

Gjennomgang av virksomheten ved Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF

3.desember 2010

Innhold

1 Sammenheng	4
2 Introduksjon	6
2.1 Bakgrunn	6
2.2 Mandat	6
2.3 Prosjektorganisering	7
2.4 Metode	7
2.5 Forbehold	11
3 Rammer, vilkår og god praksis	12
3.1 Rammer for drift av Helse Fonna HF og Klinikk for psykisk helsevern	12
3.2 God praksis	18
4 Resultatet av gjennomgangen	25
4.1 Innledning	25
4.2 Faglighet og kvalitet	25
4.3 Roller og ansvar	35
4.4 Prioritering	38
4.5 Ressurssituasjon	41
4.6 Informasjon og kommunikasjon	47
4.7 Arbeidsmiljø og kultur	48
4.8 Kvalitet og kontroll	50
5 Tiltak for å lukke gap	56
5.1 Innledning	56
5.2 Sikre faglighet i ledelse og oppfølging av behandlere	56
5.3 Heve faglig standard	58
5.4 Bedre samarbeid med eksterne aktører	61
5.5 Forankre internkontroll i klinikken	62

1 Sammenheng

Helsetilsynet i Hordaland leverte 26.02.10 en rapport etter en tilsynssak ved Haugesund sjukehus og Haugaland distriktpsikiatrisk senter (DPS) ved Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna HF¹. Tilsynet ble gjort etter at en utenforstående psykiater meldte inn en sak om feilbehandling av en pasient. I rapporten konkluderer Helsetilsynet med at pasienten ikke har fått forsvarlig utredning, diagnostisering og behandling. Helsetilsynet beskriver svikten som systemrelatert mer enn resultat av svikt fra enkeltstående spesialister.

På bakgrunn av rapporten engasjerte styret i Helse Fonna HF konsultentselskapet PwC for å gjennomgå driften ved Klinikk for psykisk helsevern. Målet for arbeidet var å avdekke problemområder og foreslå løsninger for å sikre god drift av klinikken. I tillegg skulle gjennomgangen identifisere eventuell risiko for at andre pasienter har opplevd tilsvarende eller liknende feil som pasienten i den omtalte tilsynssaken. Med dette utgangspunktet vektlegger denne rapporten kritikkverdige forhold og områder der det er muligheter for forbedring. Positive trekk ved klinikken blir derfor ikke belyst i like stor grad. I arbeidet har PwC gått gjennom pasientjournaler og en rekke dokumenter, samt intervjuet et utvalg ansatte og samarbeidspartnere til klinikken. PwC har hatt støtte fra en referansegruppe med representanter for de fire helseforetakene i Helse Vest med erfaring fra psykisk helsevern.

I Helsetilsynets landsomfattende DPS tilsyn er det ved de fleste distriktpsikiatriske sentre i Norge funnet faglig svikt på en rekke områder². Det er oss bekjent ikke gjort evalueringer av organisering og kvalitet av én psykiatrisk klinikk som i denne gjennomgangen. Uten et sammenligningsgrunnlag kan PwC ikke konkludere om våre funn er spesifikke for Helse Fonna HF eller er representative for psykiatrien i Norge. Basert på uttalelser fra referansegruppen, informasjon i intervjuer og Helsetilsynets landsomfattende DPS-tilsyn, antar vi likevel at flere av våre funn er relevante ved andre psykiatriske klinikker.

Gjennomgangen avdekker at det i Klinikk for psykisk helsevern er avvik fra god faglig standard innen diagnostisering, journalføring og behandling. Basert på mottatt informasjon og dokumentasjon kan det synes som om dette skyldes sviktende internkontroll, behov for mer faglighet i ledelsen, uklare roller og ansvarsfordeling, mangelfulle rutiner og svak kultur for faglige diskusjoner. Klinikk for psykisk helsevern fremstår som fragmentert og ansatte formidler at de ikke opplever å være del av en enhetlig klinikk.

Det har i intervjuer fremkommet opplysninger som kan tyde på at Klinikk for psykisk helsevern har en utfordring i å etablere et godt fagmiljø på tvers av seksjonene. Klinikken preges av å ha seksjonsvise rutiner og prosesser, og få felles rutiner. Flere medarbeidere har i intervju opplyst om lite kontakt mellom fagpersoner på tvers av enhetene. Lite kommunikasjon på tvers i klinikken og få faste kontaktpunkter for å

¹ Helsetilsynet: 2008/11715 734.1, Dato: 26.02.2010

² Helsetilsynet "Oppsummering av landsomfattende tilsyn med distriktpsikiatriske sentre" mars 2010

diskutere diagnoser og behandling, kan gi økt risiko for at pasienter får stilt feil diagnose og kan gå glipp av adekvat behandling.

Det ser ut til at Klinikk for psykisk helsevern ikke har tilfredsstillende rutiner som sikrer at høyskoleutdannede får nødvendig veiledning i sitt pasientarbeid.

Journalgjennomgangen viser at det er variasjon i kvaliteten på helsehjelpen som gis i Klinikk for psykisk helsevern. Av 86 journaler hadde 60 journaler ut i fra PwCs oppfatning ikke vesentlige mangler. Det ble funnet feil eller mangler av varierende alvorlighetsgrad i 26 journaler. Av disse pasientene ble 12 meldt til administrerende direktør for revurdering av diagnose og/eller behandling. Det ble likevel ikke funnet like alvorlige pasientforløp som i den utløsende tilsynssaken. Diagnosesettingen i klinikken er for ofte unøyaktig. Dette virker å ha årsak i svakt informasjonsgrunnlag for den enkelte diagnose og uklare prosedyrer for hvordan man kommer frem til diagnoser. Mange pasienter mangler en behandlingsplan, og deler av behandlingen som gis virker lite spesialisert. Behandlerne synes generelt å være for tålmodige med behandling som ikke gir bedring. Kvaliteten på pasientarbeidet i klinikken burde vært bedre, men de fleste pasientene mottar likevel omsorgsfull hjelp og tilgjengeligheten til tjenestene oppfattes som god.

Helse Fonna HF er pålagt å utøve internkontroll for å sikre forsvarlig drift og ivareta pasientsikkerhet. Kravene er nedfelt i blant annet forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Gjennomgangen av Klinikk for psykisk helsevern viser brudd mot denne forskriften. Det synes som om årsaken til dette kan være en svak kultur for å melde uønskede hendelser i pasienthåndteringen, samt manglende bevissthet på alle nivå i organisasjonen om internkontroll. PwC har inntrykk av at mange medarbeidere i Klinikk for psykisk helsevern trives og har fokus på pasientenes beste. Den omsorgsfulle behandlingen de fleste pasientene tross alt mottar synes i større grad å være et resultat av samvittighetsfullt arbeid blant medarbeidere enn å være et resultat av ledelsens styring og kontroll.

Samtidig er det viktig å understreke at gjennomgangen viser en klinikk med et stort potensial og vilje til forbedring. Ledelsen i Helse Fonna HF og Klinikk for psykisk helsevern har fortløpende satt i gang tiltak etter at PwC har meldt fra om funn. I det videre forbedringsarbeidet anbefales det å prioritere oppgaver som gir rask effekt på kvaliteten i pasientarbeidet. Prosjekter som ikke har direkte sammenheng med pasientsikkerhet bør settes på vent. Ved å bygge miljøer rundt fagressursene, etablere rutiner på tvers av seksjoner, klargjøre lederroller, øke fagligheten i ledelsen, heve kvaliteten på pasientarbeidet og kontrollere at tiltak faktisk blir iverksatt, kan Klinikk for psykisk helsevern bli bedre rustet til forsvarlig drift og til å ivareta god pasientsikkerhet.

2 Introduksjon

2.1 Bakgrunn

Helsetilsynet i Hordaland leverte 26.02.10 en rapport etter en tilsynssak ved Haugesund sjukehus og Haugaland DPS ved Klinik for psykisk helsevern i Helse Fonna HF³. Tilsynet ble gjort etter at en utenforstående psykiater meldte inn en sak om alvorlig feilbehandling av en pasient. I rapporten konkluderer Helsetilsynet med at pasienten ikke har fått forsvarlig utredning, diagnostisering og behandling. Helsetilsynet beskriver svikten som systemrelatert mer enn resultat av svikt fra enkeltstående spesialister.

Styret for Helse Fonna HF har etter initiativ fra administrerende direktør, med bakgrunn i tilsynssaken og møte med Helsetilsynet, engasjert PwC for å vurdere drift, organisering og ressurser ved klinikken. Det ble utarbeidet en prosjektplan som referanse for prosjektgruppen for hvordan prosjektet skulle nå de definerte målene. Prosjektplanen er utformet på bakgrunn av et prosjektdirektiv som ble behandlet på styremøte i Helse Fonna HF 24.3.2010.

2.2 Mandat

Formålet med arbeidet har vært todelt; å bidra til å gi et uttømmende bilde av Helsetilsynets funn, og dels å foreslå tiltak for å kvalitetssikre virksomheten. Prosjektet skulle bidra til å dokumentere hvordan Klinik for psykisk helsevern i Helse Fonna HF ivaretar systemansvaret for å sikre at:

- Pasienter får forsvarlig utredning og diagnostikk
- Pasienter får nødvendig og relevant behandling
- Helsepersonell dokumenterer nødvendig og relevant pasientinformasjon i pasientjournal
- Epikriser blir godkjent og kontrasignert av helsepersonell med spesialistkompetanse
- Pasienter som har behov for det får tilbud om individuell plan

Det skulle også søkes å avdekke om andre pasienter har opplevd tilsvarende eller liknende feil som i den omtalte tilsynssaken.

Arbeidet omfattet en gjennomgang av hele Klinik for psykisk helsevern.

³ Helsetilsynet: 2008/11715 734.1, Dato: 26.2.2010

Det anbefales at denne rapporten, med dokumenterte funn og forslag til tiltak, danner utgangspunkt for videre arbeid i organisasjonen.

2.3 Prosjektorganisering

Prosjektet har vært organisert med styret i Helse Fonna HF som oppdragsgiver, representert ved administrerende direktør Kari Ugland. Prosjektet har hatt en referansegruppe bestående av:

- Odd Søreide (tidligere fagsjef i Helse Vest RHF)
- Hans-Olav Instefjord (Helse Bergen HF)
- Håkan Nordin (Helse Stavanger HF)
- Trond Aarre (Helse Førde HF)
- Lars-Holst Larsen (Helse Fonna HF)
- Kjellfrid Laugaland (Helse Fonna HF)

PwCs prosjektgruppe har bestått av:

- Bjørn Hesthamar (Ansvarlig partner)
- Janecke Pemmer (Prosjektleder)
- Petter Thornam (Fagansvarlig, lege)
- Stig Amundsen
- Henrik Barstad

Ekstern spesialist som er trukket inn i arbeidet med journalgjennomgang:

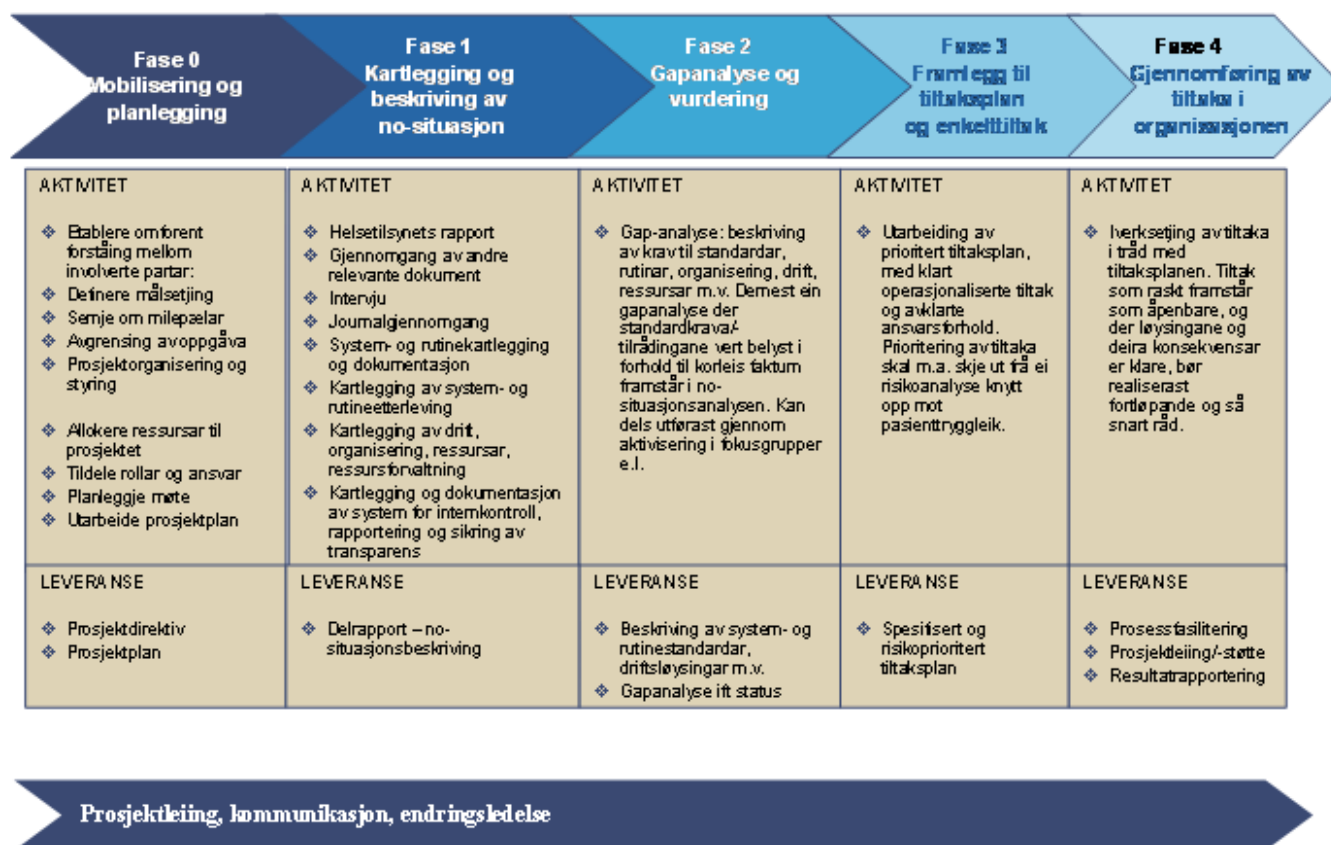
- Trond Aarre (leder ved DPS Nordfjord Psykiatrisenter og fagsjef i Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen HF)

2.4 Metode

I tilsynsrapporten som utløste dette prosjektet ble det påvist flere lovbrudd mot helselovgivningen. PwC har derfor fokusert på hvordan Klinikk for psykisk helsevern har innrettet seg for å etterleve lovkrav. Med utgangspunkt i Helsetilsynets systemkritikk, har PwC gjennomgått forhåndsdefinerte områder i klinikken, vurdert funnene opp mot god praksis, og foreslått relevante tiltak. Dokumentgjennomgang og intervjuer

av medarbeidere og samarbeidspartnere ble valgt som hovedmetode for å avdekke om prosedyrer finnes, om de blir etterlevd og om medarbeidere kjenner til regelverk og forskrifter. I tillegg ble det gjort en omfattende journalgjennomgang. Fokuset har vært rettet mot de områdene der det er avdekket svikt, og ikke på de områdene av klinikken som fungerer bra.

Prosjektet ble inndelt i fasene 0-4 der denne rapporten er hovedleveransen etter fase 3. Gjennomføring av prosjektet er gjort i henhold til PwCs prosjektmetodikk, gjengitt i figuren under.



Figur 1 Prosjektskisse

2.4.1 Fase 0 Mobilisering og planlegging

Fase 0 i prosjektet var å mobilisere ressurser, planlegge prosjektet og definere omfanget. Det ble utarbeidet en prosjektplan med milepæler og leveranser i øvrige prosjektfaser, samt et prosjektansvarskart.

Som grunnlag for gjennomgangen ble det utført en problemanalyse.

2.4.2 Fase 1 Kartlegging og beskrivelse av nåsituasjon

Fase 1 utgjorde hovedaktivitetene i prosjektet og omfattet en kartlegging og beskrivelse av nå-situasjonen i Klinikk for psykisk helsevern. I tråd med prosjektdirektivet var den samlede nå-situasjonsbeskrivelsen bygget på, og dekket følgende:

- Helsetilsynets rapport
- Andre relevante dokument i saken
- Supplerende intervju med et representativt utvalg fra ulike nivå og steder i organisasjonen, samt kommuneleger og brukerrepresentant
- Journalgjennomgang av et nærmere definert utvalg
- Kartlegging og dokumentasjon av eksisterende system og rutiner rundt klinisk virksomhet og praksis
- Kartlegging av drift, organisering, ressurser og ressursforvaltning
- Eksisterende internkontroll- og rapporteringsrutiner

Helse Fonna HF har bidratt med å organisere og kalle inn til intervju, finne frem dokumenter, samt hente inn og anonymisere journaler for gjennomgang.

Aktiviteter

Gjennomgang av Klinikk for psykisk helsevern kan oppsummeres med følgende hovedaktiviteter:

- Innhentet 86 anonymiserte journaler for gjennomgang
- Innhentet 586 dokumenter
- Analysert og sammenstilt innhentet dokumentasjon
- 68 intervjuer (enkelte er kontaktet i etterkant for oppfølging)
- Gjennomgått 86 journaler
- Kartlagt eksisterende rutiner og system
- Innhentet data for analyse av ressurser og ressursforvaltning
- Benchmark mot andre sammenliknbare klinikker
- En rekke møter med administrerende direktør for å rapportere status, samt ukentlig rapportering per telefon
- Fire møter, hvorav ett telefonmøte, i referansegruppen

Dokumentinnhenting

PwC utarbeidet en liste over ønsket dokumentasjon fra Helse Fonna HF til bruk i nå-situasjonsanalysen. Listen ble supplert etter behov og PwC innhentet totalt 586 dokumenter (i tillegg til anonymiserte journaler). Blant disse er planer for Klinikk for psykisk helsevern, regionale strategidokument, strategiplaner og styringsdokument for Helse Fonna HF, styresaker, tilsynssaker, veiledere, brev og notater, interne gjennomganger, svar på medarbeiderundersøkelse og avtaler.

Samtlige dokumenter er systematisk katalogisert. Dokumentasjon mottatt fra Helse Fonna HF er oppbevart i tråd med personopplysningsloven.

Intervjuer

Det er gjennomført totalt 68 intervjuer. Av intervjuobjektene var det fem som selv tok kontakt. I tillegg er en rekke offentlige instanser som Helsedirektoratet kontaktet i forbindelse med innhenting av informasjon om konkrete problemstillinger.

Følgende forutsetninger er lagt til grunn for intervjuene:

- De intervjuede ble gjort kjent med mandatet
- Det var frivillig å delta
- Samtykke er innhentet i de tilfeller hvor lydopptak er blitt benyttet

Journalgjennomgang

For å utdype funnene som ble omtalt i Helsetilsynets rapport har PwC gått gjennom pasientjournaler fra Klinikk for psykisk helsevern. I samråd med referansegruppen ble det i oppstartsfasen spesifisert hvilke kriterier journalene skulle velges etter. Utvalget var i henhold til prosjektets rammer. Journalene ble valgt ut fra lister med nummer (anonyme) og hvor lenge pasienten hadde vært i behandling. Alle pasientene hadde hatt kontakt med behandler etter 1. august 2009. Ytterligere opplysninger om pasientene forelå ikke ved utvelgelsen. Ved å velge journaler der pasienter hadde forskjellig oppstarttidspunkt på behandling, fikk man en variasjon i pasientforløpene med en vektning mot de lengre pasienthistoriene. Det ble valgt ut tilnærmet like mange journaler fra poliklinikk og døgnpost. De fleste pasientene har imidlertid hatt kontakter med flere deler av klinikken. Antallet hentet fra hver seksjon ble avstemt i forhold til pasientmengde.

