne gitt bedre informasjon, men dette var variabelt utfyllt. Intervjuer med ansatte og pasienter bekreftet også at det var ulik tilnærming hos den enkelte behandler når det gjelder dette temaet. Det er blitt problematisert om risikovurderinger bør utføres rutinemessig eller utføres etter vurdert indikasjon, for ikke å gi unødvendig belastning for pasientene (og klinikerne), men hvis pasientene opplever at det er rutine at risiko blir vurdert og at det gjøres systematisk, kan det bidra til å gjøre det lettere for dem å snakke om temaet. Kartlegging av voldsrisiko og overdoserisiko blir ikke gjort systematisk, det er heller ikke stikkord knyttet til dette i innkomsnotatet. Vi fant ingen risikovurderinger i journalene vi undersøkte, heller ikke der det gjennom henvisning eller kartlegging fremkom opplysninger som tilsa at en grundigere vurdering skulle vært gjort. Svikt i risikovurderinger kan få store konsekvenser både for pasienten og for andre, og etter vår vurdering sørger ikke DPS for at alle behandlere kartlegger risikoatferd i tilstrekkelig grad.

Pasientenes psykososiale forhold, herunder pårørende (særlig mindreårige barn), sosialt nettverk, boforhold, økonomi og arbeid/aktivitet, påvirker pasientenes mulighet for bedring og avgjørelsen av hvilke rammer som trengs i behandlingen. Pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse kan ha lavt funksjonsnivå på flere livsområder, for eksempel knyttet til boevne og økonomi. Pasientene vil derfor ofte ha behov for hjelp fra flere instanser. Dette kan være kommunal omsorgstjeneste, NAV, barnevern, fastlege eller andre. Pasientene skal oppleve behandlingen som helhetlig, der instansene tilrettelegger for nødvendig samhandling. Målet er en tilnærming der pasientenes ressurser støttes på en slik måte at livskvaliteten bedres. Det er derfor viktig å kartlegge pasientenes psykososiale situasjon.

DPS har rutiner for å kartlegge bredt selv om hovedfokus er den psykiske lidelsen/symptomene pasienten er henvist for. Stikkord i innkomsnotat for poliklinikk ivaretar de viktigste områdene og fungerer som en sjekklister for å se om ulike psykosomatiske forhold er undersøkt. I praksis viser det seg at flere psykososiale forhold i de fleste journaler vi undersøkte er mangelfullt kartlagt, og intervjuer med pasienter bekrefter dette. Relevante samarbeidsinstanser blir heller ikke rutinemessig kartlagt i DPS Solvang, det er heller ikke klare rutiner for eksternt samarbeid. Det vil være ulike forventninger til hvor omfattende undersøkelser som gjøres avhengig av hva slags type pasient det er tale om. Har pasienten eksempelvis alvorlig psykisk lidelse, misbruker rusmidler og er uten fast bopel, er det sannsynlig at han/hun mottar bistand fra NAV eller andre instanser. Dersom det for eksempel er tale om en person med lettere psykiske plager, et uproblematisk forhold til rusmidler og ordnet bolig/økonomi, er sannsynligheten mindre for at han/hun har behov for bistand fra hjelpeapparatet. Det er allikevel ulik praksis for å samarbeide med f.eks kommunale tjenester, og dette er i stor grad opp til den enkelte behandler. Vi fant i tilsynet at enkelte pasienter fikk hjelp til å rydde i f.eks økonomi, noen fra behandler i DPS og andre via samarbeid med NAV. Det er ulikt fokus på og ulik holdning til hvorvidt psykososiale forhold er noe behandlere ved

DPS skulle befatte seg med. Dette fører til ulik praksis og kan føre til at ikke alle pasienter opplever å få helhetlig hjelp.

Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell en plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med bl.a psykisk sykdom og/eller rusmiddelavhengighet kan ha som følge av forelderens tilstand. Virksomheten må ha etablert rutiner som sikrer kartlegging av pårørende, herunder mindreårige barn spesielt. Videre må det foreligge rutiner som sikrer at de ansatte er kjent med når tiltak skal iverksettes overfor pasientenes mindreårige barn, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de ansatte går frem. Det skal være lav terskel for at helsepersonell skal igangsette undersøkelser om hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. Barn trenger ikke å utvise symptomer før lovens plikt gjør seg gjeldende. Avgjørende for vurderingen vil være om helsetilstanden til pasienten er slik at den får, eller man kan regne med at den får, vesentlige konsekvenser for nær familie generelt og barna til pasienten spesielt. Man må vurdere om forelderens helsetilstand er av en slik karakter at den kan medføre at barna blir usikre og sårbare, får mestringsproblemer eller opplever bekymring. Barn av psykisk syke foreldre eller foreldre som bruker rusmidler påvirkes ofte i større grad en foresatte selv har innsikt i, og forskning viser at mange barn som pårørende i denne kategorien selv får vansker senere i livet. Dette tilsier at man må ha stor oppmerksomhet på å ivareta disse barna. Helsepersonellet skal dokumentere det arbeidet som gjøres; om de har drøftet ivaretagelse av barnet med pasienten, om samtale med barnet er gjennomført og hvilken informasjon som ble gitt, hvilke tiltak som iverksettes og hvorvidt det er behov for oppfølging.

DPS Solvang har rutiner for å kartlegge pårørende/nettverk, og det etterspørres om pasientene har mindreårige barn. Dette journalføres i inkomstnotat. Det er utpekt en barneansvarlig i poliklinikken, og ansatte er kjent med hvem dette er. Det er videre utarbeidet rutiner for å kartlegge barn som pårørende nærmere, og hvordan dette skal registreres og journalføres. Kartleggings skjemaet ivaretar de sentrale elementene i å undersøke barnas situasjon, og planlegging av videre tiltak. Ansatte er kjent med at skjemaet finnes, men bruker det ikke. Det er heller ikke journalført at barnas situasjon er vurdert og kartlagt systematisk på andre måter. Intervjuer bekrefter at barneansvarlig kontaktes/brukes i liten grad, og det fremkommer usikkerhet og ulik oppfatning av ansvar knyttet til behandlernes rolle og ansvar når det gjelder oppfølging av pasienters mindreårige barn. Når ledelsen ikke har rutiner for å følge med på at barn som pårørende blir registrert, kartlagt og fulgt opp gir det en uakseptabel stor risiko for at mindreårige barn ikke får den ivaretagelsen de har krav på og behov for.

Utredningen og behandlingen skal skje i dialog og samarbeid med pasientene. Pasientene må få uttrykke sine forventninger til og ønsker for behandlingen, og være delaktig i utarbeidelse av behandlingsplan. Overordnet mål med brukermedvirkning er at brukere skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene (både på individuelt nivå og på systemnivå). Systematisk bruk av verktøy som KOR/FIT o.l vil kunne gi tilbakemelding til behandler på om behandling virker etter hensikt, og metodikk som MI og bruk av individuell plan (IP) vil fremme brukermedvirkning i praksis. Det er svakt forskningsbasert belegg for at brukermedvirkning påvirker behandlingsresultatet, men brukererfaringer tilsier likevel at det er viktig. Brukere beskriver at livskvalitet, behandlingsallianse og selvfølelse øker når de får medvirke.

Poliklinikken har stort fokus på dialog med pasientene på individnivå, men lite systematisk bruk av verktøy for brukervedvirkning. Mange pasienter mente de fikk komme med sine synspunkter vedrørende behandling, men flere pasienter beskrev også å få en helt annen behandling enn de selv ønsket uten en god begrunnelse for hvorfor. Begrunnelsene for dette var heller ikke journalført. Flere opplevde å bli avsluttet i behandling «mot sin vilje» fordi behandler skulle slutte, og de ble vurdert ikke å være dårlige nok til å fortsette behandling. Vi har fått bekreftet gjennom intervjuer at mange pasienter avsluttes når behandler slutter, men at det gjøres konkrete, faglige vurderinger i hvert tilfelle i forhold til om det er forsvarlig å avslutte behandlingen. Vi har ikke tatt stilling til om vurderingen som er gjort er faglig riktig, men at det er foretatt en vurdering. Medbestemmelse og pasientinvolvering betyr at pasienten skal få si sin mening og lyttes til. Det kan være gode terapeutiske begrunnelser for å velge annen behandlingstilnærming enn det pasienten har sett for seg, men dette bør da begrunnes og forklares på en forståelig måte for pasienten. Vurderingene bør også journalføres. Dette gjelder også når pasienter blir avsluttet i forbindelse med at behandlere slutter. Vi har lagt vekt på at pasientene i all hovedsak opplever at de har vært involvert i behandlingsplanleggingen, og at de blir tatt på alvor av sin behandler. Det er videre en omforent holdning hos ansatte at pasienten skal medvirke i hele prosessen. Etter vår vurdering ivaretar DPS Solvang kravet til brukervedvirkning i behandlingen.