Kartlegging av eksisterende system og rutiner

System og rutiner ble presentert, gjennomgått og demonstrert av ressurser fra Helse Fonna HF. Rutiner og dokumentasjon på disse ble vist i system, på papir og beskrevet i intervjuer.

2.4.3 Fase 2 Gapanalyse og vurdering

Etter å ha identifisert nå-situasjonen og beskrevet ”beste praksis”, kunne PwC peke på hvilke områder som var viktige forbedringsområder for Klinikk for psykisk helsevern. Dette er dokumentert i rapportens kapittel fire. Arbeidsmetoden i fase to har i hovedsak vært egne analyser basert på lov- og forskriftskrav.

2.4.4 Fase 3 Fremlegg til tiltaksplan og enkelttiltak

Basert på analysen av funn sett i lys av lovkrav og god praksis, har PwC utarbeidet forslag til tiltak. Disse presenteres i kapittel fem. Forslagene legges frem for styret ved Helse Fonna HF i sturemøte 8. desember 2010.

2.5 Forbehold

Vår gjennomgang bygger utelukkende på og er begrenset til mandatet. Det har under arbeidet blitt avholdt møter med oppdragsgiver, som fortløpende er blitt informert om fremdrift, aktiviteter, kostnader med mer.

Rapporten er utarbeidet på grunnlag av de opplysninger og den dokumentasjon som er blitt gjort tilgjengelig for PwC. Faktaopplysninger i rapporten er kvalitetssikret med ledelsen i Helse Fonna HF. Vi fraskriver oss ethvert ansvar for mulige feil eller utelatelser som følge av at vi har mottatt uriktige, ufullstendige eller uverifiserbare opplysninger eller dokumentasjon.

Rapporten er skrevet for oppdragsgiver. PwC kan ikke gjøres ansvarlig overfor eventuell tredjepart.

3 Rammer, vilkår og god praksis

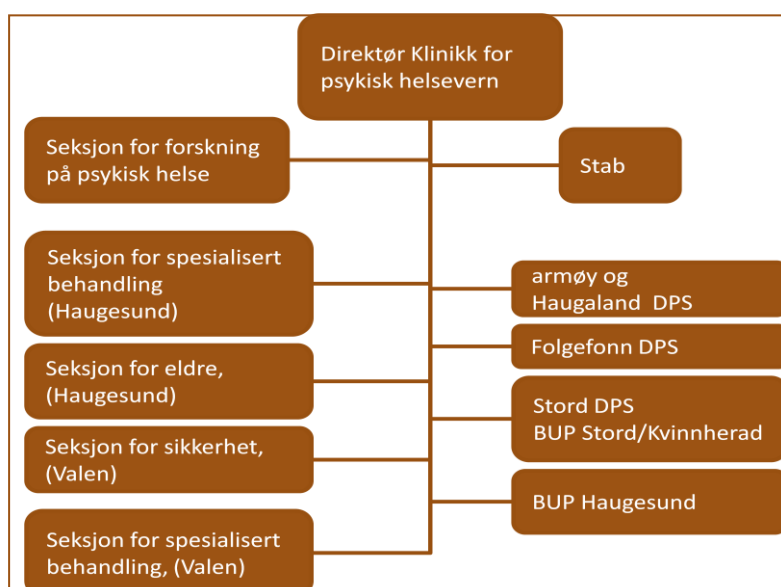
3.1 Rammer for drift av Helse Fonna HF og Klinikkk for psykisk helsevern

3.1.1 Organisatorisk struktur

Siden slutten av 1990-tallet har det vært en politisk satsing for å trappe opp og bedre behandlingstilbudet innenfor psykiatri. St.prp.63 1997/98 *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006* (senere utvidet til å gjelde til og med 2008) beskriver at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser skulle styrkes. I samme periode ble det også satt av øremerkede midler til både drift og investering i psykiatrien.

Hver fylkeskommune utarbeidet en plan for utvikling av det psykiske helsevernet som skulle godkjennes av departementet før statlige midler ble utløst. Ved etableringen av Helse Fonna HF 01.01.2002 måtte utviklingsplanene til Rogaland og Hordaland Fylkeskommune samkjøres fordi Helse Fonna HF har virksomhet som er overført fra begge fylkeskommunene. En arbeidsgruppe i Helse Fonna HF utarbeidet et forslag til opptrappingsplan⁴. Planen har lagt føringer for satsingen i Klinikkk for psykisk helsevern ved Helse Fonna HF.

I Helse Fonna HF er den psykiatriske spesialisthelsetjenesten samlet i én klinikk ledet av klinikkdirektør. Klinikken er organisert i ni seksjoner. I dette inngår fire distriktpspsykiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUP) og to sykehus med til sammen fire spesialiserte seksjoner.

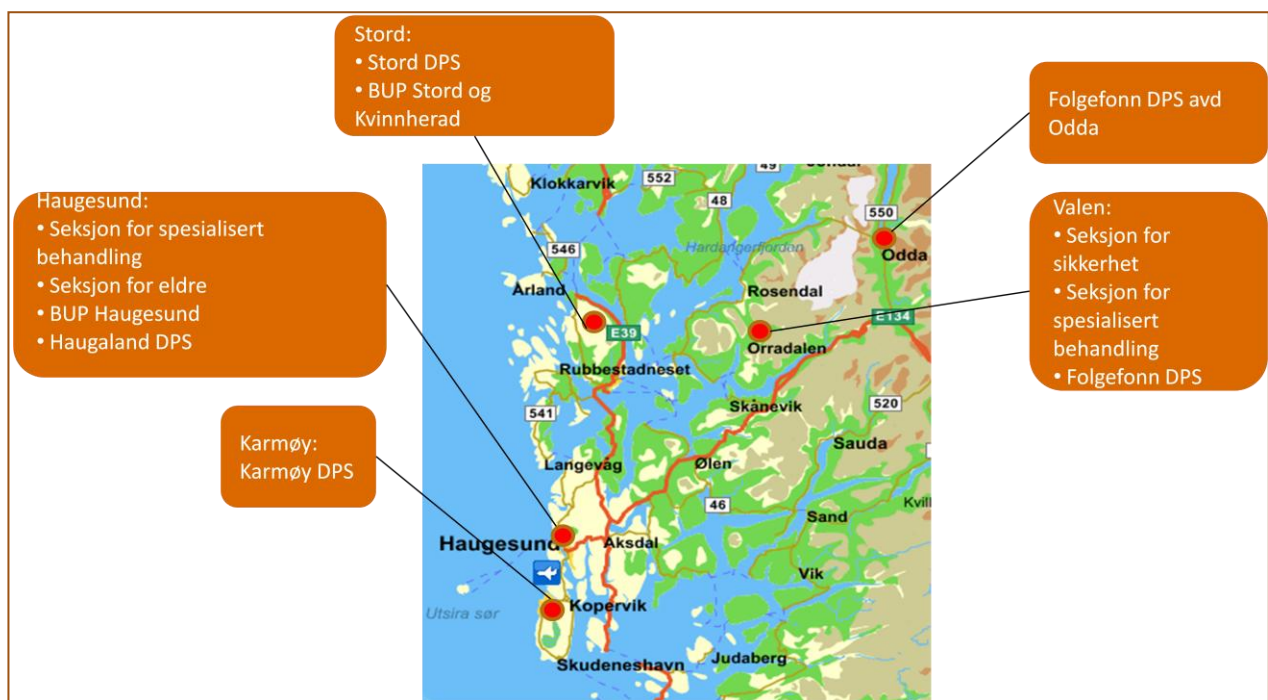


Figur 2 Seksjoner i Klinikkk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF

⁴ Ref styresak 13/04, styremøte 23.02.2004

Staben i Klinikk for psykisk helsevern inneholder funksjonene administrasjonssekretær, ruskoordinator, personalkonsulenter, kvalitetsrådgivere, rekrutterings-/kompetansekonsulent og fagsjef (20 prosent stilling).

Sykehusfunksjonene er organisert i to sykehusområder; Haugesund og Valen. Helse Fonna HF har fire fullverdige DPSer med definerte geografiske opptaksområder, samt to barne- og ungdomspsykiatriske sentre.



Figur 3. Geografisk spredning Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF

Haugesund sjukehus:

• Seksjon for spesialisert behandling: ○ Akuttpost (inkl rus) ○ Psykosepost ○ Spesialpoliklinikk ○ Spesialpost	• Seksjon for eldre ○ Døgnpost ○ Poliklinikk
--	--

Valen sjukehus:	
• Seksjon for sikkerhet ○ Post I (sikkerhetspost) ○ Post H (rehabiliteringspost) ○ Post B (psykosepost)	• Seksjon for spesialisert behandling ○ Post A (dobbeltdiagnoser rus og psykiatri) ○ Post C (lukket akuttpost) ○ Post K (spesialavdeling for unge pasienter)
BUP Haugesund:	BUP Stord og Kvinnherad:
• Barnepost • Ungdomspost • Poliklinikk	• Ungdomspost (fem dagers post) • Poliklinikk

I tillegg fins det fire DPSer: Haugaland DPS, Karmøy DPS, Stord DPS og Folgefonn DPS.

3.1.2 Eksterne og interne rammer

Helse Vest RHF har samlet ressursgrunnlaget, den helsefaglige bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet og eierkrav i et styringsdokument til helseforetakene. Dokumentet konkretiserer en rekke oppgaver som skal prioriteres, men bør sees i sammenheng med de mål, rammer og retningslinjer for helsetjenesten som går frem av lov, forskrifter, andre dokument og vedtak.

Ut fra nasjonale, regionale og lokale planer, strategier og styringsdokumenter har Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna HF utarbeidet en plan for psykisk helsevern (PwC har mottatt strategi- og målplaner fra 2004 og frem til i dag). Planene beskriver at de er utarbeidet i tråd med opptrappingsplan for psykisk helse. Det tas utgangspunkt i følgende åtte nasjonale målområder:

- Forebygging
- Mestring
- Brukermedvirkning
- Tilgjengelige tjenester
- Samhandling

- Faglig innhold i tjenestene
- Kunnskap og tillit

3.1.3 Krav og forventninger til styring og kontroll

Helse- og omsorgsdepartementet stiller i oppdragsdokumenter og budsjett krav til internkontroll og risikostyring i helseforetakene. Oppdragsdokumentene for 2007 og 2008 er tydelige på kravene:

”Gode system for internkontroll og aktiv bruk av kvalitetsutval er viktig for å kunne sjå til at kvaliteten heile tida er tilfredsstillande, og for å kunne lære av erfaringar.” (...)

”Ein skal leggje stor vekt på internkontroll, mellom anna at føretaka har system der dei kan trekkje ut læring og utvikling av tidlegare feil og uheldige hendingar”⁵

”Verksemda må pregast av god kvalitet, og ha kultur for læring og forbetring. Internkontroll er viktig i denne samanheng, mellom anna at føretaka har system for læring og utvikling som følgje av tidlegare feil og uheldige hendingar.”⁶

Helse Vest RHF har klare føringer i sitt styringsdokument til Helse Fonna HF som blant annet krav om internkontroll, og er tydelig på dette i styringsdokumentene.

”Styret skal sjå til at helseføretaket har god intern kontroll, og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekkje avvik. Risikofaktorar som kan medverke til at måla til helseføretaket ikkje blir nådde, skal identifiserast og korrigeringar som kan redusere faren for manglande måloppnåing, skal setjast i verk. Styringssystema skal tilpassast risiko og det som er vesentleg i høve til verksemda sine mål. Dei skal og ha nødvendig forankring i leiinga i heile organisasjonen.”⁷

Helse Vest RHF utarbeidet i 2008 et konsept for internkontroll. I styringsdokumentet for 2008 stilles det krav til helseforetakene om å innrette sin internkontroll etter dette dokumentet.

”Sentrale faktorar i dette konseptet vil vere risikostyring, plan- og tiltaksarbeid, evaluering og kontrollaktivitetar med påfølgjande rutinar for korrigeringar. Helseføretaka skal gjere seg kjend med den konseptuelle overbygginga for korleis Helse Vest RHF organiserer og gjennomfører internkontroll og tilpasse sine eigne internkontrollrutinar til dette.”⁸

⁵ Oppdragsdokument Helse Vest RHF, 2007

⁶ Oppdragsdokument Helse Vest RHF, 2008

⁷ Styringsdokument for Helse Fonna HF, 2008

⁸ Styringsdokument for Helse Fonna HF, 2008

Departementets fokus på internkontroll er tydelig i St.Prop 1S (2010-2011).

”Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Departementet vil i sterkere grad stille krav til og følge opp ledelsens og styrets ansvar for å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen. God internkontroll og systemer for risikostyring er viktig for å forebygge, forhindre og avdekke uønskede hendelser.

Det er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak settes i verk og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn”

I Klinikk for psykisk helsevern er det utarbeidet en ”Plan for internkontroll og kvalitet” (datert 25. januar 2008). Planen beskriver organisering og arbeid med internkontroll i klinikken.

3.1.4 Økonomiske rammer og budsjett

Som følge av den nasjonale opptrappingsplanen innenfor psykiatri har budsjettene i psykiatrien relativt sett økt mer enn i somatikken de siste fem årene. Dette gjelder også for Klinikk for psykisk helsevern, der budsjettet har økt med 138 millioner kroner siden 2005.

Fra 2009 til 2010 har det vært en nedgang i budsjettet i Klinikk for psykisk helsevern. Dette er en følge av at det i 2010 ble innført aktivitetsbasert budsjettering i Helse Fonna HF. I tabellen under fremkommer den økonomiske situasjonen for Klinikk for psykisk helsevern for årene 2005 til 2010. Klinikk for psykisk helsevern er drevet med overskudd i 2005, 2008 og 2009. Overskuddet i 2009 skyldes at Klinikk for psykisk helsevern ikke greide å rekruttere antall behandlerstillinger som var lagt inn i budsjett. Klinikken fikk i tillegg ekstra inntekt for gjestepasienter fra Helse Bergen HF. Disse inntektene var ikke budsjettert på inntektssiden da Helse Bergen HF opprinnelig ønsket å ta hjem sine pasienter på Valen. Dette ble imidlertid ikke gjort. Overskuddet i Klinikk for psykisk helsevern er tatt inn i drift i Helse Fonna HF. Det er opplyst at dette er normal praksis i helseforetakene.

Sum driftskostnader (tall i tusen kr.)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Budsjett	364 501	375 375	412 150	453 699	512 305	502 160
Regnskap	359 583	389 653	416 781	445 099	508 198	
Sum driftsinntekter (tall i tusen kr.)						
Budsjett	364 484	375 375	412 150	452 236	510 761	504 560
Regnskap	370 754	374 325	416 065	448 528	530 309	
Overskudd/underskudd						
(+/-) regnskap	11 171	-15 328	-716	3 429	22 111	
Finanskostnader/-inntekter er ikke tatt med i oversikten						

Tabell 1 Budsjettramme og driftskostnader 2005-2010 klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF⁹ (tall i tusen kr)

Reduksjonen i budsjettet fra 2009 til 2010 skyldes i all hovedsak reduksjon i variabel lønn (overtid, vikarer, ekstrahjelp) som følge av aktiviteten. PwC har fått oppgitt at kapasitetsutnyttelsen er lav i klinikken (77 prosent i 2009), noe som er medvirkende faktor til redusert budsjett for variabel lønn. I tillegg er budsjett for innleie av personell redusert fra 2009 til 2010, som følge av økt rekruttering av fast ansatte leger.

Opptrappingsmidler 2005 – 2009

Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF					
	2005	2006	2007	2008	2009
Regnskap	6 333	19 638	33 226	42 541	52 651
Budsjett	11 340	20 372	31 147	44 486	46 443

Tabell 2 Opptrappingsmidler¹⁰ (tall i tusen kr)

Opptrappingsplanen for psykisk helsevern ble avsluttet i 2009. Midlene ble i 2010 kompensert for i den totale rammetildelingen for Helse Fonna HF. I 2009 ble ubrukte opptrappingsmidler inntektsført (regnskap driftsinntekter). Ubrukte opptrappingsmidler (6 MNOK) for 2009 ble ikke overført til 2010.

⁹ Kilde: Helse Fonna HF

¹⁰ Kilde: Helse Fonna HF

Budsjettramme til psykiatri per innbygger 2005 – 2009 – sammenligning

	2005	2006	2007	2008	2009
Fonna	2 339	2 284	2 491	2 714	3 035
Førde	2 369	2 541	2 854	3 002	3 006

Tabell 3 Budsjett per innbygger

Tabell over viser marginale forskjeller mellom budsjetterte kroner per innbygger innen psykisk helsevern i Helse Førde HF og Helse Fonna HF.

3.2 God praksis

3.2.1 God praksis i psykisk helsevern

Psykisk helsevern er regulert av en rekke lovbestemmelser. I tillegg har myndighetene laget føringer for hva som kan regnes som god praksis, for å sikre likhet i pasientbehandlingen. God praksis er definert i for eksempel veiledere, rundskriv og oppsummering av tilsyn. I dette avsnittet beskrives enkelte av lovene og føringene for psykisk helsevern.

Både spesialisthelsetjenesten og den individuelle helsearbeider har ansvar for å yte forsvarlig pasientbehandling. For helsepersonell er dette regulert i helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.”

For spesialisthelsetjenesten er kravet til forsvarlighet definert i § 2-2:

”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige”

Bestemmelsene betyr at de som driver helseforetak må organisere og drifte disse på forsvarlig vis, herunder sørge for at pasienter får forsvarlig hjelp. Dette innbefatter kvalitative krav til hvordan virksomheten organiseres og styres, og kvalitative og kvantitative krav til bemanning¹¹. På individnivå gir Helsetilsynet slingringsmonn før praksis blir regnet som uforsvarlig. Praksis som avviker en del fra den

¹¹ O. Molven, Lov og rett, volum 48,1,2009

beste mulige behandlingen vil med andre ord regnes som forsvarlig. På institusjonsnivå er det ikke samme aksept for avvik fra god praksis. Virksomheter kan altså ikke organiseres, styres og bemannes på måter som skiller seg fra en god måte.

Helselovgivningen forutsetter dermed at pasientens behandlingsbehov blir kartlagt ved undersøkelse og utredning, at det stilles en diagnose og at det utarbeides en individuell plan og en behandlingsplan. All undersøkelse og behandling skal i henhold til journalforskriften dokumenteres. Det skal være samsvar mellom pasientens problem og de valgte behandlingsmetodene. Behandlingen skal være basert på allment aksepterte metoder. Behandlingsmetodenes relevans og effekt skal være underlagt vitenskapelig etterprøving, og behandleren skal ha fått systematisk opplæring i bruk av metoden. Ved iverksetting av frivillig psykisk helsevern er det forutsatt at pasienten informeres om resultatet av undersøkelser og om alternative behandlingsopplegg, og at pasienten samtykker til det valgte behandlingsalternativet¹².

I følge *"Veileder for Distriktpsikiatriske sentre"* fra Sosial- og helsedirektoratet september 2006, er det overordnede målet i *"Opptrappingsplanen for psykisk helse"* å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv. For å oppnå dette målet er brukermedvirkning svært viktig. Behandleren har ansvar for å informere pasienten om brukerrettigheter, klageadgang, individuell plan, taushetsplikt og journalføringsplikt. Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen (§3-1 pasientrettighetsloven). Pasientrettighetsloven definerer også pårørendes rett til å bli informert dersom pasienten samtykker til dette (§ 3-3).

Pasientens første møte med psykisk helsevern er ofte avgjørende for den videre behandlingen. Det er derfor viktig at det første møtet på poliklinikk eller sengepost er mest mulig standardisert. Helseforetaket må sørge for gode rutiner for informasjonsinnhenting, som rutiner for å hente inn komparentopplysninger (opplysninger fra andre enn pasienten, særlig pårørende), standardiserte intervjuer, psykiatriske sykehistorier og relevante symptombeskrivelser i psykiatrisk status presens. For å sikre en mest mulig korrekt funksjonsbeskrivelse og diagnose bør det i tillegg til et grundig intervju brukes standardiserte og strukturerte diagnostiske intervjuer¹³. Bruken av standardiserte intervjuer erstatter ikke kliniske overveielser og skjønn.