Manglende skriftlige behandlingsplaner med tydelige mål og tiltak vanskeliggjør vurderingen av om pasienter med psykiske lidelser og mulig ruslidelse får adekvat, helhetlig og samordnet behandling. Mangelfullt system for å gjøre (og dokumentere) en grundig og bred kartlegging på alle viktige områder øker risikoen for svikt overfor enkeltpasienter på enkelte områder. Manglende styring fører til ulik praksis og til at det blir personavhengig hva slags utredning og behandling den enkelte pasient får; det sikres ikke likeverdig og forsvarlig utredning og behandling for alle.

Ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt i hva som fungerer bra og hva som bør forbedres, og sette i verk nødvendige forbedringstiltak ved behov. Virkemidler for systematisk overvåking og gjennomgang av drift og resultater kan være intern rapportering, muntlig eller skriftlig, målrettet bruk av virksomhetens avvikssystem, eller mer systematiske gjennomganger som f. eks interne revisjoner. Innhenting av erfaringer fra pasienter kan også gi nyttig informasjon til forbedringsarbeid.

Pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig ruslidelse risikerer å bli "kasteballer" mellom systemene. Det er uklarhet og uenighet blant de ansatte i DPS om hvem som har ansvar for å behandle pasienter med psykiske lidelser og samtidig ruslidelse, og et er uklarhet i hva som ligger i begrepet integrert behandling. Det er klar føringer i ROP-retningslinjen at DPS har et behandlingsansvar også for pasienter med ruslidelser, jfr. anbefaling 54, 83, 84 og 85. Det er særlig viktig at ansvaret for disse pasientene avklares gjennom overordnede samarbeidsavtaler som er kjent for alle ansatte. Det er videre viktig at det etableres arenaer for samarbeid både på systemnivå og rundt enkeltsaker. DPS har mange gode rutiner som i stor grad ville ivareta kravet til forsvarlighet om de ble fulgt. Det mangler imidlertid system som sørger for at rutiner er kjent, forstått og innarbeidet i praksis av alle ansatte. Det er ikke godt nok system for å lære opp nytilsatte i innholdet i de ulike

rutinene, og heller ikke et fungerende system for å implementere nye rutiner/prosedyrer. Det er uklart hvem i DPS som har ansvar for dette, og det pålegges mye ansvar på den enkelte på å sette seg inn i nye rutiner uten at det sjekkes opp at de faktisk har gjort det. Den enkelte ansatte har, og skal ha, et ansvar for å kjenne til og følge gjeldende rutiner og prosedyrer, men ledelsen må ta ansvar for å følge opp at rutinene etterleves. Det er også uklart hvem som har ansvar for å evaluere og evt. korrigere rutiner som ikke fungerer etter hensikt. Det mangler system for å fange opp dette.

Det ble i 2016 tatt stikkprøver av 5 journaler. Dette er et lite antall, og det er andre ansatte som har gått gjennom journalene. Det ble også i denne gjennomgangen funnet avvik (f.eks knyttet til selvmordvurderinger ved overføring og når det gjaldt utarbeidelse av behandlingsplaner). Det fremgår ikke hvordan avvik i interne journalgjennomganger følges opp. Samtidig viser ovenstående drøfting at det er mye ulik praksis og ulik oppfatning av hva en fullstendig kartlegging og utredning skal inneholde, slik at når det er ansatte som skal kontrollere hverandre så vil det være farget deres egen praksis. Spesialister kontrollerer til dels ikke-spesialister ved at inntakstnotater, epikriser o.l skal kontrasigneres, men det gir samme utfordring som over. Det er ikke et system som fanger opp om spesialistene følger rutiner, og de har heller ikke en omforent forståelse av hva ansvaret for å kontrasignere disse journaldokumentene er ment å innebære fra ledelsens side. Den manglende interkontrollen fører til at praksis for kartlegging, utredning, behandling og journalføring blir opp til den enkelte ansatte.