Retten til individuell plan er definert i pasientrettighetsloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og i forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Individuell plan er et virkemiddel for å øke pasientens medvirkning og har som formål å bidra til å koordinere tjenestene for pasienten. For pasienter i psykisk helsevern er individuell plan spesielt viktig fordi mange instanser ofte er involvert i behandling og rehabilitering.

¹² J.A Johansen, K. Cordt Hansen Tidsskrift for norsk psykologforening 2006

¹³ Helsedirektoratet "Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen" 2006

I de tilfellene der pasienten utredes av personell uten kvalifisert kompetanse i diagnostisk arbeid, det vil si personell med treårig høyskoleutdanning, samt personell under spesialistutdanning, må virksomheten dokumentere hvordan forsvarlig diagnostisk arbeid utføres¹⁴. Eksempler kan være fortløpende, systematisk veiledning gitt av psykologspesialist eller psykiater til det enkelte personell, og/eller regelmessige møter der det diagnostiske arbeidet drøftes og kvalitetssikres. I disse tilfellene må også tilgang på kompetanse om somatiske forhold sikres.

Psykiatriske diagnoser skal først og fremst settes av helsepersonell med diagnostisk kompetanse, det vil si leger og psykologer. Ifølge Helsedirektoratets veileder i psykisk helsevern for barn og unge bør diagnostiske vurderinger drøftes i et tverrfaglig møte med psykiater eller psykolog tilstede. Psykolog eller psykiater bør så sette diagnosen. Diagnoser skal baseres på gitte ICD-10-kriterier som skal dokumenteres i journal. ICD-10 (International Classification of Diseases) er WHO sin inndeling av sykdommer. ICD-10 brukes i psykiatrien i store deler av verden med unntak av USA hvor man forhold seg til sitt eget system (DSM-IV)¹⁵.

Et målrettet og strukturert behandlingstilbud som pasienten også er innforstått med forutsetter en behandlingsplan som journalføres. Planen skal være konkret og tidsavgrenset og brukes aktivt når man skal avslutte og evaluere behandlingen¹⁶. Hovedpunkter i behandlingsplan er skissert både i DPS-veileder og i veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

3.2.2 God praksis for internkontroll

Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egenkontroll. Dette er et ledelsesverktøy og et hjelpemiddel for styring og forbedring av den daglige drift. Internkontroll er utviklet og har vist seg nyttig innen bransjer med virksomhet som innebærer risiko. Risikostyring og internkontroll henger tett sammen. Risikostyring handler om å identifisere og gjennomføre tiltak for å påvirke og dempe risiko for at mål ved virksomheten ikke nås. Internkontroll er prosessen som ledere og medarbeidere gjør for å sikre at tiltakene for å dempe risiko faktisk blir utført og fungerer. Risikostyring og internkontroll er ikke mål i seg selv, men viktige mekanismer for å oppnå mål knyttet til kvalitet og kvalitetsforbedringer.

I mange virksomheter er kravene til internkontroll tydelig forankret gjennom lov og forskrift. I Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Helsetilsynsloven) § 3-1. ledd er følgende beskrevet: *”Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Bestemmelsen gjelder alle helsetjenester og omfatter alle aktiviteter og tiltak som reguleres i helselovgivningen.”*

¹⁴ Helsetilsynet ”Veileder for landsomfattende DPS tilsyn” 2008-2009

¹⁵ Vestergaard et al. ”Psykiatri -En lærebog om voksnes psykiske sykdomme” 2010

¹⁶ Helsetilsynet ”Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge” 2008

Internkontroll i spesialisthelsetjenesten skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester samt være et verktøy som sikrer at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige følger. En velfungerende internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem som, ut over lovgivers krav og forventninger, kan omhandle hvordan virksomheten selv skal tilfredsstille andre selvpålagte krav til kvalitet.

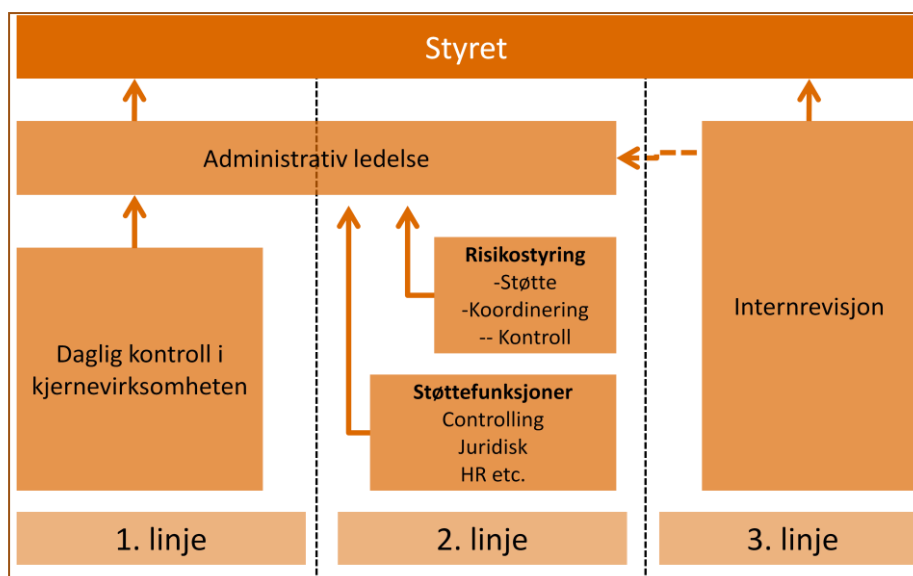
Norsk utvalg for eierstyring og selskapsledelse (NUES) gir årlig ut en anbefaling for god eierstyring og selskapsledelse. Pkt 10 i denne anbefalingen presiserer styrets ansvar og oppgaver knyttet til internkontroll og risikostyring. Regjeringen har i sin eierskapspolitikk sagt at allment aksepterte eierstyringsprinsipper skal legges til grunn for eierstyringen i statlige virksomheter. Etterlevelse av NUES anbefaling representerer på mange måter beste praksis på eierstyring og selskapsledelse.

Det finnes også en egen internkontrollforskrift for sosial- og helsetjenesten som er forankret i Helsetjenesteloven. Helseforetakene er underlagt om lag 14 tilsynsmyndigheter med hver sine krav til internkontroll. Felles for alle er kravet til ansvars plassering, roller, formalisering og dokumentasjon. Hensikten med kravene er at det skal være sporbarhet i tiltak, og at ansvaret forplikter.

I lovgivningen er ansvaret for internkontrollen tydelig plassert¹⁷. En god internkontroll har tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellom styre og ledelse. Styret har ansvar for at tilstrekkelig internkontrollsystem eksisterer. Styret må utøve sin aktivitetsplikt og etterspørre rutiner og systemer som gjør at de kan ivareta sitt ansvar og tilsynsrolle. Administrasjonen har ansvar for at internkontrollen utføres, samt å rapportere status og tiltak til styret. Status på internkontrollen blir gitt styret gjennom rapporter fra ledelsen, bekreftelser fra internrevisor og eksternrevisors vurdering av internkontrollen knyttet til regnskapsavleggingsprosessen.

Begrepet ”forsvarslinjer” illustrerer at ulike aktører og roller ivaretar kontroll og kontrollerer hverandre, slik at internkontrollen skal være effektiv. ”Forsvarslinjen” skal gi styret og ledelsen trygghet for at avvik, feil eller lav kvalitet blir fanget opp i tide.

¹⁷ Krav til styrets kontroll og tilsynsoppgave er bla forankret i Aksjelovens § 3-4, 6-12/1, tilsvarende i Helseforetaksloven § 14,28,29



Figur 4 Forsvarslinjer i den interne kontrollen

God praksis for internkontroll, er at internkontrollen oppfattes som en prosess der alle har et ansvar, og at dette er forankret i hele organisasjonen. Virksomheter bør ha en innstilling om at internkontroll har en merverdi og skaper trygghet, og ikke at internkontrollen gjennomføres for å etterleve krav og for å tilfredsstille ulike tilsynsorgan. Både ledere og medarbeidere har ansvar for å skape en god meldekultur og for at internkontroll oppfattes som verdiskapende for kjernevirksomheten.

Det er etablert flere rammeverk for internkontroll og risikostyring. God praksis er at virksomheten innretter sin internkontroll i et anerkjent rammeverk. Det mest anerkjente rammeverket for internkontroll er COSO- rammeverket¹⁸. Rammeverket beskriver en helhetlig prosess for hvordan internkontroll bør gjennomføres.

Internkontroll skal bidra til at oppgaver som er nedfelt i sosial- og helselovgivningen blir utført, styrt og forbedret. På samme måte som god tjenesteproduksjon krever medvirkning fra de ansatte, vil god internkontroll forutsette det samme. Internkontrollarbeidet bør være nært knyttet til ordinære daglige gjøremål og søkes integrert i de løpende oppgaver. Helsedirektoratet har gitt ut veilederen "Hvordan holde orden i eget hus," som redegjør for hvordan foretakene bør innrette seg i forhold etter internkontrollforskriften¹⁹. Helse Vest RHF gav i 2008 ut sitt "Konsept for internkontroll" som beskriver gjennomføring av internkontroll fra RHF. I styringsdokumentene fra 2008 er det krav til helseforetakene at de skal gjøre seg kjent med denne konseptuelle overbygningen, og tilpasse sin internkontroll til dette.

I beskrivelsen av god praksis har vi beskrevet internrevisjon som funksjon i henhold til IIAs (Norges Interne Revisorers Forening) prinsipper om at revisjonssjefen skal samhandle og kommunisere direkte

¹⁸ COSO: Committee of Sponsoring Organisations. Se www.coso.org, evt Internrevisjonsforeningens sider www.nirf.org

¹⁹ Helsedirektoratet: "Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten"

med styret²⁰. I Helse Vest er denne funksjonen lagt til RHF, som gjennomfører internrevisjon i foretaksgruppen og rapporterer til styret i RHF. I Helse Fonna HF gjennomføres det også egne interne revisjoner. Disse revisjonene utføres av virksomheten/foretaket selv under ledelse av administrerende direktør, og er således en del av 2. forsvarslinje i internkontrollen.

3.2.3 God praksis for avvik og uønskede hendelser

Flyindustrien var blant de første virksomheter som så utfordringen knyttet til kultur for å rapportere og lære av hendelser. Bransjen har således vært ledende i å utvikle gode systemer for hendelsesrapportering. Senere har også andre bransjer sett verdien av dette, spesielt innen offshoreindustrien og i virksomheter med høyt fokus på HMS.

Mange virksomheter opplever at det er en terskel for å rapportere en hendelse, avvik, brudd eller feil i rutiner eller liknende. Årsakene kan være at å melde uønskede hendelser kan oppfattes som negativt av ledelsen. Det oppleves som et nederlag å rapportere egne feil, en frykter å bli sett på som angiver eller frykter for konsekvenser av å rapportere.

Endring av svak meldekultur gjøres ved å sette fokus på uønskede hendelser, og ikke på avvik eller feil. En uønsket hendelse kan være en hendelse som kunne medført eller medførte skade på personer eller utstyr. Det er derfor viktig å bygge en kultur der rapportering av uønskede hendelser anses som en verdiskapende del av virksomheten, som bidrar til høyere kvalitet og trygghet i tjenesten. Forutsetningen for å få dette til er tydelig ledelsesforankring, svært enkel og lav terskel for rapportering, synliggjøring av handling og tiltak, fokus på hendelsen og ikke person og gjerne motivasjon ift incentiver. Mange virksomheter premierer de enheter som rapporterer flest uønskede hendelser, da dette viser en bevissthet rundt innholdet i egen virksomhet, og er en god måte å utvikle gode rutiner, prosesser og systemer/utstyr.

Det er god internkontroll å ha gode systemer og et klima for å fange opp, rapportere, registrere og gjøre noe med uønskede hendelser. Dette setter fokus på hendelser, system, rutiner, trening og opplæring.

Alle virksomheter er pålagt å ha et varslingssystem for rapportering av kritikkverdige hendelser²¹. Varslingssystem er også en del av internkontrollen, men ikke en del av et system for håndtering av uønskede hendelser.

3.2.4 God praksis for internkontroll og kvalitetssystemer

Internkontrollen har liten verdi i seg selv, den må sees i sammenheng med virksomheten den skal sikre. Internkontroll er derfor tett knyttet til kjerneprosesser og mål. Internkontrollen skal bidra til måloppnåelse i virksomheten, og trygghet om kvalitet i tjenesten. Mange virksomheter har utviklet

²⁰ ”Ethiske regler og standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon” pkt 1111

²¹ Jf arbeidsmiljøloven §2-4/3-6

omfattende kvalitetssystemer. Slike systemer beskriver ofte hvordan en arbeidsprosess skal gjennomføres for å sikre god kvalitet, og kan være ganske omfattende. Utfordringen er at kvalitetssystemet ikke er noen garanti for at prosessen blir fulgt. Dermed er internkontrollen viktig. Internkontrollen skal bidra til at i de prosesser der det er risiko for manglende kvalitet, er det etablert tilstrekkelige mekanismer som sikrer at arbeidsprosessen gjennomføres i henhold til kvalitetssystemet. Et eksempel på slike kontroller er arbeidsdeling der det legges opp til en kontroll av hverandre, og dokumentasjon som viser sporbarhet i de handlinger som faktisk er utført. Kvalitetssystemer er derfor ingen garanti for god kvalitet. Kvalitetssystemer sammen med risikostyring og internkontroll vil gi økt sannsynlighet for å nå de mål som er satt for virksomheten.

4 Resultatet av gjennomgangen

4.1 Innledning

I kapittel fire oppsummeres de viktigste funnene i gjennomgangen. Ved å lese journaler har PwC fått et inntrykk av den faglige standarden i Klinik for psykisk helsevern. Ved hjelp av intervjuer og dokumentgjennomgang har vi belyst en rekke problemstillinger som er relevante for å oppfylle mandatet fra styret i Helse Fonna HF.

4.2 Faglighet og kvalitet

4.2.1 Journalgjennomgang

Målet med å gå gjennom pasientjournaler var todelt. For det første ønsket PwC å avdekke om det i utvalget var pasienter med like mangelfull behandling som i den opprinnelige tilsynssaken. For det andre ønsket vi å få et bredt grunnlag for å vurdere kvalitet i klinikken med tanke på risikoområder og forbedringsmuligheter. Med dette som bakgrunn prioriterte PwC å gå gjennom et relativt stort antall journaler.

Journalene ble valgt ut fra nummererte anonyme lister og hvor lenge pasientene hadde vært i behandling. Alle pasientene hadde hatt kontakt med behandler etter 1. august 2009. Ytterligere opplysninger forelå ikke ved utvelgelsen. Ved å velge journaler der pasientene hadde forskjellig oppstarttidspunkt på behandling, fikk vi en variasjon i pasientforløpene med en vektning mot de lengre pasienthistoriene. Det ble valgt ut tilnærmet like mange journaler fra poliklinikk og døgnpost. Med bakgrunn i at kritikken fra Helsetilsynet omhandlet voksenpsykiatrien ble det kun valgt 10 journaler fra barnepsykiatrien. De fleste av pasientene har likevel hatt kontakt med flere deler av klinikken. Antall journaler hentet fra hver seksjon ble avstemt etter pasientmengde.

Journalene ble anonymisert av administrativt personell ved de ulike seksjonene. Prosessen med å anonymisere og utlevere journalene tok til sammen fire måneder. Det synes som om uklare beslutningsprosesser i klinikken bidro til at prosessen trakk ut i tid. For å få utlevert og gjennomgått journaler i tide til avtalt sluttrapport ble det i første omgang hentet ut opplysninger utelukkende fra 2007 og frem til juni 2010. I etterkant er det også hentet ut informasjon fra årene før 2007 for enkelte journaler. Stor innsats fra flere administrativt ansatte gjorde at vi kom i havn med gjennomgangen.

De 86 utvalgte journalene ble lest med fokus på bruk av individuell plan og signering av epikriser. I tillegg ble generell dokumentasjon og forsvarlighet vurdert. For å holde fokus på forbedringsområder fremfor de områdene der det gjøres et godt faglig arbeid, gikk eksterne spesialist gjennom de journalene der det så ut

til å være mangler og usikkerhet rundt forsvarlighet. Dette utgjorde 29 av de 86 journalene. 66 prosent av journalene ble oppfattet å ikke ha vesentlige mangler og ble derfor ikke gjennomgått av psykiater. Journalgjennomgangen har karakter av intern revisjon og har ikke hatt som mål å gi et fullt ut representativt bilde av Klinikk for psykisk helsevern. Psykiater gjorde en generell vurdering av de nevnte 29 journalene, samt svarte på en rekke forhåndsdefinerte spørsmål som er gjengitt samlet i tabellen under.

Av 86 journaler ble 57 vurdert av PwC til ikke å ha vesentlige mangler. Disse journalene ble ikke gjennomgått av ekstern psykiater. Trond Aarres svar på spørsmål etter journalgjennomgang av 29 (34 prosent) av journalene er gjengitt i tabellen.						
Nr	Område	Nr	Sjekkpunkt	Ja	Nei	Uaktuelt/ uklart
1	Diagnostisering	A	Er informasjonsgrunnlaget godt nok for å diagnostisere pasienten?(anamnese, komparentopplysninger etc)	10	15	4
		B	Er det noe som indikerer at pasienten kan være feildiagnostisert eller at midlertidige usikre diagnoser er blitt permanente uten en grundig vurdering?	18	11	
		C	Er grunnlaget for ICD 10 diagnoser beskrevet i journal etter vanlig faglig norm?	9	15	5
		D	Konfererer behandler med annet fagpersonell når det er tvil om diagnosen?	5	13	11
3	Behandling	A	Er det et rimelig samsvar mellom diagnose og behandling?	25	4	
		B	Er det i journalen dokumentert hvilken behandling pasienten har fått, evt hvorfor pasienten ikke har fått behandling?	29		
		C	Dersom behandling ikke fører til bedring, tar man konsekvensen av dette og revurderer diagnostikk?	11	11	7
		D	Er dokumentasjonen i journal av en slik art at det er mulig å etterprøve og evaluere behandling av pasient?	26	1	2
4	Innkostjournal	A	Er innkostjournal og den første kontakten mellom pasient og behandler ihht faglige standarder?	11	6	12
		B	Settes diagnoser, etter din mening, innen rimelig tid?	15	5	9
5	Epikriser	A	Er kontrasignerte epikriser etter din vurdering kvalitetssikret?	16	6	7

Tabell 4 Psykiater Trond Aarres svar på spørsmål etter journalgjennomgang av 29 av 86 journaler

4.2.2 Resultat av journalgjennomgang

Generelt

Etter gjennomgang av journaler er det PwCs inntrykk at de fleste pasientene får en omsorgsfull behandling. I de 86 utvalgte journalene er det ikke funnet pasienthistorier med like alvorlig forløp som den utløsende tilsynssaken. Av 29 journaler gjennomgått av psykiater blir tre journaler beskrevet som ikke å ha vesentlige mangler. Dermed oppfattes 60 av 86 journaler å ha akseptabel kvalitet. 26 journaler har mangler av varierende alvorlighetsgrad. PwC vil i den videre beskrivelsen konsentrere seg om journalene med mangler.

Journalene viser at det er mange dyktige fagfolk i psykiatrien i Helse Fonna HF. Gode vurderinger blir imidlertid ofte stående alene som enkeltprestasjoner uten et velfungerende system å sette dem inn i. Det er såpass mange gjennomgående og gjentakende mangler i journalene at vi ser konturer av systematisk avvik fra god faglig standard.