5 Tilsynsmyndighetens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

- **DPS Solvang sikrer ikke at pasienter med mulig samtidig ruslidelse utredes i tilstrekkelig grad. Disse pasientene får derfor ikke alltid tilbud om samordnet og/eller integrert behandling.**

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

- **DPS Solvang sikrer ikke tilstrekkelig ivaretagelse av mindreårige pårørende.**

Dette er brudd på helsepersonlloven § 10a, jf § 16, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

6 Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapitlet redegjør vi for hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd.

Vi ber SSHF utarbeide en plan for å rette lovbruddene innen 01.08.17.

Planen må inneholde oversikt over tiltak som må iverksettes og hvordan ledelsen vil følge opp arbeidet fremover. Det er ikke tilstrekkelig med utarbeidelse av nye rutiner/prosedyrer, det må lages en plan for implementering av gjeldende/nye rutiner og hvordan det skal følges opp at disse brukes og fungerer etter hensikt i praksis. Planen må derfor også inneholde en redegjørelse for hvordan ledelsen vil gjennomgå og vurdere om de planlagte tiltakene virker som forutsatt.

Lovbruddene må være rettet innen 31.12.17.

Med hilsen

Anne-Sofie D. Syvertsen
Fylkeslege
Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

Vibeke Larvoll
revisjonsleder
Fylkesmannen i Telemark

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.
Saksbehandler: Anne Stiansen, tlf: 37 01 75 74

Vedlegg:
Gjennomføring av tilsynet

Kopi sendes pr epost til:
Statens Helsetilsyn
Fylkesmannen i Vestfold
Fylkesmannen i Telemark

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 1.2.2017.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 28.2.2017.

Tilsynet gjennomførte samtaler med 7 pasienter fra DPS Solvang den 23.3.2017.

Tilsynet ble gjennomført ved DPS Solvang den 19. – 21.4.2017, og innledet med et kort informasjonsmøte. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 21.4.2017.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Organisasjonskart for helseforetaket og DPS Solvang med beskrivelse av ansvarsforhold og oppgavefordeling
- Oversikt over ansatte på DPS, der det fremkommer stilling, stillingsstørrelse, avdeling
- Retningslinje «*Standard utredning av voksen pasienter i KPH*» (Ikke godkjent).
- Retningslinje «*Utredning av voksen pasienter i KPH*» (godkjent 21.4.2016).
- Generelt dokument «*Ledelse og styring av KPH*». (godkjent 18.10.2016)
- Prosedyre «*Kritiske risikosituasjoner i KPH – Vurdering*» (godkjent 15.6.2015)
- Retningslinje «*Behandlingsansvar – roller i pasientforløpet*» (godkjent 15.9.2016)
- Skjema «*Standard utredning voksen anbefalt omfang 5 timer*»
- Henvisningsveiledning til fastleger i www.praksisnytt.no – jf lenke i skjema over
- Retningslinje «*Selvmondsrisiko i KPH – kartlegging og vurdering*»(godkjent 28.1.2016)
- Generelt dokument «*Selvmondsrisiko i poliklinisk behandling – oppfølging ved økt risiko*» (godkjent 28.1.2016)
- Generelt dokument «*Voldelig atferd – vurdering av risiko*» (godkjent 28.1.2016)
- Generelt dokument «*Saksbehandling i meldesystemet KPH*» (godkjent 21.4.2016)
- Generelt dokument «*Overføringsnotat – KPH*» (godkjent 20.5.2016)
- Referat fra «*Oppfølgingsmøte*» 17.9.2016 og 14.12.2016.
- Prosedyre «*Pårørende – rett til informasjon*» (godkjent 20.2.2017)
- Prosedyre «*Kartlegging av barn 0-18 år når foreldre mottar helsehjelp*» (godkjent 28.9.2015)
- Rutine «*DIPS registreringsrutine – Barn som pårørende*» (godkjent 2.3.2015)
- *Overordnet samarbeidsavtale (OSA) mellom Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune*
- Retningslinje «*Årsaksanalyse ved uønskede hendelser i KPH*» (godkjent 19.3.2015)
- Retningslinje «*Elektroniske skåringsverktøy – bruk*» (godkjent 19.2.2016)
- «*Erklæring til pårørende*» (godkjent 4.5.2016)
- Generelt dokument «*Henvisning til KPH – vurdering og faglig redegjørelse*» (godkjent 15.2.2017)
- Retningslinje «*Henvisninger KPH – vurdering*» (godkjent 15.2.2016)
- Generelt dokument «*Individuell plan for pasienter i KPH*» (godkjent 23.10.2015)
- Generelt dokument «*Innkommst poliklinikk KPH - Veiledning*» (godkjent 20.5.2016)
- «*Oppfølgingspunkter og tiltaksliste etter oppfølgingsmøter*»
- Avdelingens årsaksanalyse - dødsfall (Kvalitetsrådet KPH), datert 1.1.2016
- Gjennomgang av journalinnhold februar 2016
- Informasjon om pasient- og/eller pårørendeklager, Klinik for psykisk helse, 2016