Risikoen for svikt synes å være størst i poliklinikkene, som har stor pasientmengde og svakere prosedyrer og rutiner. Det er i Klinik for psykisk helsevern høy risiko for ikke å fange opp begynnende alvorlig psykisk sykdom i poliklinikken. Slik det fungerer ved klinikken i dag synes det som om en del pasienter opplever en unødvendig forverring i sine symptomer før de får kvalifisert behandling. Døgnpostene, både på DPS og sykehus, synes å ha jevnt over bedre mulighet til å gi forsvarlig behandling, selv om det også her er risiko for svikt. Av de 29 journalene som er gjennomgått av psykiater ble det meldt bekymring til administrerende direktør i Helse Fonna HF angående diagnose og/eller behandling av 12 pasienter så snart journalgjennomgangen var gjennomført.

Geografiske variasjoner

I gjennomgangen har PwC sett variasjon i kvalitet mellom seksjonene. Utvalget av journaler er likevel ikke stort nok til å konkludere endelig på forskjeller i kvalitet. Journaler fra BUP Haugesund og Seksjon for alderspsykiatri ved Haugesund sjukehus oppfylte krav til forsvarlighet og journalforskrifter. Det var derfor ikke behov for at ekstern psykiater vurderte journaler herfra. Også seksjonene ved Valen sjukehus og Stord DPS hadde hovedsakelig god kvalitet i journalene. Flest mangler ble funnet i journaler fra Haugaland DPS, Karmøy DPS, Seksjon for spesialisert behandling ved Haugesund sjukehus, BUP Stord og Folgefonn DPS. Det var også fra disse seksjonene det ble meldt inn pasienter som bør få tettere oppfølging til ledelsen i Helse Fonna HF.

Grunnlag for diagnostisering

Psykiaters gjennomgang av 29 selekterte journaler viser at underlaget for diagnosesetting i hovedsak er for svakt i disse journalene. I 15 av 29 journaler blir grunnlaget for å diagnostisere pasienten ikke oppfattet som godt nok av ekstern psykiater. I fire journaler kan informasjonsgrunnlaget ikke vurderes. Lite utfyllende sykehistorie går igjen både i polikliniske pasientforløp og der pasienten er innlagt på sengepost. Det dokumenteres i liten grad at pasientene blir spurt om andre symptomer enn de aktuelle. I flere

journaler blir pasientene for eksempel ikke spurt om de har oppstemte perioder i tillegg til den aktuelle depresjonen. Det blir i liten grad undersøkt for komorbide tilstander (tilstander som ofte henger sammen med den aktuelle diagnosen). Det er ikke benyttet opplysninger fra pårørende (komparentopplysninger) i noen av de utvalgte 29 journalene. Dersom strukturert intervju blir benyttet, erstatter det ofte vanlig status presens og anamnese slik at diagnosen likevel blir satt på for tynt grunnlag.

Poliklinikk (DPS og sykehus): Det første notatet i poliklinikk er ofte lite utfyllende og psykiatrisk sykehistorie og status presens er svakt dokumentert. I det polikliniske forløpet tar det ofte lang tid og mange konsultasjoner før behandler innhenter en mer komplett sykehistorie. Arbeidet med å klargjøre pasientens psykiatriske diagnose virker å være gjennomgående lite systematisk. I en rekke av de polikliniske journalene blir det lagt stor vekt på sosioøkonomiske forhold, mens pasientens psykiatriske tilstand og diagnose kan virke som underordnet.

Sengepost: Innkomstjournalene har gjennomgående for liten vekt på psykiatrisk sykehistorie og status presens, mens sosioøkonomiske forhold og somatisk status presens ofte er mer utfyllende.

Diagnostisering

I 18 av de 29 journalene er det indikasjoner på at pasienten kan være feildiagnostisert eller at midlertidige usikre diagnoser er blitt permanente uten en grundig vurdering. Enkelte diagnoser er ifølge ekstern psykiater åpenbart feil, mens andre diagnoser blir umulig å etterprøve på grunn av manglende informasjonsgrunnlag.

I poliklinikken blir diagnostisering ofte gjort av høyskoleutdannede (sykepleiere, sosionomer og kliniske pedagoger). Det virker som behandlere får ansvar for vanskelige pasienter alene uten nødvendig faglig støtte (se notat av Trond Aarre). I enkelte pasientjournaler setter høyskoleutdannede diagnoser uten å dokumentere å ha konferert med spesialist. Hvis psykolog eller psykiater blir konferert, skjer det som oftest i tverrfaglige møter der diagnosen diskuteres. Spesialisten ser kun unntaksvis pasienten for diagnosesetting. Diagnosen avhenger dermed av det som formidles inn i det tverrfaglige møtet. Dette er en sårbar løsning.

På sengepost blir pasienten sett av flere behandlere, og tilgangen på spesialister er bedre enn i poliklinikk. I flere journaler ser PwC likevel at behandlere er uenige om diagnose, uten at det fremgår at diagnose blir diskutert i dokumenterte møter eller andre fora.

Det er bekymringsfullt at det i journalene sjelden argumenteres for hvordan man er kommet frem til diagnoser. Det blir for eksempel ikke gjort differensialdiagnostiske overveielser. I 24 av de 29 gjennomgåtte journalene er ICD-10-diagnoser satt, men i bare 15 av disse er grunnlaget for diagnosen beskrevet i journal etter vanlig norm. Det er eksempler på at diagnoser blir satt ut fra hva som kan passe best, uten nærmere beskrivelse av symptomer. Dette gjør det vanskelig for neste behandler å følge opp diagnostikken. Enkelte gode vurderinger rundt diagnose skiller seg likevel ut.

Det kan virke som behandlerne i Klinik for psykisk helsevern i for stor grad arbeider selvstendig. I 13 av 18 aktuelle journaler konfererer ikke behandler med annet fagpersonell når det er tvil om diagnosen. PwC finner ingen fast rutine for å innhente en annens vurdering ved usikkerhet. Høyskoleutdannede konfererer i enkelte tilfeller med spesialister, først og fremst ved forverring av sykdomsbildet og der de mener det er behov for medikamenter. Det er få eksempler på at spesialister konfererer med andre selv om de dokumenterer at det er usikkerhet rundt diagnosen.

I flere polikliniske pasientforløp tar det for lang tid før det foreslås en arbeidsdiagnose.

Behandling

Det er et rimelig samsvar mellom diagnose og behandling i 25 av 29 journaler. Ekstern spesialist finner at behandlingen som gis stort sett er relevant for den diagnosen som er satt. For de fleste polikliniske pasienter betyr dette at de blir tilbudt støttebehandling som hovedtilbud. Det problematiske er at det i journalene ikke fremkommer hvorvidt det er vurdert å tilby annen behandling i tillegg.

Kun unntaksvis finner vi en behandlingsplan. Det er også sjelden at andre behandlinger enn det som er valgt blir vurdert. I journalene ser PwC en overraskende stor tålmodighet med manglende bedring hos pasienter. I kun halvparten av tilfellene (11 av 22 journaler) der pasientene ikke blir bedre av behandling, blir diagnostikken og behandlingen revurdert i løpet av pasientforløpet. I de tilfellene der behandlingsopplegget blir evaluert, tar det ofte lang tid før evalueringen blir utført.

I poliklinikken er behandlere som oftest sykepleiere, sosionomer eller kliniske pedagoger. De har ofte en svært selvstendig rolle og det er overlatt til hver enkelt å ta kontakt med spesialist ved behov. Dette utgjør en risiko når enkelte behandlere ikke har nok kompetanse til å kjenne igjen de vanligste alvorlige psykiatriske symptomene. I den mest alvorlige saken tar det 18 måneder før en pasient med klare psykotiske symptomer blir diskutert med en spesialist.

Det synes som om det er for lite tilgang til legeressurser i poliklinikkene. I flere journaler er den eneste kontakten med lege at det er skrevet ut resept på medikament. Det er ikke dokumentert at lege har satt seg inn i pasientens sykehistorie eller at lege og behandler har diskutert medikamentvalg. For flere pasienter er de valgte medikamenter ikke nødvendigvis det beste valget. Enkelte psykiatere, først og fremst innleieleger, har en bruk av medikamenter som ikke er i henhold til nasjonale føringer. Et eksempel er en barnepsykiater som skriver ut Lamictal mot unipolar depresjon, selv om medikamentet ikke er godkjent til barn og ikke har indikasjon på å virke på diagnosen.

I en del journaler mener ekstern psykiater at ikke alle behandlingsalternativer nødvendigvis er prøvd. Alvorlige symptomer blir referert uten å prøve behandling som er velkjent og godt dokumentert. Et eksempel er pasienter med behandlingsresistent schizofreni og schizoaffektiv lidelse som har alvorlige symptomer, men ikke har prøvd klopabin. Det virker også som det kan være et underforbruk av litium for stemningslidelser. Psykiater fant i gjennomgangen to eksempler på at litium ble foreslått av flere leger uten at behandlingen ble igangsatt. Det etterlyses i disse tilfellene en pasientansvarlig lege med overordnet

ansvar. For den ene pasienten tok det flere år fra litium ble foreslått til en av legene faktisk forsøkte litium. Behandlingen hadde god effekt.

Bruk av tvang

Bruk av tvang var opprinnelig ikke et fokus i gjennomgangen fordi Helsetilsynet ikke bemerket dette i den refererte tilsynssaken og fordi arbeidet måtte avgrenses i henhold til prosjektrammer. I journalgjennomgangen har vi imidlertid funnet eksempler på bruk av tvang som ikke er i henhold til lovverket²². Enkelte vedtak har svak dokumentasjon, mens det i andre vedtak er feilaktig bruk av loven. Se eksempler i psykiater Trond Aarres notat.

Journalføring

Dokumentasjon i journalene er av en slik art at det er mulig å etterprøve og evaluere behandling av pasienten. Behandling som blir gitt er dokumentert. Journalene føres imidlertid forskjellig i ulike seksjoner i Klinikk for psykisk helsevern. Dermed er det vanskelig å få inntrykk av en helhetlig klinikk. Særlig innkomstjournal varierer mye mellom seksjonene. Generelt er innkomstjournal ofte avskrift av tidligere innkomstjournaler, uten at kilde er oppgitt. Det brukes i for stor grad tilbakedaterte notat samt oppsummeringsnotat istedenfor å føre løpende journal. Enkelte behandlere journalfører bare hver andre eller tredje kontakt med pasienten. Gruppeterapi blir sjelden journalført på den enkelte pasient.

Samarbeid med fastleger

Det utarbeides ikke egne notat til fastlegene i løpet av et poliklinisk forløp. Journalgjennomgangen indikerer at det ikke er vanlig å samarbeide tett med pasientenes fastleger. I noen tilfeller blir den medikamentelle behandlingen overlatt til fastlegen, uten at det kommer frem om det har vært en dialog på forhånd. I en epikrise overlot man til fastlege å bestemme antipsykotisk medikasjon etter et lengre opphold på sengepost.

Individuell plan

Individuell plan blir ikke brukt systematisk i Klinikk for psykisk helsevern, ref kapittel om god praksis²³. Dette er et uttrykk for svak brukervedvirkning. Kun ni av 86 pasienter har en individuell plan av nyere dato. Disse ni pasientene har svært sammensatte problemstillinger og har derfor et klart behov for en individuell plan. Av de 77 som ikke har individuell plan, har 69 et sannsynlig eller mulig behov, mens åtte har et usikkert behov. Fem av de 77 uten individuell plan har fått tilbud om dette, men disse har avslått. Fem pasienter har en individuell plan fra 2001-2004 som ikke er oppdatert senere. Dette gjelder pasienter ved Valen sjukehus der man i perioden 2001-2004 opprettet individuell plan for de fleste pasientene.

²² Psykisk helsevernloven kapittel 3

²³ Jf pasientrettighetsloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og i forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Epikriser

I 21 av 29 pasientjournaler som er gjennomgått av psykiater Trond Aarre foreligger det epikriser. I seks av disse 21 journalene er epikrisene ikke tilfredsstillende. Epikrisene som ikke holder god faglig kvalitet er først og fremst for knappe. Korte epikriser etter svært lange opphold (år) er ikke god praksis.

Alle de 86 gjennomgåtte journalene er sjekket for kontrasignatur. Kun epikriser fra 2007 og frem til juni 2010 er vurdert. De aller fleste epikrisene er signert eller kontrasignert av spesialist. Vi finner unntaksvis at sykepleiere, turnusleger, leger i spesialisering og psykologer undertegner alene. Av cirka 400 gjennomgåtte epikriser mangler 14 epikriser fra 12 journaler kontrasignatur. Haugesund sjukehus med fem epikriser, hvorav fire fra alderspsykiatrisk seksjon, skiller seg ut ved at turnusleger og en turnuslegevikar signerer alene. Ved Karmøy DPS finner vi også fire epikriser som ikke er kontrasignert, hvorav en er signert av turnuslege og tre av psykologer.

Videre gjengis psykiater Trond Aarres notat etter å ha gått gjennom 29 journaler fra Klinikk for psykisk helsevern.

"Nokre refleksjonar etter gjennomgang av journalar frå Helse Fonna HF

Etter velviljug gjennomlesing av kring 30 journalar frå Helse Fonna HF har eg danna meg eit inntrykk som eg her vil drøfte kort. Det er vanskeleg å generalisere på bakgrunn av skriftleg dokumentasjon, men eg meiner eg ser konturar av systematiske avvik frå god fagleg standard. Soleis finn eg det rett å oppsummere inntrykka mine – i von om at andre tek stilling til om dei er godt nok grunngeve og set inn høvelege tiltak dersom det er grunn til det.

Nokre manglar går att i journalane. Dei dreier seg i det vesentlege om journalførsle, diagnostikk, indikasjonsstilling og rettstryggleik. Nedanfor går eg stikkordsmessig inn på desse.

Journalførsle

Det er ein del brot på det eg oppfattar som god journalskikk. Dei viktigaste er

- hyppig bruk av samlenotat i staden for løpande dokumentasjon*
- tilbakedaterte journalnotat*
- lange, ordrette kopiar av tidlegare journal vert fremstilte som originaldokument.*

Journalane er i hovudsak velskrivne og ordna, men det er påfallande og systematiske manglar kva gjeld grunnlaget for diagnostikken: sjukesoge og status praesens. Eg finn desse nesten alltid for knappe til å kjenne meg viss på diagnosane som er sette.

Diagnostikk

Eg finn sjeldan gode diagnostiske vurderingar, men det finst strålande unnatak frå denne regelen. Grunnen er kanskje at manglane i journalmaterialet gjer differensialdiagnostikken vanskeleg. I fleire journalar nyttar ein strukturerte diagnostiske intervju i staden for – og ikkje som supplement til – sjukesoge og observasjonar. Det er etter mitt syn ikkje slik intervju skal nyttast. Det er døme på at svært alvorlege diagnosar er stilte utelukkande på bakgrunn av testar – og utan at journalen godtgjer at pasienten har symptoma som kreust for diagnosen.

I nokre saker er det drøfta i journalen at det er objektivt uvisst kva pasienten feilar. I slike høve finn eg det rart at ein ikkje nyttar strukturerte intervju, systematiske symptomgraderingar eller komparentopplysningar.

Eg fann ikkje at diagnostisk informasjon frå pårørande vart nytta i nokon journal. I nokre få polikliniske journalar gjekk det frem at saka vart drøfta med andre fagfolk.

Indikasjonsstilling

Meininga med god diagnostikk er å seie noko om prognose og høveleg behandling. Underleg nok finn eg mest aldri notat som drøftar kva følgjer diagnosen får for behandlinga. Det vert mest aldri vurdert kva behandling som er indisert eller kva alternativ som ligg føre. Det er soleis heller ikkje klårt kva informasjon pasientane har fått og kva dei sjølve ynskjer. Det er så å seie aldri eksplisitte skildringar av kva som er målet med intervensjonane.

Eg ser sjeldan at effekten av behandling vert evaluert. Når pasientane ikkje har tilsikta effekt av åtgjerdene, finn eg sjeldan at ein drøftar alternativa eller lagar ein plan for den vidare innsatsen.

Rettstryggleik

Det er ein del påfallande tynne vedtak om tvunge psykisk helsevern. Dels er det berre svak dokumentasjon for grunnlaget, men dels er det klårt feilaktig bruk av lova. Eit døme er å nytte tvang for å hindre ein person i å ruse seg. Andre gongar konkluderer ein med psykose utan at det er funne teikn til det. Pasientar vert haldne under tvunge psykisk helsevern over lang tid på svakt grunnlag.

Eg er også betenkt med omsyn til bruk av tvangsmiddel. Eg finn det tvilsamt om det er rett å nytte skjerming avdi "utageringsfaren vurderes som usikker". Det er neppe korrekt å love å oppheve skjerming dersom pasienten tek medisin. Slike døme skapar eit inntrykk av at husordensreglar, tvangsmiddel og avtalar om utgang vert nytta som løn eller straff, og det er det neppe heimel for.

På den andre sida skal det presiserast at journalane tyder på at dei fleste pasientane får omfattande og omsorgsfull hjelp. Avdelingane strekk seg langt for å imøtekomme pasientane sin trong. Det er fleire døme på forvitnelege haldningar, fremifrå innsats og gode vurderingar. Det finst journalar eg hadde vore stolt av dersom eg var leiar.

Dersom eg skal våge meg til å tolke funna, så er hovudinntrykket mitt at det er mangelfull fagleg leiing i fleire av einingane. Lesing av journalane gjev inntrykk av at iherdige fagfolk blir sitjande åleine med vanskelege saker og har manglande fagleg støtte. Eg får heller ikkje inntrykk av at det er klare faglege standardar for diagnostikk, indikasjonsstilling, evaluering av behandling eller tverrfagleg drøfting av sakene.

Eg har ikkje funne fagleg svikt som har fått alvorlege konsekvensar."

4.2.3 Funn i intervjuer om faglige spørsmål

I gjennomgangen av Klinikk for psykisk helsevern har PwC intervjuet ansatte fra alle profesjoner. Formålet med å intervjuere behandlere i forhold til faglighet var å underbygge funn i journalgjennomgangen og belyse eventuelle andre aktuelle problemstillinger. Ved noen avdelinger og seksjoner er de faglig ansatte fornøyd med det faglige nivået på sitt arbeidssted. Alt i alt uttrykker imidlertid de fleste en bekymring for det faglige nivået i klinikken. De fleste legene og psykologene vi har intervjuet mener at det i lang tid har vært for lite fokus på det faglige i klinikken og at det er behov for å styrke det faglige miljøet. Omorganiseringsprosesser og innføring av nye systemer blir trukket frem som årsaker til at fokus blir trukket vekk fra det faglige.

Flere av legespesialistene i poliklinikkene er bekymret over at de har for liten tid til hver pasient. Det oppfattes som vanskelig å sette seg raskt inn i en pasients sykehistorie uten å se pasienten, for så å skrive ut medikamenter. Mye av legenes tid går med til medikamentbestillinger fra andre behandlere. Det er dermed liten tid til egne pasienter og til oppfølging av andres pasienter. Det er heller ikke tid til å følge opp de høyskoleutdannede utover å svare på konkrete spørsmål.

Intervjuobjektene etterlater ikke inntrykk av profesjonskamp i klinikken, selv om enkelte leger føler at mye av det faglige styres av psykologer. Det virker som om de forskjellige yrkesgruppene langt på vei er likestilt i klinikken. Med unntak av utskriving av medikamenter er rollene til de ulike yrkesgruppene lite definerte. Flere psykiatere og psykologer mener at tettere oppfølging av høyskoleutdannede er et utfordrende og omdiskutert spørsmål i Klinikk for psykisk helsevern. Intervjuobjekter hevder at det har vært vanskelig å foreslå å lage egne kontrollordninger for høyskoleutdannede.

Flere uttrykker bekymring for at det gjøres for lite for å få en utfyllende anamnese. Det er enighet om at strukturert intervju brukes lite systematisk. Det rapporteres om behandlere av ulike profesjoner som ikke leser journaler på grunn av tidspress eller arroganse.

I intervju rapporterer noen å kjenne til pasienter som først får satt rett diagnose etter lengre tid. Feildiagnostisering blir da ikke meldt som avvik. Det fortelles også at det er vanlig at diagnoser ikke settes etter ICD-10-kriterier.

En rekke av psykologene og legene viser til tidligere arbeidssteder med fora for å drøfte vanskelige pasienter og kultur for å gjøre dette. Klinikk for psykisk helsevern anses å ikke ha kultur for å gi tilbakemelding ved endring av diagnose eller uenighet om diagnose.

Individuell plan blir lite brukt, noe som er en dårlig samvittighet for mange. Det er opp til den enkelte behandler å sette i gang med individuell plan og det har vært lite fokus på dette fra klinikkledelsen. Etter den aktuelle tilsynssaken har det vært mer bevissthet rundt individuell plan.

På en rekke områder går det et skille langs fylkesgrensen mellom Hordaland og Rogaland. Ulik kultur for kontrasignering er et eksempel på dette. Seksjonene på Valen har alltid kontrasignert alle epikriser, mens det for alle yrkesgrupper er kultur for mindre kontroll og mer selvstendig arbeid i Haugesunds-regionen.

4.3 Roller og ansvar

4.3.1 Roller og ansvar i ledelseslinjen

I tilsynsrapporten fra Helsetilsynet i Hordaland ble det rettet sterk kritikk mot den faglige ledelsen i Klinikk for psykisk helsevern. Det var derfor naturlig å se på roller og ansvar i ledelseslinjen. Dette ble først og fremst undersøkt ved intervjuer. Styreleder, administrerende direktør, klinikkdirektør, samtlige seksjonsledere og de fleste medisinske faglige rådgivere ble intervjuet.

Helseforetakets ledergruppe består av administrerende direktør, klinikkdirektørene, fagsjef, sjef for internservice, forskningssjef, samhandlingssjef, kommunikasjonssjef og administrasjonssjef, HR-direktør og økonomidirektør i Helse Fonna HF. Direktør i Klinikk for psykisk helsevern er leder i nivå to, direkte underlagt administrerende direktør for Helse Fonna HF og har som enhetlig leder et helhetlig faglig og administrativt ansvar for Klinikk for psykisk helsevern. Klinikkdirektør har ansvar for å rapportere faglig svikt i linjeledelsen til administrerende direktør som videre kan informere styret. Administrerende direktør og styret har et selvstendig ansvar for å kontrollere drift og faglig kvalitet i de forskjellige klinikkene i Helse Fonna HF. PwC kan ikke se at dette er gjort på en måte som beskrevet under "god praksis for internkontroll", og at så langt vi kan se er styrets aktivitetsplikt og tilsynsansvar for tilstrekkelig kontrollsystem i liten grad fulgt opp.

Klinikkdirektøren har en egen stab med åtte ansatte. Blant dem er en fagsjef i 20 prosent stilling. Fagsjefen har blant annet ansvar for sentralt fagråd som består av spesialister fra forskjellige seksjoner og to brukerrepresentanter. Sentralt fagråd ble opprinnelig opprettet for å gi faglige råd i aktuelle saker. De siste årene har sentralt fagråd hatt få saker å behandle. Et medlem av det sentrale fagrådet har i intervjuer opplyst at det sentrale fagrådet måtte "kjempe" for å få saker. Dette i kontrast til store omorganiseringsprosesser og andre aktuelle saker som staben i Klinikk for psykisk helsevern har håndtert de senere årene. Det sentrale fagrådet ble "lagt på is" i februar 2009 blant annet på grunn av svakt oppmøte. Bortfallet av sentralt fagråd er desto mer bekymringsfullt ettersom klinikkdirektør per dags dato, så vidt PwC kjenner til, ikke har andre formelle kontaktpunkter med spesialistene.

I Klinikk for psykisk helsevern er det stort fokus på å følge linjen i beslutningsprosesser. Flere av intervjuobjektene opplever å ikke ha klar beslutningsmyndighet. Seksjonsledere må ofte involvere stab eller klinikkdirektør før beslutninger kan fattes. Manglende forståelse av beslutningsmyndighet har PwC også møtt i det praktiske samarbeidet med klinikken.

Klinikk for psykisk helsevern består av ni seksjoner med hver sin seksjonsleder. Disse er direkte underlagt klinikkdirektør. Seksjonslederne har en overordnet stillingsbeskrivelse (funksjonsbeskrivelse), men ikke individuelle stillingsinstrukser. Ifølge klinikkdirektør er det kommunisert til seksjonsledere (nivå tre) at de har et enhetlig ansvar for både det administrative og det faglige i sin seksjon. I intervjuer forteller likevel flere av seksjonslederne som ikke selv er spesialister at de har vært usikre på egen rolle i forhold til det faglige. Flere har ubevisst eller bevisst overlatt det faglige ansvaret til spesialistene. Dermed har det oppstått en todelt ledelsesstruktur med en uformell ledelse i tillegg til den formelle. Flere seksjonsledere forteller at de først i forbindelse med tilsynssaken har tatt inn over seg sitt enhetlige ansvar.

I de seksjonene hvor leder ikke er legespesialist er det utpekt en medisinsk faglig rådgiver. I intervjuer med de medisinsk faglige rådgiverne på forskjellige seksjoner, kommer det frem at de har en lite ensartet rolle. Det er heller ikke et dokument eller en stillingsinstruks som beskriver denne rollen. Det er stor variasjon i hvordan møter mellom seksjonsleder og medisinsk faglig rådgiver er organisert og det varierer hvorvidt medisinsk faglig rådgiver deltar i ledermøter i seksjonene. De fleste forteller om uformelle møter ved behov og en intensjon om at medisinsk faglig rådgiver skal integreres i ledergruppen. Det er gitt uttrykk for at kjemien mellom seksjonsleder og medisinsk rådgiver avgjør kvaliteten på samarbeidet. I enkelte seksjoner fungerer derfor samarbeidet godt. Andre medisinsk faglige rådgivere mener at de ikke har noen reel påvirkningsmulighet i seksjonen. Linjestrukturen gjør det desto viktigere at medisinsk faglige rådgivere har en formell rolle opp mot seksjonsleder fordi det er få muligheter til å komme med faglige innspill til klinikkledelsen utenom linjen.

Seksjonslederne har en klar fullmaktsmatrise der seksjonsleders fullmakter er beskrevet. Viktige fullmakter som myndighet til å ansette og gjøre innkjøp over en viss størrelse er opphevet på det tidspunktet PwC gjør sin gjennomgang. En del seksjonsledere føler at de har mye ansvar, men begrenset myndighet. Disse begrensningene i fullmakter kan føre til at seksjonslederne får mindre autoritet i egen organisasjon. Seksjonslederne som ikke er spesialister har i utgangspunktet en utfordrende rolle med å lede lege- og psykologspesialister. Begrensede fullmakter til å gjøre selvstendige beslutninger kan dermed være uheldig.

4.3.2 Roller og ansvar mellom seksjoner

I den opprinnelige tilsynssaken pekte Helsetilsynet på store samarbeidsproblemer mellom Haugesund sjukehus og Haugaland DPS. Ved hjelp av intervjuer og dokumentgjennomgang har vi derfor sett på samarbeidet mellom de ulike seksjonene i Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna HF i dag.

Klinikk for psykisk helsevern ble dannet ved en sammenslåing av flere enheter fra fylkeskommunene Hordaland og Rogaland i 2003. Sykehusene Valen og Haugesund dominerte i hver sin region. Valen sjukehus har en lang tradisjon som psykiatrisk sykehus. Haugesund sjukehus sin psykiatriske avdeling har kortere historie, men var på 1990-tallet kjent som en av landets beste psykiatriske avdelinger.

Før sammenslåingen hadde Valen sjukehus en etablert kvalitetshåndbok, gode rutiner for samarbeid med fastleger og individuell plan til alle inneliggende pasienter. I intervjuer gir medarbeidere uttrykk for at sammenslåingen var styrt fra "Haugesundsmiljøet". Det er dermed en del bitterhet blant ansatte ved Valen sjukehus over at deres kompetanse og tradisjoner ikke ble brukt under dannelsen av Klinikk for psykisk helsevern. Dette kan være noe av bakgrunnen for at skepsis preger samarbeidet regionene imellom. Leger ved Valen sjukehus orienterer seg fortsatt mer mot Bergen enn mot Haugesund.

Ved oppstarten av Klinikk for psykisk helsevern hadde ledelsen ambisjoner om å lage nye rutiner og prosedyrer som var felles for hele klinikken. Det ble nedsatt en prosjektgruppe i 2003 som skulle utarbeide felles prosedyrer, men etter to møter ble prosjektet avlyst på grunn av svak økonomi ifølge deltaker i gruppen. I dag er få faglige prosedyrer lagt ut i et felles kvalitetssystem og de forskjellige seksjonene bruker hovedsakelig papirbaserte kvalitetshåndbøker. Dette kan gi en utfordring for samarbeidet mellom seksjonene fordi man ikke har en enhetlig måte å finne prosedyrer på de ulike seksjonene. Mangel på felles rutiner utgjør også en risiko når leger har vakt på andre seksjoner enn sitt vanlige arbeidssted.

Opprettelsen av DPSer kom sent i gang i Helse Fonna HF og måtte derfor gjøres i løpet av kort tid i 2004. I årene som fulgte, frem til 2007, var det et stort fokus på de nye DPSene. Mange funksjoner ble fjernet fra sykehusene, fungerende fagmiljø ble brutt ned og nye fagmiljø ble bygget opp. Med alle endringer som skjedde blir denne perioden beskrevet som konfliktfylt, kanskje særlig mellom Haugesund sjukehus og Haugaland DPS.

Det er PwC sitt inntrykk at samarbeidsklimaet de siste årene har bedret seg mellom DPS og sykehus både i Haugesundsregionen og i regionen rundt Valen sjukehus. DPSene og sykehusene har både felles inntaksmøter og flere kontaktpunkter enn tidligere. Funksjonsdelingen ser også ut til å være bedre gjennomført. Likevel preges fortsatt miljøene i Klinikk for psykisk helsevern av lite samhandling over tid og svak kultur for felles å drøfte vanskelige pasienter.

4.3.3 Roller og ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og andre

Helse Fonna HF og kommunene har i fellesskap utarbeidet en skriftlig avtale for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Avtalen skal sørge for god ivaretagelse av pasienter. I intervjuer fremgår det imidlertid at mange utenfor Klinikk for psykisk helsevern anser klinikken som lite åpen for innspill om pasienter fra pårørende, avtalespesialister, fastleger og andre. Tross en rekke forsøk er det ikke etablert formelle møter mellom klinikken og kommunelegene eller fastlegene.

De fleste psykiatriske pasienter behandles parallelt hos fastlege og i psykiatrien. Fastlegen henviser pasienten når det ønskes en vurdering eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Når en pasient er under poliklinisk behandling i psykiatrien, får fastlegen lite og forsinket informasjon om hvem som er behandler

og hvilken behandling som gis. Informasjonen gis i dag først og fremst via epikriser, og ikke fortløpende under pasientforløpet. Dermed mangler fastlegen viktig informasjon i møte med pasienten. I intervjuer trekker fastleger frem at manglende informasjon føles utrygt når de initiale vurderingene er gjort av en høyskoleutdannet og ikke av en spesialist. Gjennom intervjuer er det også kommet frem at fastleger vegrer seg mot å henvise til Klinikk for psykisk helsevern når de er usikker på om pasienten vil få en spesialistvurdering. Manglende informasjon til fastlegene strider med DPS veileder (2006) der det heter at "Det er viktig å etablere kontakt med fastlege og andre aktuelle tjenesteytere i kommunen både ved behandlingsstart, under behandlingen og ved avslutning".

Flere seksjoner i Klinikk for psykisk helsevern jobber med å lage rutiner for å sende ut inntakstnotat og oppsummeringsnotat etter tre måneder. Dette er foreløpig kun gjennomført for enkelte pasienter.

Det er i dag manglende systemer for at fastlege eller kommunelege kontaktes ved utskrivelse. Dette kan være frustrerende for fastlegene da det ofte ligger et stort arbeid bak å få innlagt en pasient, og det krever koordinering å ta i mot pasienten til kommunen. I tillegg etterlyser fastlegene veiledning om videre behandling av utskrevne pasienter i epikriser.

Fastlegene peker på at akutt ambulante team fungerer svært godt og har god tilgjengelighet. I mindre akutte situasjoner forteller fastlegene at det derimot er vanskeligere å få tak i spesialister i psykiatrien enn i somatikken.

I en rapport fra Kunnskapssenteret om fastlegers oppfatninger av DPSer i Norge (2008), skårer Haugaland DPS lavt på veiledning. I dette ligger at fastlegene har få muligheter til nødvendig faglig støtte, samt faglig veiledning i form av fagdager og samarbeidsmøter. Stord DPS og Folgefonna DPS får derimot gjennomsnittlig skår på veiledning. Haugaland DPS er også det DPS som fastlegene alt i alt er minst fornøyd med i Helse Fonna HF. Rapporten omfatter også Karmøy DPS, men på grunn av kun fire respondenter er resultatene usikre. Svarene til de fire fastlegene er overveiende negative. Det er PwC sitt inntrykk at de geografiske forskjellene i fastlegenes syn på DPSene består, selv om fastlegene også antyder en positiv utvikling den siste tiden, særlig på Haugaland DPS.

4.4 Prioritering

4.4.1 Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp

Vurdering av henviste pasienters rett til nødvendig helsehjelp er et av områdene hvor psykiatrien i Norge har fått mye kritikk. Kritikken fremgår blant annet i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med DPSene (2010) og i Riksrevisjonenes rapport om tilbudet til voksne med psykiske problemer (2009). I et tilsyn ved Karmøy DPS utført av Helsetilsynet i Hordaland i 2008, bygget ett av avvikene på at det kun var én

psykolog som gjorde alle prioriteringer av rett til nødvendig helsehjelp. Dette ble oppfattet som sårbart og med risiko for at medisinske tilstander ikke skulle bli oppfattet.

Norske helseforetak skal følge prioriteringsforskriften og pasientrettighetslovens § 2-2, som gir henviste pasienter rett til å få sin helsetilstand vurdert. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene laget en prioriteringsveileder. Den skal sørge for en riktigere prioritering og en mer enhetlig praksis i spesialisthelsetjenesten, uten de store lokale og geografiske forskjeller som tidligere er registrert.

Klinikk for psykisk helsevern bruker ifølge intervjuobjekter den nevnte prioriteringsveilederen for å vurdere pasienters rett til nødvendig helsehjelp. Vurderingene foregår primært i ett inntaksmøte der legespesialist og psykolog er til stede. Enkelte behandlere forteller at de fleste pasientene får tilbud om behandling på grunn av god kapasitet i klinikken. Det har vært utenfor PwCs mandat å gå i detalj på hvordan prioriteringsveilederen blir brukt i praksis.

Tabellen under viser hvor mange prosent av de mottatte elektive (planlagte/ikke akutte) henvisningene som vurderes til at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Helse Fonna HF er her sammenlignet med de tre andre helseforetakene i Helse Vest RHF. I voksenpsykiatrien prioriterer Helse Fonna HF relativt likt med både Helse Bergen HF og Helse Førde HF, mens Helse Stavanger HF har hatt en utvikling de siste tre årene mot å prioritere strammere. I barnepsykiatrien skiller Helse Fonna HF seg noe ut ved å prioritere så godt som alle henviste pasienter (98 prosent).

	2008	2009	2010
Andel med rett, voksenpsykiatri, elektive, Helse Fonna HF	90 %	89 %	89 %
Andel med rett, voksenpsykiatri, elektive, Helse Førde HF	96 %	91 %	87 %
Andel med rett, voksenpsykiatri, elektive, Helse Stavanger HF	91 %	75 %	64 %
Andel med rett, voksenpsykiatri, elektive, Helse Bergen HF	83 %	87 %	85 %
Andel med rett, BUP, elektive, Helse Fonna HF	98 %	95 %	98 %
Andel med rett, BUP, elektive, Helse Førde HF	90 %	88 %	92 %
Andel med rett, BUP, elektive, Helse stavanger HF	96 %	96 %	94 %
Andel med rett, BUP, elektive, Helse Bergen HF	83 %	84 %	84 %

Tabell 5. Andel henvisninger vurdert med rett til nødvendig helsehjelp²⁴

Klinikk for psykisk helsevern hadde i 2006 en intern gjennomgang som viste at en høy andel av henvisningene ble vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp. Det ble da slått fast at andelen var høyere

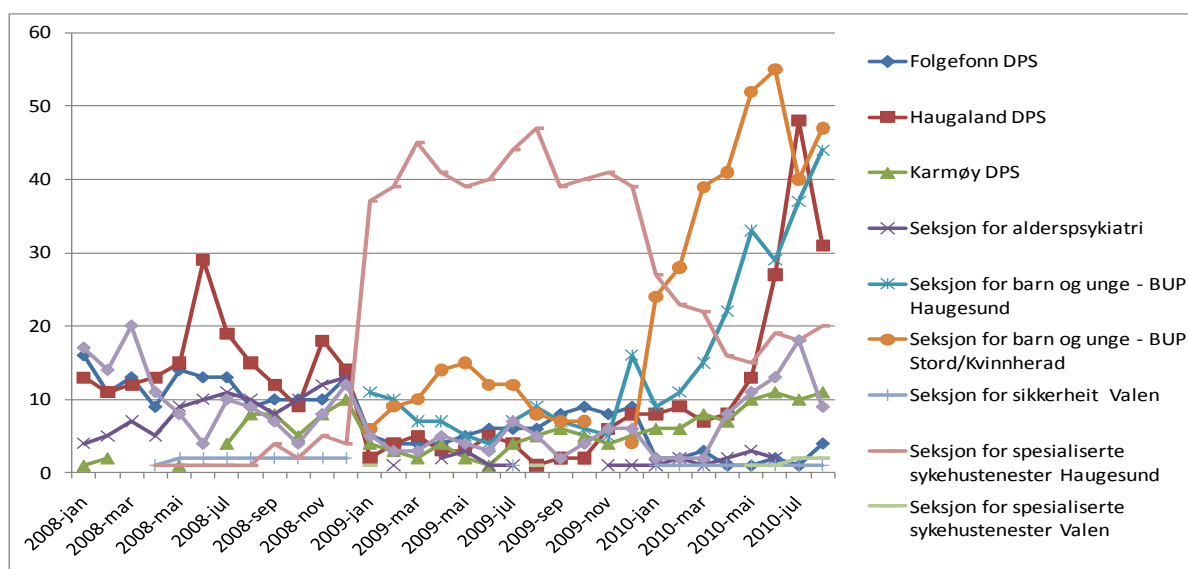
²⁴ Kilde: Ventelistekube Helsefaglig styringsinformasjon, Helse Vest RHF

enn ønsket, og at dette skyldtes feil forståelse av prioriteringsveilederen. Likevel er andelen med rett til nødvendig helsehjelp i dag omtrent den samme som i 2006.

PwC kjenner ikke til at det finnes nasjonale føringer på hvor stor andel av pasientene som bør ha rett til nødvendig helsehjelp. Høy andel med rett til nødvendig helsehjelp kan imidlertid være et problem for de pasientene med alvorlig psykisk sykdom som kanskje ikke får den plassen lengst fremme i køen som de skulle hatt. Prioritering skal ifølge prioriteringsveilederen gjøres ut fra definerte kriterier som gir lik vurdering for samme diagnose, og for eksempel ikke ut fra kapasitet. For en del pasienter vil sågar et tilbud i førstelinjetjenesten være vel så bra som i spesialisthelsetjenesten. Det er indikasjoner på at enkelte seksjoner i Klinikk for psykisk helsevern knapt avviser noen, grunnet god kapasitet. Innstramming av prioriteringspraksis blir da vanskelig når behandlingsskapasiteten går ned, for eksempel ved permisjoner.