- Oversikt over hendelser – hendelsesnr.: 59881
- iPad pasienter, Standardrapport
- Generelt dokument «Faglig veiledningstilbud til psykologer ved DPS Solvang» (godkjent 18.2.2010)
- Utdanningsplan for Sørlandet sykehus HF, Klinikk for psykisk helse (KPH), rus og avhengighetsbehandling – 2016 DPS Solvang
- Informasjonshefte til nytilsatte (sist redigert juli 2016)
- Årsmelding OCD-team, DPS Solvang 2015
- Årsmelding 2015 FACT-team Solvang
- Evaluering av 2015 -Årsmelding-, Klinikk for psykisk helse

Det ble 27. og 28.2.2017 gjennomført gjennomgang av journal for 320 pasienter som var henvist siste 2 år. Av disse journalene ble det gjort følgende utvalg:

- 15 + 10 journaler der antatt rusproblematikk var avdekket og eventuelt kartlagt
- 10 journaler der det ikke er spurt om rusmiddelbruk

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på møter

Navn	Funksjon/stilling	For-møte	Åpnings-møte	Intervju	Slutt-møte
Vegard Ø. Haaland	Konst. Klinikkdir.		X	X	
Per Egeland	Avdelingssjef	X			
Marianne Rønberg	Enhetsleder	X	X	X	X
Trond Skjæveland	Psykologspesialist FACT	X			
Linda Dahl	Merkantil enhetsleder	X	X		X
Hilde Svendsen	Psykologspesialist	X	X	X	X
Elin Aarhus	Klinisk sosionom		X	X	
Else s. Bachmann	Psykologspesialist		X		X
Fredrik Mikkelsen	Psykolog			X	
Gunvor Lauvnes	Overlege			X	X
Helene Krauss	Psykolog				X
Håkon Jahr	LIS-lege		X	X	
Inger Lill Laukvik	Psykolog			X	X
Jan-Olav Svendsen	Psykiatrisk sykepleier		X	X	
Andreas Aamodt	Psykologspesialist			X	
Margit W. Willoch	Psykolog		X	X	X
Niclas Halvorsen	Overlege		X	X	
Oliver Hörnlein	Psykolog				X
Susanne H. Lunde	Psykolog				X
Terje Theson	Overlege				X
Anna M Andresdottir	Kvalitetsrådgiver		X		

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

Seniorrådgiver Vibeke Larvoll, Fylkesmannen i Telemark, revisjonsleder

Seniorrådgiver Anne Stiansen, Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder, revisor

Ass. fylkeslege Freddy Normann Dahl, Fylkesmannen i Vestfold, revisor

Rådgiver/konsulent Erik Torjussen, A-larm, brukerrepresentant, revisor

Psykiater og spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, Olaf Stave-Hartelust, Helse Midt-Norge, fagrevisor