4.4.2 Ventetid og fristbrudd

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har krav på å få en frist for når spesialisthelsetjenesten senest yter helsehjelp ut fra medisinsk forsvarlighet. Fristen skal settes av spesialisthelsetjenesten selv, ut fra en individuell vurdering av den enkelte pasienten. Brudd på denne fristen regnes som et fristbrudd. I Klinikk for psykisk helsevern er det stor variasjon mellom seksjonene i antall fristbrudd. Enkelte seksjoner, som BUP Stord, har over tid hatt høy grad av fristbrudd. Dette er sannsynligvis en følge av mangel på legespesialister. Høy andel av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp må sees i sammenheng med fristbrudd på ventetid. Mer korrekte vurderinger av rett til helsehjelp kunne muligens gitt færre fristbrudd.



Figur 5. Fristbrudd for ventende ved periodeslutt²⁵ (Klinikk for psykisk helsevern Helse Fonna HF)

²⁵ Kilde: Ventelistekube Helsefaglig styringsinformasjon, Helse Vest RHF

4.5 Ressurssituasjon

4.5.1 Fagressurser

Journalgjennomgangen gav indikasjoner på systematiske avvik fra god faglig standard i Klinikk for psykisk helsevern. Det kan virke som behandlerne i klinikken har for lite tilgang til legeressurser, og manglende medikamentnotat fra leger kan tyde på en presset legesituasjon. Det er derfor interessant å vurdere om disse manglene i fagligheten skyldes for få leger eller om det er andre årsaker til svikten.

Svært mange forteller i intervjuer at de mener legeressursene er spredt for tynt ut over klinikken. Enkeltleger kan ha ansvar for flere enheter som gjerne har stor geografisk avstand. Noen enheter har i praksis begrenset tilgang til lege, for eksempel kun en gang i uken.

Ved hjelp av data fra Klinikk for psykisk helsevern og fra Samdata (Helsedirektoratet) har PwC sett på legesituasjonen i Helse Fonna HF og sammenlignet den med Helse Førde HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Dette er desentraliserte helseforetak med mange likhetstrekk med Helse Fonna HF i organisering og befolkningstall i nedslagsområdet.

Under vises fordeling av antall psykiatere, leger i spesialisering, turnusleger, psykologspesialister og psykologer i Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna HF, Helse Førde HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

	Psykiatere	Leger i spes.	Turnusleger	Psykologspes.	Psykologer	Totalt ant. stillinger
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF	27	16,3	7	30,5	32,3	661,7
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Førde HF	18,43	6,7	3	10,6	20,65	401,3
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Nord-Trøndelag HF	26,65	11,75	6	10,25	25	378,83

Tabell 6. Sammenlikning antall stillinger i Klinikk for psykisk helsevern i tre helseforetak²⁶

²⁶ Kilde: Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Nord-Trøndelag HF

Per 10 000 innbyggere	Psykiatere	Leger i spes.	Turnus- leger	Psykolog- spes.	Psykologer	Totalt ant. stillinger
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF	1,58	0,96	0,41	1,79	1,90	38,82
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Førde HF	1,72	0,63	0,28	0,99	1,93	37,48
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Nord-Trøndelag HF	2,01	0,89	0,45	0,77	1,89	28,57

Tabell 7. Sammenlikning antall stillinger per 10000 innbygger i Klinikk for psykisk helsevern i tre helseforetak²⁷

Andel av totalt ant. Stillinger	Psykiatere	Leger i spes.	Turnus- leger	Psykolog- spes.	Psykologer
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF	4,1 %	2,5 %	1,1 %	4,6 %	4,9 %
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Førde HF	4,6 %	1,7 %	0,7 %	2,6 %	5,1 %
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Nord-Trøndelag HF	7,0 %	3,1 %	1,6 %	2,7 %	6,6 %

Tabell 8. Sammenlikning prosentvis antall stillinger i Klinikk for psykisk helsevern i tre helseforetak²⁸

	Samdata psykisk helsevern / SSB
Grunnlagsdata befolkning:	2009
FONNA	170432
FØRDE	107080
NORD-TRØNDELAG	132588

Tabell 9. Grunnlagsdata²⁹

Tabell 7 viser at totalt antall årsverk er høyest for Helse Fonna HF med 39 per 10.000 innbyggere. Helse Fonna HF skiller seg videre ut med færrest legespesialister per 10.000 innbyggere. Helse Fonna HF har 1,58 legespesialister per 10.000 inbyggere, mens Helse Førde HF har 1,72 og Helse Nord-Trøndelag HF

²⁷ Kilde: Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Nord-Trøndelag HF

²⁸ Kilde: Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Nord-Trøndelag HF

²⁹ Kilde: SSB

har 2,02. Av de tre har Helse Fonna HF lavest andel psykiatere av totalt antall årsverk (se tabell 8). Andelen psykiatere er 4,1 prosent i Helse Fonna HF, mot 4,6 prosent i Helse Førde HF og 7,0 prosent i Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Fonna HF har imidlertid flest psykologspesialister av de tre helseforetakene.

Tabellen kan gi inntrykk av at det er for få leger og ikke minst legespesialister i Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF. Helse Fonna HF har vesentlig færre leger enn Helse Nord-Trøndelag HF. Men det er totalt sett flere leger per 10.000 innbyggere i Helse Fonna HF enn i Helse Førde HF; 2,95 i Helse Fonna HF mot 2,63 leger per 10.000 innbyggere i Helse Førde HF (legekategorier slått sammen). I tabellen er det angitt at det er 27 psykiatere i Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna HF. Av disse er 1,6 stillinger ute i forskningspermisjon.

Helse Fonna HF leier inn 8 til 10 leger årlig, mens Helse Førde HF og Helse Nord-Trøndelag HF i praksis ikke har innleieleger. Med tanke på at Helse Førde HF klarer seg uten innleieleger selv med færre leger og psykologer, må det stilles spørsmål ved organisering av klinikken og om legeressursene blir brukt rett i Helse Fonna HF.

Utgifter til innleieleger	2005	2006	2007	2008	2009
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF	7 492 877	13 956 676	17 185 315	16 317 801	18 057 155
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Førde HF				35 000	
Klinikk for psykisk helsevern, Helse Nord-Trøndelag HF	0	0	0	0	0

Tabell 10. Sammenstilling av utgifter til innleieleger ved tre klinikker for psykisk helsevern³⁰

³⁰ Kilde: Helse Fonna HF, Helse Førde HF og Helse Nord Trøndelag HF

Seksjon	2008	2009	2010
Alderspsykiatrisk, Haugesund	1 spes. hele året	1 spes. hele året	1 spes. til og med mars
Seksjon for spesialisert behandling, Haugesund	1 spes. hele året	1 spes. hele året	1 spes. hele året ³¹ 1 ass. bestilt fra okt.
Folgefonn DPS	1 spes. hele året	1 spes. hele året	1 spes. hele året, 1 ekstra spes. bestilt fra sept.
Haugaland DPS	2 spes. hele året	2 spes. hele året	2 spes. hele året ³²
Karmøy DPS	1 spes. hele året, 1 spes. jan-juli	1 spes. hele året	1 spes. hele året
Stord DPS	Ingen	Ingen	1 spes. bestilt fra september ³³
Seksjon for spes. behandling, Valen	1 spes. hele året, 1 ass. i vekslende lev.	1 spes. hele året, ca ½ ass.	1 spes. hele året ³⁴ , 1 ekstra spes. bestilt fra sept, 1 ass. 4 uker i okt.
Seksjon for sikkerhet, Valen	Ingen	Ingen	Ingen
BUP Haugesund	Ingen	Ingen	Ingen
BUP Stord og Kvinnherad	½ spes. hele året	½ spes. hele året	1 spes. hele året
SUM Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF	Ca 9 i snitt hele året	Ca 8 i snitt hele året	Ca 8 i snitt hele året

Tabell 11. Fordeling innleieleger per seksjon ved Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF³⁵

³¹ Innleie til akuttpost skulle etter endret budsjetttilpasning opphøre fra april 2010, men er videreført ut året etter interne rokkeringer mellom sykehuset og Haugaland DPS.

³² Etter endret budsjetttilpasning ble det planlagt kun ett årsverk innleie fra april til og med september 2010. En har måttet endre dette slik at det fra april/mai fortsatt har vært 2 årsverk innleie.

³³ Avvikling av overlegepermisjon samt ferie og perioder med sykemelding har gjort det nødvendig med innleie høsten 2010.

³⁴ Planlagt innleie t.o.m. juni 2010. Men 1 fast overlege sluttet. Avvikling av overlegepermisjon med mer, har medført fortsatt behov for løpende innleie og ekstra ressurser fra sept/okt.

³⁵ Kilde: Helse Fonna HF, Helse Førde HF og Helse Nord Trøndelag HF

4.5.2 Rekrutteringsstrategi

I klinikk for psykisk helsevern har det i flere år vært vanskelig å rekruttere nok leger til å fylle alle legehjemler. Særlig har det vært vanskelig å rekruttere leger til de minste enhetene med små fagmiljø. Flere enheter har over tid ikke klart å rekruttere faste legespesialister og er dermed blitt avhengig av faste avtaler med innleieleger.

Det er i intervjuer fremkommet at Klinikk for psykisk helsevern sin hovedstrategi for å rekruttere fagfolk er å utdanne egne spesialister. I 2010 blir fem leger ferdig med spesialisering. Særlig BUP Haugesund har over tid klart å rekruttere det antallet spesialister det er hjemler for ved å utdanne egne leger. Deler av voksenpsykiatrien er derimot avhengig av å leie inn leger og rekruttere leger fra utlandet. 25 prosent av spesialiststillingene er i dag dekket av innleieleger.

Helse Fonna HF tilbyr mulighet til å forske som et virkemiddel i rekrutteringen. Forskningsarbeid antas å tiltrekke seg både ressurser og kompetanse, og leger og psykologer kan blant annet søke om en 20 prosent forskerstilling.

Leger i spesialisering har et svært omfattende utdanningsprogram, med store krav til veiledning og intern undervisning. Ifølge intervjuobjekter fungerer den individuelle veiledningen godt, mens den ukentlige internundervisningen som holdes på Stord har et varierende nivå. Ofte uteblir legespesialist, selv om spesialistkomiteen som til slutt skal godkjenne spesialitetene forventer slik tilstedeværelse.

Flere av legene i spesialisering opplyser at de har hatt problemer med å fullføre spesialistutdanningen på normert tid grunnet manglende oppfølging og tilrettelegging fra klinikkledelsen. De opplever at ledelsen ikke er villig til å gjøre endringer for å få til tellende tjeneste. At leger i spesialisering møter slike problemer ryktes fort og kan medføre utfordringer i det fremtidige rekrutteringsarbeidet.

Leger i spesialisering innen psykiatri er i dag ifølge intervjuer bedre betalt enn leger på samme nivå i somatikken i Helse Fonna HF. For ferdige spesialister er det derimot rapportert at noen har sluttet på grunn av for lav lønn eller manglende tilrettelegging. Det antydes at legespesialister tjener noe bedre i Helse Fonna HF enn i andre helseforetak i Helse Vest RHF, men at lønningene er høyere i andre regionale helseforetak. Det fortelles at en rekke leger har sluttet i Klinikk for psykisk helsevern når de nærmer seg oppnådd spesialitet. Dette er et fenomen som mange distriktsforetak sliter med, men det kan likevel si noe om jobbtilfredshet i Helse Fonna HF.

Rekruttering av leger fra utlandet har vært en viktig strategi for Klinikk for psykisk helsevern. Fokuset har særlig ligget på Tyskland, blant annet i form av en egen nettside. I dag er en av tre legespesialister rekruttert fra utlandet. Dette er ikke i seg selv et stort problem. Det er imidlertid PwCs inntrykk at en del av de utenlandske legene har korte ansettelsesforhold. Dette går utover kontinuiteten blant overlegene og gjør det vanskelig å skape robuste fagmiljøer. Bruk av utenlandske leger gir også utfordringer ved

samhandling med andre deler av helsetjenesten på grunn av språkproblemer og en svakere forståelse for organiseringen av helsetjenesten i Norge.

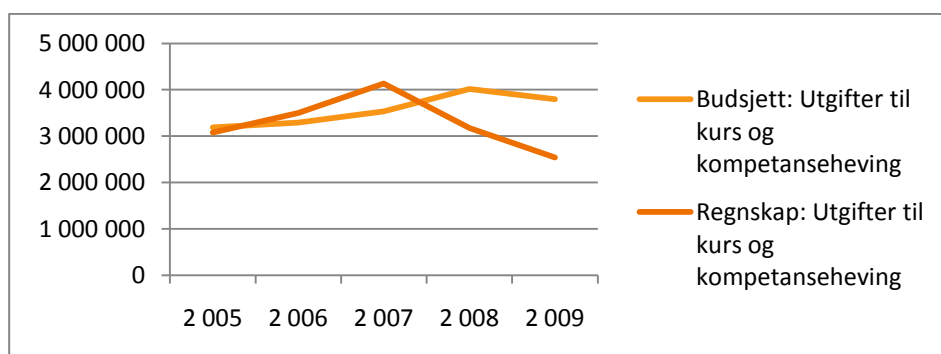
Klinikk for psykisk helsevern har årlig cirka 20 turnusleger innom. Det er ikke opplyst at det blir gjort spesielle rekrutteringsfremstøt mot denne gruppen.

4.5.3 Opplæring

Gjennomgangen av Klinikk for psykisk helsevern viser et behov for kompetanseheving blant behandlere. En sammenligning med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Førde HF, viser at Helse Fonna HF bruker minst penger på kurs og opplæring i psykiatrien. Tallene er henholdsvis kr 6 877,-, kr 7 425,- og kr 3 763,- årlig per ansatt i 2009. Det lave forbruket på kompetanseheving er vanskelig å forstå sett i lys av at Klinikk for psykisk helsevern har gått med økonomisk overskudd de siste årene. De budsjetterte midlene er heller ikke blitt brukt. Ifølge intervjuobjekter har helseforetaket satt en stopper for opplæring underveis i budsjettåret på grunn av svak økonomi generelt i Helse Fonna HF.

Midler til opplæring varierer mellom yrkesgruppene. Legene får eksempelvis dekket noen kurs gjennom medlemskap i Den norske legeforening. Flere av intervjuobjektene ønsker imidlertid å delta mer på eksterne kurs, og flere er frustrerte over at de ikke får delta på kurs de selv oppfatter som svært sentrale. I 2010 har de ansatte fått signaler om at det er svært lite kursmidler til disposisjon. Dermed har færre søkt om midler til kompetanseheving. Alle seksjonene har internopplæring av ulikt omfang og med varierende oppmøte.

Grafen nedenfor gjengir budsjett og forbrukte midler til kompetanseheving i Klinikk for psykisk helsevern totalt.



Figur 6. Budsjett og regnskap for utgifter til kurs og kompetanseheving Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF³⁶

³⁶ Kilde: Helse Fonna HF

Sammenlikning av utgifter til kurs og kompetanseheving per ansatt ved tre klinikker for psykisk helsevern.

Klinikk for psykisk helsevern ved	2008	2009
Helse Fonna HF	4 793	3 763
Nord-Trøndelag HF	10 014	6 877
Helse Førde HF	6 868	7 425

Tabell 11. Kurs og kompetanseheving regnskap per ansatt³⁷

4.6 Informasjon og kommunikasjon

Kommunikasjon og informasjonsflyt har vært et av intervjuemålene i gjennomgangen av Klinikk for psykisk helsevern. Mangel på kommunikasjon og samarbeid blir av flere trukket frem som en mulig bakgrunn for de forhold som ble påpekt av Helsetilsynet i tilsynsrapporten som utløste gjennomgangen³⁸.

De intervjuede personene har blandet syn på informasjonen de får fra ledelsen. Både administrerende direktør i Helse Fonna HF og direktør for Klinikk for psykisk helsevern får kritikk for manglende generell informasjon til de ansatte. Det fremgår likevel at nåværende administrerende direktør i helseforetaket har større fokus på blant annet rapporteringslinjer enn tidligere leder. Administrerende direktør forklarer at hun i hovedsak mottar muntlig rapportering fra klinikkdirektøren.

Stadige endringsprosesser blir nevnt som noe av forklaringen på kommunikasjonsutfordringene klinikken har og har hatt. Nye og endrede rapporteringslinjer gir utfordringer for kommunikasjonen i ledelseslinjen, både med tanke på hvem det skal rapporteres til og hvordan samarbeid i linjen fungerer. Ansatte forteller om mangel på informasjon fra ledelsen eller de ansvarlige om endringer i eller innføringer av nye rutiner og prosesser.

Klinikkdirektøren er etter fleres oppfatning lite tilgjengelig og synlig på de ulike seksjonene. Dermed er det mange medarbeidere som ikke har kjennskap til klinikkdirektøren. En medarbeider forteller at hun verken har sett eller møtt direktøren gjennom sine år ved klinikken. Det er også kommet indikasjoner på kommunikasjonsutfordringer mellom enkelte fagmiljøer og klinikkdirektøren. Flere fagressurser opplyser at de føler seg lite hørt av klinikkdirektøren, selv etter at de har deltatt i ulike arbeidsgrupper i klinikken.

³⁷ Kilde: Helse Fonna HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Førde HF

³⁸ Helsetilsynet: 2008/11715 734.1, Dato: 26.02.2010

Intervjuobjekter uttrykker misnøye med at flere seksjonsledere over tid er blitt mindre synlige og tilgjengelige for medarbeiderne. De opplever dermed at de ikke får den informasjonen de føler de har behov for og krav på fra ledelsen. Medarbeidere opplyser også at en rekke meldinger og informasjon som de har sendt til sine seksjonsledere i flere tilfeller ikke er blitt videreformidlet til klinikkdirektøren. Med bakgrunn i dette har medarbeidere sendt rapporter direkte til klinikkdirektøren, men er senere blitt irettesatt for dette av sine seksjonsledere.

Enkelte seksjonsledere informerer om mangel på tid til å gjennomføre møter med sine medarbeidere. Møter blir utsatt og avlyst på grunn av annet arbeid og møtevirksomhet som må prioriteres. Flere seksjonslederne forklarer at medarbeidere av den grunn mottar mindre informasjon enn planlagt.

Flere fagressurser ved seksjoner der seksjonsleder ikke selv er fagperson, uttrykker misnøye med kommunikasjonen med seksjonsleder. Fagressurser opplever at faglige spørsmål de ønsker å ta opp "stopper opp" i organisasjonen på grunn av manglende kommunikasjonslinjer.

En rekke av de intervjuede personene opplyser om manglende medarbeidersamtale. Dette gjelder alle nivå i klinikken. Enkelte ansatte har ikke hatt medarbeidersamtaler på flere år.

4.7 Arbeidsmiljø og kultur

I Plan for psykisk helsevern Helse Fonna HF 2008/09 er det i kapittel 4 beskrevet hvordan det skal arbeides med kvalitetsutvikling og HMS i Klinik for psykisk helsevern. Det står blant annet at det skal jobbes for et godt arbeidsmiljø der ansatte skal føle seg som en viktig del av klinikken samt at de ansatte skal oppleve klinikken som en god arbeidsplass. For 2008 var det blant annet definert at hver enhet skulle ha 2-3 fokusområder for forbedring av arbeidsmiljø med tilhørende handlingsplan. I tillegg er det i planen beskrevet at det skal arbeides for å få et strukturert og mer uformelt samarbeid mellom ledelsen, verneombud og tillitsvalgte for å bidra til å skape og vedlikeholde attraktive arbeidsplasser.

Det er også igangsatt ulike HMS-handlingsplaner gjeldende for Helse Fonna HF som helt eller delvis er implementert og/eller fulgt opp. I et notat av 18. desember 2009 fremkommer det at handlingsplanen for HMS for 2009 blant annet omhandler gjennomgang av prosedyrer for volds - og trusselsituasjoner samt omfanget av slike hendelser med tilhørende debriefing.

Alle de intervjuede personene fikk spørsmål om deres oppfatning av arbeidsmiljøet og kulturen i de respektive seksjonene. Det ble fortalt om et godt arbeidsmiljø med fokus på pasientenes beste. I et historisk perspektiv opplyses det at klinikken har hatt betydelige utfordringer vedrørende samarbeidet profesjonene imellom. I dag er det få som anser profesjonskamp som et vesentlig problem i klinikken. Ansatte har i liten grad informert om intriger og konflikter internt i klinikken som har ført til utfordringer i behandlingen av pasientene.

En rekke av de intervjuede forteller at klinikken ikke fremstår som en helhetlig klinikk. Den geografiske spredningen på klinikken skaper utfordringer for det totale arbeidsmiljøet. Klinikken bærer preg av ulike kulturer der ytterpunktene er Valen sjukehus og Haugesund sjukehus. Enkelte medarbeidere opplyser at kulturforskjellene kan medføre utfordringer i samarbeidet mellom ulike seksjoner i klinikken.

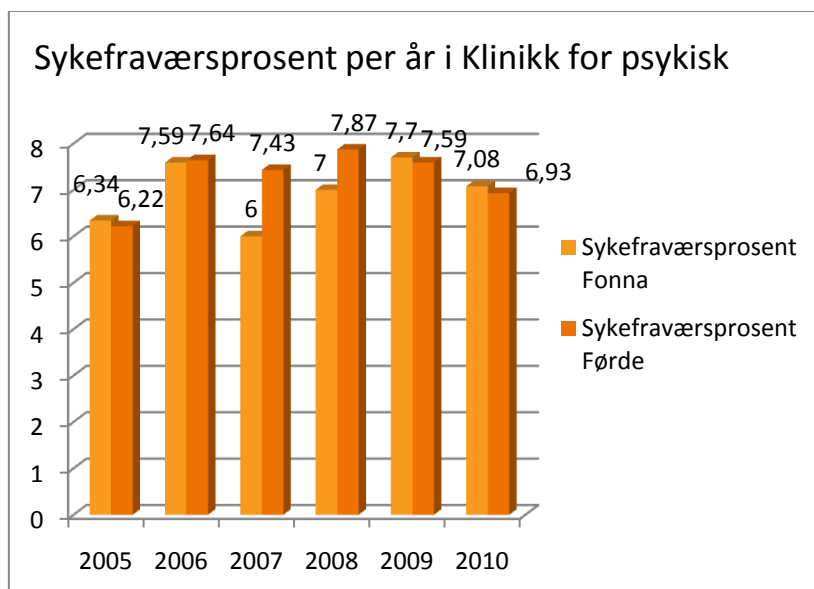
Intervjuobjekter forteller om usikre arbeidsforhold som et resultat av stadige omorganiseringsprosesser. Enkelte er redd for at stillingene deres skal falle bort. Noe av frykten kan skyldes manglende informasjon til de ansatte ved omstilling.

Det opplyses om at det er liten utskiftning av personale i klinikken. Stabilt personale skaper ro i pasientbehandlingen, men ledere og medarbeidere som har vært ansatt i en årrekke kan ha vansker for å omstille seg til nye rutiner og systemer.

Flere medarbeidere opplyser at de er redde for å gjøre feil. Frykten kan være et resultat av at enkelte har blitt korrigert av sine ledere i andre medarbeideres påhør.

Det kan synes som om klinikken ikke har en god nok kultur for at medarbeidere tar egne initiativ i jobben. Intervjuobjekter forteller at de har kommet med endringsforslag som ikke er blitt fulgt opp av ansvarlig seksjonsleder.

Flere av de intervjuede personene opplyser å ha en slitsom arbeidshverdag med høyt press. Det fremkommer likevel av figuren under at sykefraværet ved Klinik for psykisk helsevern i Helse Fonna HF er tilnærmet likt som ved Helse Førde HF, dersom en ser bort fra årene 2007 og 2008.



Figur 8 Sykefraværsprosent Klinik for psykisk helsevern i Helse Fonna HF og Helse Førde HF³⁹

³⁹ Kilde: Helse Fonna HF

4.8 Kvalitet og kontroll

4.8.1 Kvalitetssystem

Kvalitetssystemet til Helse Fonna HF er tilgjengelig for alle ansatte på en kvalitetsportal på intranett. Her ligger de offisielle prosedyrehåndbøkene for Helse Fonna HF og for Klinikk for psykisk helsevern. Intensjonen er at alle lett skal kunne finne felles dokumenter og prosedyrer for helseforetaket og for klinikknivå, samt prosedyrer som er mer spesifikke for hver seksjon. Kvalitetssystemet oppleves imidlertid som tungvint og vanskelig tilgjengelig for brukerne. Det krever mange "klikk" å komme frem til aktuelle opplysninger, og oppbygningen er vanskelig å forstå. De fleste intervjuede forteller derfor at de aldri bruker den felles prosedyrehåndboken.

Klinikk for psykisk helsevern har i dag få felles faglige prosedyrer i kvalitetssystemet. Det er ytterst få seksjoner som har lagt sine prosedyrer inn i systemet, selv om prosedyrene gjerne finnes lokalt og er klare for publisering. Dette skyldes ifølge intervjuobjekter manglende prioritering fra klinikkdirektørens stab. Uklare rutiner for publisering kan være en mulig forklaringsfaktor. De fleste seksjonene bruker sine egne, ofte papirbaserte, prosedyrehåndbøker. De er gjerne videreføringer av håndbøker som ble laget før dannelsen av Klinikk for psykisk helsevern i 2003. Fordi det på sikt er meningen å innføre felles prosedyrer, oppmuntres det ikke til å videreutvikle de lokale prosedyrehåndbøkene. Prosedyrene som faktisk brukes blir med andre ord ofte ikke oppdatert. I 2003 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle lage felles faglige prosedyrer for klinikken. Arbeidet ble ifølge intervjuobjekter stoppet av økonomiske årsaker, men er i 2010 startet opp igjen.

4.8.2 Endringsledelse

Klinikk for psykisk helsevern har som følge av store nasjonale satsinger innen psykiatrien vært under kontinuerlig endring siden 2004, med blant annet opptrappingsplan, reduksjon av antall senger til fordel for poliklinikk, nedlegging av psykiatriske sykehjem og etablering av fire distriktpsykiatriske sentre. Det er også innført en rekke nye IT- og journalsystemer.

I intervjuer blir det opplyst at det fra nasjonalt, regionalt og lokalt hold stilles en lang rekke krav om prosesser som skal gjennomføres for å følge opp direktiv og føringer. Klinikken prøver å imøtekomme kravene, noe som forklarer et stort prosjektvolum. Flere ansatte forteller at nye prosjekt settes i gang før de pågående er avsluttet. De samme personene trekkes inn i mange prosjekter, og må legge pågående arbeid til side uten tydelig avklaring på hvordan disse oppgavene skal videreføres. For eksempel ble det lagt store ressurser i en prosess med å opprette 12 stillinger som kvalitetskoordinatorer i 20 prosents stiling på ulike seksjoner. Arbeidet ble igangsatt for blant annet å styrke internkontrollen i klinikken. Personen som hadde ansvar for kvalitetskoordinatorene, fikk ikke fulgt dem opp som forutsatt grunnet nye, presserende oppgaver.

Innføring av nye eller endring av felles prosedyrer skjer i ledermøter i Klinikkk for psykisk helsevern. Seksjonslederne har så ansvar for at prosedyrene blir innført i seksjonene. Informasjon om nye eller endrete prosedyrer blir sendt via e-post. Intervjuobjekter opplyser at disse e-postene ikke alltid blir lest. PwC er ikke kjent med at det foreligger rutiner som sikrer implementering og oppfølging av nye prosedyrer.

Mange medarbeidere uttrykker frustrasjon over stadig nye prosjekter og endringer. Prosjekter uten relevans for arbeidet med pasienter, føles som en byrde som går utover pasientbehandlingen. Flere nevner at de ikke ønsker å involvere seg i flere prosjekter. Også ledere på forskjellige nivå vegrer seg mot å delta i nye prosjekter fordi de erfarer at igangsatte prosesser ikke blir gjennomført.

I tillegg til organisatoriske endringer har det vært innført nye IT-systemer, deriblant innføring av Elektronisk pasientjournalssystem (DIPS) i voksenpsykiatrien. I intervjuer er det gitt uttrykk for at innføringen av DIPS skjedde raskt uten at tilganger i systemet var avklart. Det savnes jevnt over klarere ansvarsroller i DIPS. En del brukere gir uttrykk for at de har behov for mer opplæring i systemet. Opplevelsen av pasientjournalssystemet er imidlertid delt da noen gir uttrykk for at DIPS er nyttig og at de får tilgang til det de trenger. Flere brukere trekker frem at superbrukerne virker trygge på systemet og at de gir god støtte og veiledning i bruk.

4.8.3 Internkontroll i Helse Fonna HF og Klinikkk for psykisk helsevern

Kapittel fire beskriver en rekke funn der Klinikkk for psykisk helsevern har viktige forbedringsområder. En fellesnevner for funnene er mangler i den interne kontroll for å sikre høy kvalitet i pasienttilbudet. At de fleste pasientene får god og omsorgsfull behandling skyldes først og fremst samvittighetsfullt arbeid hos medarbeiderne i klinikken, og ikke gode systemer eller ledelsens styring og kontroll. Klinikken har de siste årene satt i gang et planarbeid for å få på plass internkontroll, men den praktiske etterlevelsen er likevel svak. Dette utgjør en risiko for pasientsikkerheten. God praksis på internkontroll er beskrevet i kapittel 3. I gjennomgangen av Klinikkk for psykisk helsevern er det identifisert en rekke mangler på god internkontroll, som tydelig ansvars plassering, klare retningslinjer, tilgjengelige og dokumenterbare rutiner og kontroller, ledelsesforankring og en positiv kontrollkultur.

I tilsynssaken som utløste PwCs gjennomgang av Klinikkk for psykisk helsevern, ble det rettet en sterk systemkritikk. Ledelsen ble kritisert for ikke å ha grepet tak i en rekke forhold som den visste om eller burde ha visst om. Kritikken baserte seg også på gjentatte brudd mot forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, som Helsetilsynet i Hordaland hadde avdekket i ulike tilsyn av klinikken.

Forskriften har til hensikt å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Internkontrollen i denne sammenheng er systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens

aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Paragraf 4 i forskriften beskriver de grunnleggende kravene til innhold i internkontroll for alle virksomheter innenfor sosial- og helsetjenesten.

PwC har ved gjennomgang av journaler, dokumenter og i intervjuer i Klinikk for psykisk helsevern sett eksempler på avvikende praksis fra interkontrollforskriften og forskriftens intensjon. Med utgangspunkt i internkontrollforskriften oppsummeres og eksemplifiseres her en del av de gjennomgående funnene.

Om virksomhetens mål

a) Ledelsen skal beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

I Klinikk for psykisk helsevern råder usikkerhet om fordeling av myndighet, ansvar og oppgaver. Dette er særlig alvorlig for de medisinske faglige rådgiverne, som ikke har en definert rolle opp mot seksjonsledere. Det er få ansatte i klinikken som har stillingsbeskrivelser.

Om tilgang til regelverk

b) Ledelsen skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.

Kvalitetssystemet til Helse Fonna HF er lite tilgjengelig og oppfattes som tungvint. Gjennomgang av journaler gir inntrykk av at pasientrettighetsloven og journalforskriften ikke er godt nok kjent i Klinikk for psykisk helsevern.

Om ansattes kompetanse

c) Ledelsen skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

Journalgjennomgangen viser flere eksempler på at ansatte ikke har tilstrekkelige kompetanse til å utføre det arbeidet de er satt til. Rutinen med bruk av innleieleger utgjør en mulig risiko da det i et allerede presset system er vanskelig å kvalitetssikre det arbeidet som blir gjort. Diagnostisering blir gjort av høyskoleutdannede uten nødvendig faglig støtte og kontroll fra spesialister. Journalene avdekker en systematisk mangel på kultur for å drøfte usikkerhet med andre behandlere. Kompetanseplaner er ikke utarbeidet og kompetanseheving virker lite systematisk. Midler brukt per ansatt på opplæring i klinikken er spesielt lavt sammenlignet med to andre psykiatriske klinikker. Se kapittel 4.5.3. I intervjuer er det tydelig at de ansattes kunnskap om virksomhetens internkontroll er svak.

Om medvirkning

d) Ledelsen skal sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

I intervjuer opplyser flere at Klinikk for psykisk helsevern ikke har god nok kultur for at ansatte medvirker i forbedringsarbeid, og at det mangler et system for å fange opp gode innspill fra de ansatte. Flere forteller at de ønsker å bidra med innspill til blant annet internkontroll, prosedyrer og kvalitetsforbedringer, men at det ikke er kanaler eller kultur for å fange opp dette. Klinikken har 12 kvalitetskoordinatorer med 20 prosent stilling. Det siste året har kvalitetskoordinatorene ikke hatt formelle oppgaver, ifølge intervjuobjekter. Dette, i kombinasjon med nedleggelsen av sentralt fagråd med representanter fra alle deler av klinikken i 2009, har ført til at de ansatte har få muligheter til å komme med faglige innspill til ledelsen utenfor ledelseslinjen.

Ved omorganiseringer er det nedsatt arbeidsgrupper. I intervjuer forteller flere av de faglig ansatte som har vært med i disse gruppene at de ikke føler seg hørt.

Det er ikke systematikk i å hente inn informasjon fra medarbeiderne i medarbeidersamtaler. Flere av intervjuobjektene forteller at de ikke har vært i medarbeidersamtaler på flere år.

Om bruk av pasienterfaringer

e) Ledelsen skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.

Klinikk for psykisk helsevern mangler gode systemer for å fange opp innspill og klager fra brukere og pårørende. Journalgjennomgangen viser systematiske avvik i å hente inn informasjon om pasienter fra pårørende. Det har inntil nylig ikke vært et tilfredsstillende system for klagehåndtering. For eksempel har ikke utenforstående leger fått svar på klager som er sendt inn til klinikken. Det foregår et forbedringsarbeid her. Sentralt fagråd, som hadde to brukerrepresentanter, er nedlagt.

Om trygge tjenester, pasientsikkerhet og risikoanalyse

f) Ledelsen skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

God praksis for avvik og uønskede hendelser er beskrevet i kapittel 3. Basert på observasjoner og intervjuer er det en svak kultur for å melde avvik og uønskede hendelser i Klinikk for psykisk helsevern. Få forteller at de har meldt inn avvik om pasientbehandling eller pasientsikkerhet. De fleste spesialistene forteller at de aldri melder avvik. Det er ikke full forståelse av hva som skal meldes som avvik. De avvikene som meldes er ifølge intervjuobjekter hovedsakelig om pasienthendelser som vold mot medarbeidere, eller av mer teknisk art som feil med telefonsentral eller liknende. Det opplyses i intervjuer om en rekke pasientforløp med til dels alvorlig svik som ikke er rapportert i IT-systemet Synergi.

I intervjuer fremgår det at mange har sine egne måter å melde avvik på, istedenfor i Synergi. Avviket kan bli skrevet opp på en tavle, tatt opp muntlig med nærmeste leder eller det sendes bekymringsmeldinger. Enkelte har en høy terskel for å melde inn i Synergi på grunn av lite erfaring med PC, andre er redd for å angi arbeidskollegaer som da vil kunne risikere refs. Flere mener at det ikke er verdt å melde inn avvik i Synergi da melder sjelden får tilbakemelding på om avviket er fulgt opp. Denne manglende meldekulturen oppleves som en klar risiko for pasientsikkerheten.

Klinikk for psykisk helsevern utfører risikoanalyser, men på bakgrunn av svak meldekultur og lite kontroll fra ledelsen har ikke analysene et godt nok grunnlag for å kunne identifisere områdene med fare for svikt.

Om å avdekke rette opp og forebygge

g) Ledelsen skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtreddelse av sosial- og helselovgivningen.

Avviksrapportering i Synergi er i følge de fleste intervjuobjektene ikke spesielt teknisk vanskelig. Behandling av avvikene som seksjonslederne utfører er derimot både komplisert og tidkrevende. Dette kan føre til at seksjonsledere får et negativt forhold til avvikshåndtering og unnlater å oppmuntre de ansatte til å melde avvik. Systemet i seg selv kan dermed potensielt bidra til å forklare den svake meldekulturen. I intervjuer fortelles det at enkelte ledere oppfordrer ansatte til å melde færrest mulig avvik og at det konkurreres i å melde så få avvik som mulig. Dette samsvarer ikke med god praksis innenfor meldekultur.

Avvik sendes til kvalitetsgruppen på gjeldende sykehus. Avvik av en viss alvorlighet blir gjennomgått av Helse Fonna HF sitt kvalitetsutvalg og av fagsjef i Klinikk for psykisk helsevern. Kvalitetsutvalget har ansvar for å behandle avvik på helseforetaksnivå og består av representanter for de forskjellige klinikkene. Ifølge et medlem i en kvalitetsgruppe ved et av sykehusene i klinikken er det få innmeldte saker om pasientsikkerhet som når opp til behandling i kvalitetsgruppen.

Det foreligger få felles faglige prosedyrer i helseforetakets kvalitetssystem. Så lenge prosedyrene ikke er oppdaterte eller blir brukt, er det vanskelig å benytte uønskede hendelser i én seksjon til kvalitetsforbedring i hele klinikken.

Om kontinuerlig forbedring

h) Ledelsen skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Klinikk for psykisk helsevern oppfattes ikke som en lærende organisasjon. Ulike tilsynsrapporter som påviser gjentatte systematiske avvik i klinikken blir ikke brukt til forbedringsarbeid. Det virker ikke som om ledelsen tidligere har tatt inn over seg den faglige svikten i klinikken.

Klinikkdirektør har vært lite synlig i klinikken og det er heller ingen andre i Klinikk for psykisk helsevern som har hatt et overordnet ansvar for kontrollvirksomhet. På det tidspunktet PwC gjør sin undersøkelse finner vi ikke systematiske kontrolltiltak som inspeksjonsrunder, gjennomgang av journaler eller liknende.

Arbeid med internkontroll og kvalitet er i Helse Fonna HF lagt til HR-avdelingen. Avdelingen har også ansvar for opplæring og tilgangskontroll til kvalitetssystemet i Helse Fonna HF. I dag har Helse Fonna HF én ansatt som er ansvarlig for internkontrollsystemet. Systemansvaret ligger i dag hos HR-direktør, som rapporterer direkte til administrerende direktør, mens ansvaret for selve internkontrollen ligger hos linjeledelsen, ifølge intervjuer med ledere. Klinikkdirektørene, HR-direktør og leder for kvalitetsutvalget i Helse Fonna HF kan komme med forslag til interne revisjoner. Direktørmøtet avgjør så på hvilke områder det skal gjøres interne revisjoner.

Internkontrollsystemansvarlig gjør vanligvis selv interne revisjoner, eventuelt sammen med andre medarbeidere frem til i dag ikke har hatt spesialisert kompetanse på psykiatri.

Det kan synes som at styret i Helse Fonna HF i liten grad har fulgt opp tilsynsansvaret med å se til at det eksisterer gode og tilstrekkelige systemer for internkontroll i foretaket - for å ivareta pasientsikkerhet og kontrollopgaven. Arbeidet med internkontroll kan synes å ha vært for lite systematisk og styret har etter det PwC erfarer ikke etterspurt nødvendig informasjon for å være oppdatert på kvaliteten på pasientbehandlingen i Klinikk for psykisk helsevern.

5 Tiltak for å lukke gap

5.1 Innledning

PwC har inntrykk av at Klinikk for psykisk helsevern har et godt arbeidsmiljø der ansatte i hovedsak trives og viser omsorg for pasientene. Gjennomgangen viser en klinikk med et stort potensial og vilje til forbedring. Klinikk for psykisk helsevern har fortløpende satt i gang tiltak når PwC har meldt fra om funn. I det videre forbedringsarbeidet er det viktig å prioritere oppgaver som gir rask effekt på kvaliteten i pasientarbeidet. Prosjekter som ikke har direkte sammenheng med pasientsikkerhet bør settes på vent. Ved å bygge miljøer rundt fagressursene, etablere rutiner på tvers av seksjoner, klargjøre lederroller, øke fagligheten i ledelsen, heve kvaliteten på pasientarbeidet og kontrollere at tiltak faktisk blir iverksatt, kan Klinikk for psykisk helsevern bli bedre i stand til å drive forsvarlig og ivareta pasientsikkerhet.

5.2 Sikre faglighet i ledelse og oppfølging av behandlere

5.2.1 Leders ansvar

Det anbefales å styrke fagligheten i ledelsen. Lederne må være kjent med ansvaret som følger deres rolle. Under intervjuene har det fremkommet at seksjonsledere (nivå 3) og funksjonsledere (nivå 4) ikke har vært kjent med hvilket ansvar de har for forsvarlig pasientbehandling. Flere ledere har arbeidet ut i fra en oppfatning om at fagfolkene har ansvar for det faglige og lederen har ansvar for det administrative. Det synes som om det i enkelte seksjoner har oppstått en "uformell ledelse" i tillegg til den opprinnelige lederen. Det følger av spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 "Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer" Denne leder har totalansvar. Det gir seksjonsledere et systemansvar for at det skjer forsvarlig pasientbehandling ved enheten eller seksjonen. Dersom seksjonsleder ikke innehar nødvendig medisinsk kompetanse eller kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig skal det utpekes medisinskfaglig rådgiver.

Ledere på alle nivå bør være oppdatert på standarden på den psykiatriske behandlingen som gis og kontrollere at kravene til forsvarlighet følges. PwC anbefaler at seksjonsledere og funksjonsledere eller den fagpersonen oppgaven er delegert til, bør lese innkomstjournaler og all informasjon som går ut fra enheten eller seksjonen frem til kvaliteten i det faglige arbeidet når et akseptabelt nivå. Dette kan for eksempel evalueres ved slutten av 2011. Journalgjennomgangen og intervjuer viser at det i de ulike seksjonene er en rekke dyktige spesialister som kan gis dette ansvaret. De enkelte innkomstjournaler, journalnotater og epikriser bør korrigeres, og behandlere som over tid ikke klarer å følge kravene til forsvarlighet bør gis andre oppgaver.

5.2.2 Medisinsk faglig rådgiver

I seksjoner i Klinikk for psykisk helsevern der leder ikke har tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse er i det i henhold til lovverket utpekt medisinsk faglig rådgiver. I intervjuer med de medisinsk faglige rådgiverne på forskjellige seksjoner, kommer det frem at de har en lite ensartet rolle. Det er heller ikke et dokument eller en stillingsinstruks som beskriver denne rollen. Rollen som medisinsk faglig rådgiver bør formaliseres gjennom stillingsinstruks basert på de oppgaver den medisinskfaglige rådgiver skal ivareta. Det anbefales at medisinskfaglig rådgiver deltar i ledergruppen i seksjonene.

5.2.3 Rekruttering av ledere

I helselovgivningen stilles det ikke profesjonskrav til ledere. Det anbefales heller ikke at Helse Fonna HF utelukkende bør ansette psykologer eller psykiatere i lederstillinger. Likevel anbefales det at det i utlysningen ved nyrekruttering til seksjonslederstillinger fremkommer at spesialister er ønsket i lederstillinger. Seksjonsledere bør kunne kombinere stillingen med en viss grad av klinisk arbeid.

For å rekruttere kompetente unge psykiatere og psykologer er det viktig å vise muligheter for karriereutvikling i klinikken. Faglig sterke ledere har sannsynligvis også en rekrutterende effekt.

5.2.4 Oppfølging av høyskoleutdannede

De forskjellige gruppene av høyskoleutdannede kan og bør, i et desentralisert helseforetak som Helse Fonna HF, gis omfattende oppgaver i pasientbehandlingen. PwC anbefaler at høyskoleutdannede har en sentral plass i pasientbehandlingen i Helse Fonna HF. Det er særlig viktig at denne gruppen får nok støtte og opplæring. Deler av Klinikk for psykisk helsevern har en struktur der behandlerne er likestilt og pasienter fordeles til den som har kapasitet. For lederne i klinikken er det viktig å avklare og kontrollere den enkelte høyskoleutdannedes kompetansenivå for deretter å tilpasse arbeidsoppgavene etter dette. På denne måten kan Helse Fonna HF unngå at nyutdannede sosionomer og sykepleiere behandler pasienter selvstendig uten å inneha rett kompetanse.

5.2.5 Oppfølging av innleieleger

Innleilegeordningen utgjør en mulig risiko for Klinikk for psykisk helsevern. Selv om innleiebyråene har et ansvar for å kvalitetssikre innleielegene, er ordningen avhengig av at også klinikken evaluerer den enkelte innleieleges faglige nivå. Ordningen utgjør en ytterligere risiko for Klinikk for psykisk helsevern så lenge internkontrollsystemet har klare mangler. Per dags dato er Helse Fonna HF avhengig av innleieleger

ved en rekke seksjoner. Det anbefales derfor at seksjonslederne kartlegger behandleres fagkunnskaper, ved å lese gjennom journalnotater, inntakstjournaler og epikriser.

5.3 Heve faglig standard

5.3.1 Styrke journalarbeidet

I journalgjennomgangen finner PwC et systematisk avvik fra god faglig standard. Det vil være et langsiktig arbeid å bedre den faglige kvaliteten, men noen enkle tiltak kan gi en rask forbedring.

Et av hovedfunnene i journalgjennomgangen er at det er mangelfull informasjonsinnhenting før diagnosesetting slik at diagnoser blir unøyaktige. Helse Fonna HF har satt i gang et arbeid for å samkjøre journalføringen i Klinikk for psykisk helsevern. Fremover bør det legges vekt på å standardisere prosedyrer for hvilken informasjon som hentes inn. Felles standard for inntakstjournaler og inntakstnotat må prioriteres innført. Videre bør man holde interne kurs i anamneseopptak med vekt på psykiatrisk sykehistorie samt psykiatrisk status presens. Strukturerte intervjuer som M.I.N.I.⁴⁰ er et godt virkemiddel som kan brukes mer, men skal ikke erstatte en god sykehistorie. Det må i tillegg gis opplæring i rett bruk av strukturert intervju.

Klinikk for psykisk helsevern har i dag en systematisk svikt i å hente inn opplysninger fra pårørende og eventuelle andre som kan belyse pasientens tilstand (komparentopplysninger). Dersom det settes diagnoser uten å hente inn informasjon fra pårørende, bør dette begrunnes i journalen.

Diagnosesetting i Klinikk for psykisk helsevern er ofte unøyaktig og begrunnes for sjelden etter ICD-10 kriterier. Det anbefales at Klinikk for psykisk helsevern gjennomgår diagnostiske veiledninger og definerer sin bruk av disse, slik at diagnostisering praktiseres likt i hele klinikken. Journalgjennomgangen viser at behandlere ofte tviler på diagnoser, uten at det blir gjort videre tiltak for å avklare usikkerheten. Usikkerhet rundt diagnoser ligger i psykiatriens natur, og det bør være et stort rom for å diskutere diagnoser på tvers av seksjons- og profesjongrenser. Disse diskusjonene og vurderingene må dokumenteres i journaler. "Vanskelige pasienter" må diskuteres i interne fora.

Behandlere bør pålegges å sette opp en behandlingsplan tidlig i et pasientforløp. I løpet av 3-5 konsultasjoner skal man, etter å ha satt en arbeidsdiagnose, kunne lage en første behandlingsplan. Denne bør integreres med individuell plan. Iverksatte tiltak må evalueres med jevne mellomrom. God praksis tilsier å prøve ut en behandling i maksimalt 6-8 uker og revurdere dersom pasienten ikke er i bedring. Ved manglende progresjon bør annen behandler konsulteres.

⁴⁰ MINI internasjonal nevropsykiatrisk intervju

Begrunnelsen for valg av behandling er svakt beskrevet i en rekke journaler. Økt bevissthet rundt behandlingsvalg og større utålmodighet ved manglende fremgang bør oppmuntres. Kontroll av journaler vil forhåpentligvis avdekke hvilke pasienter som får uvirksom behandling over lengre tid.

Behandlingen som gis i Klinikk for psykisk helsevern bør i større grad tilpasses den enkelte pasient. De fleste polikliniske pasienter får støttebehandling. Dette er som oftest et korrekt valg, men andre behandlingsalternativer og tilleggsbehandling som kognitiv terapi ser ofte ikke ut til å bli vurdert. Behandlingene blir i tillegg for sjeldent evaluert, og behandlerne er for tålmodige med behandling som ikke virker.

I journalgjennomgangen ble det funnet flere eksempler på at adekvat behandling ble foreslått av flere leger uten at noen av legene faktisk tok initiativ til å igangsette behandlingen. Vi etterlyser i disse tilfellene en pasientansvarlig lege som kan sette i gang den nødvendige behandlingen.

PwC foreslår å opprette spesialistfora der diagnostikk og behandling kan diskuteres. Vi forslår 10 årlige møter der man blir enig om beste praksis. Møtene bør være obligatoriske (for eksempel 7 av 10), og det bør rapporteres fra møtene til klinikk- og foretaksledelse.

En grundigere og strammere prosess for de første møtene mellom pasient og behandler vil gi bedre og muligens kortere pasientforløp. Diagnostiske og behandlingsmessige vurderinger bør prioriteres. Både i poliklinikk og på sengepost må man forvente jevnlig evalueringer på diagnoser og behandling.

5.3.2 Styrke opplæring og utdanning

Journalgjennomgangen kan tyde på manglende kunnskaper om journalforskriften og pasientrettighetslover. Særlig er grunnlag for bruk av tvang for svakt begrunnet i flere saker. PwC anbefaler at det gjennomføres kurs i lovgivning på samtlige seksjoner. Kursene kan holdes av interne krefter eller eksterne foredragsholdere. Annen målrettet internopplæring, på de områder der tilsynsrapporter og denne rapporten viser klare svakheter, bør arbeides med parallelt. For eksempel kan man ha interne kurs eller gruppesamlinger/workshops i ICD-10-kriterier og strukturerte intervjuer.

Klinikk for psykisk helsevern bruker mindre midler til opplæring per ansatt enn sammenlignbare institusjoner. PwC mener at kompetansen i klinikken bør styrkes. Det er vårt inntrykk at særlig leger får delta på eksterne kurs, blant annet gjennom Den norske legeforening, mens andre yrkesgrupper har færre muligheter for kompetanseheving utenfor foretaket.

PwC er av den oppfatning at kompetansen til alle grupper behandlere bør løftes og spisses. Dette kan gi et bedre fagmiljø, også for psykiatere og psykologer. Økte midler til kompetanseheving bør innføres over tid og er et langsiktig tiltak. Det bør lages en kompetanseplan for hver enkelt behandler.

Kompetansevurderingen bør kombineres med resultater fra kontroller av pasientarbeid for å få et godt

grunnlag for hver enkelt behandlers opplæringsbehov. Eksterne kurs bør først og fremst innvilges ut fra kompetanseplanen og klinikkens behov for kompetanseutvikling.

5.3.3 Rekrutteringstiltak

Det er i intervjuene og i samtaler med referansegruppen fremkommet at god rekruttering først og fremst er et resultat av at fagmiljøet holder en høy standard. Andre helseforetak, som eksempelvis Helse Førde HF og Helse Nord Trøndelag HF, makter å rekruttere tilfredsstillende og er ikke avhengig av innleieleger. BUP Haugesund har over tid klart å skape et godt fagmiljø, og har rekruttert det antallet spesialister det er hjemmel for. Et godt fagmiljø skapes over tid. I et desentralisert foretak er det viktig å bygge gode fagmiljøer rundt dyktige spesialister. Det er flere i Helse Fonna HF som kan ha denne rollen.

I klinikk for psykisk helsevern har det i flere år vært vanskelig å rekruttere nok leger til å fylle alle legehjemler. Særlig har det vært vanskelig å rekruttere leger til de minste enhetene med små fagmiljø. Lav kontinuitet blant legespesialistene kan utgjøre en risiko for forsvarligheten i pasientbehandlingen. Det blir også vanskelig å etablere gode fagmiljøer. Forsvarligheten i pasientbehandlingen bør evalueres i disse enhetene. Der man finner at det ikke er realistisk å gi et forsvarlig tilbud bør man vurdere om tjenesten kan opprettholdes.

Et viktig tiltak er å ta vare på de unge legene som har potensial til å bli i regionen over lengre tid. Flere opplyser at de har hatt problemer med å gjennomføre spesialistutdanningen på normert tid grunnet manglende oppfølging og tilrettelegging fra ledelsen. Det ryktes fort at leger i spesialisering går uten tellende tjeneste over tid på grunn av formalia, og det blir dermed vanskelig å rekruttere leger til fulle utdanningsløp. I tillegg er det viktig å prioritere kvaliteten i utdanningen til legene i spesialisering. Ledelsen må prioritere at det er en utdanningsansvarlig legespesialist som har anledning til å følge opp ukentlige samlinger.

Leger i spesialisering er ifølge intervjuer bedre betalt enn leger på samme nivå i somatikken. Økt lønn er dermed ikke et primærvirkemiddel for bedret rekruttering for denne gruppen. Det er derimot rapportert at spesialister har sluttet på grunn av lavt lønnsnivå eller manglende tilrettelegging. I den situasjonen Helse Fonna HF er i er dette problematisk, og man bør vurdere å ha et noe høyere lønnsnivå for legespesialister enn de andre klinikkene i Helse Vest. Alternativet er å benytte innleieleger som både er et dyrere alternativ og gir økt risiko for pasientsikkerheten. Mulighet for forskning oppfattes som positivt av leger og psykologer. Denne muligheten bør opprettholdes.

En av tre legespesialister er i dag rekruttert fra utlandet. Dette er ikke i seg selv et stort problem, men det er imidlertid vårt inntrykk at en del av de utenlandske legene har korte ansettelsesforhold. Dette går utover kontinuiteten blant overlegene og gjør det vanskelig å skape robuste fagmiljøer. Bruk av utenlandske leger gir også problemer ved samhandling med andre deler av helsetjenesten på grunn av

språkproblemer og en svakere forståelse for organiseringen av helsetjenesten i Norge. Rekruttering av leger fra utlandet anbefales kun som et supplement.

Klinikk for psykisk helsevern har cirka 20 turnusleger innom klinikken årlig. Målrettede tiltak for å få disse turnuslegene til å velge psykiatri er en rekrutteringsmulighet. Dette kan først og fremst gjøres gjennom god faglig veiledning og ved å synliggjøre de store faglige mulighetene som finnes i psykiatrien. Klinikken bør unngå at turnusleger får for mye ansvar og blir overlatt til seg selv.

5.4 Bedre samarbeid med eksterne aktører

I intervjuer fremgår det at mange utenfor Klinikk for psykisk helsevern mener at klinikken er lite åpen for innspill om pasienter fra pårørende, avtalespesialister og andre. Det blir også påpekt at kommunikasjonen med fastlegene bør forbedres. I DPS veileder (2006) heter det at ”Det er viktig å etablere kontakt med fastlege og andre aktuelle tjenesteytere i kommunen både ved behandlingsstart, under behandlingen og ved avslutning”.

Manglende informasjon til fastlegene er et viktig forbedringsområde. Fastleger får først og fremst informasjon via epikriser. Dette er særlig et problem ved polikliniske pasientforløp. De aller fleste pasientene behandles parallelt hos fastlege og ved Klinikk for psykisk helsevern. Pasientene kan dermed være lenge i behandling uten at egen lege er kjent med hvem som er behandler eller hvilken behandling som gis.

De ulike seksjonene har forskjellig praksis for tilbakemelding til fastlegen.

PwC anbefaler at alle journalnotater bør sendes til fastlegen, slik det blir gjennomført i somatikken. Fastlegen bør etter PwC oppfatning ha tilgang til det til enhver tid siste relevante notatet fra psykiatrien når han møter pasienten. Dette følger av § 9 i journalforskriften ” Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist” Et motargumentet som ofte trekkes frem er at fastlegen vil få for mye unyttig informasjon. Dette mener vi ikke er et vesentlig argument da det ikke er behov for å dokumentere uviktig informasjon i en pasientjournal. Ved å bedre strukturen på journalnotatet, slik at det kun inneholder det som er aktuelt siden sist konsultasjon og ikke unødvendige oppsummeringer, vil det også være relevant for fastlegen.

I en mellomfase bør fastlegen informeres ved alle vesentlige endringer. Fastlegen bør også få kopi av innkostnotatet slik at han vet hvem som behandler pasienten og hva som er utgangspunktet for videre behandling og diagnostikk. Vurderingen rundt diagnose, begrunnelse for valg av behandling og

behandlingsplan sendes fastlege så snart denne er klar. Dette bør skje innen tre til fem konsultasjoner. Ved etablering av individuell plan er det viktig å få fastlegens innspill tidlig.

PwC mener at økt samhandling mellom psykiatrien og fastlegen er et viktig tiltak for å bedre den samlede behandlingen pasienten mottar. Å gi fastlegene systematisk innsyn i det fortløpende pasientarbeidet er et tiltak som i seg selv vil gi kvalitetsheving. Det vil være relevant for regionalt helseforetak å se på rutinene i de forskjellige helseforetakene i Helse Vest og samkjøre disse. Økt samhandling nå vil gjøre at man er på forskudd av en fremtidig samhandlingsreform.

5.5 Forankre internkontroll i klinikken

I kapittel 4.8.3 om internkontroll ble det pekt på hvordan Klinikkk for psykisk helsevern systematisk bryter med grunnleggende prinsipper i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Det er i denne rapporten gjort omfattende beskrivelser av god praksis, elementer i god kontroll og forutsetning for kvalitet samt beskrivelser av status ved Klinikkk for psykisk helsevern. Som beskrevet er det viktig at internkontrollen er forankret i hele organisasjonen, fra styret til den enkelte medarbeider. Det anbefales at det gjennomføres en helhetlig tilnærming for å løfte internkontrollen i foretaket.

Vedlagt til Helse Vest RHF sitt konsept for internkontroll er det utarbeidet en rekke forslag og anbefalinger for å etterleve internkontrollforskriften. Det anbefales at disse tiltakene vurderes. I det følgende skisseres mer spesifikke tiltak for å oppfylle kravene i forskriften. Listen tar utgangspunkt i § 4, som er gjengitt i rapportens forrige kapittel.

Om virksomhetens mål (a)

Leders rolle, ansvar og myndighet må klargjøres. Det må utarbeides individuelle stillingsbeskrivelser for alle ansatte, og medarbeidere med faglig ansvar må prioriteres.

Om tilgang til regelverk (b)

Opplæring i særlig pasientrettighetsloven og journalforskriften er nødvendig. Kvalitetssystemet er vanskelig tilgjengelig, og ledere og medarbeidere må sikres lett tilgang til relevant regelverk.

Om ansattes kompetanse (c)

Lederne må sikre at behandlere ikke utfører oppgaver de ikke er kvalifisert for. Det må utarbeides kompetanseplaner for den enkelte behandler, slik at lederne får en oversikt over ansattes kunnskap og mangler. Faglige hull må så fylles. Medarbeidere må kun utføre oppgaver de faktisk har kompetanse til. Det må oppmuntres til internkontroll i det daglige ved at kolleger kontrollerer hverandres arbeid.

Om medvirkning (d)

Det må etableres rutiner for at medarbeidere skal kunne komme med innspill om faglige spørsmål. Dette

kan for eksempel løses med en forslagskasse eller en epostadresse. Sentralt fagråd eller liknende organ bør gjenopprettes. Lederne må gjennomføre medarbeidersamtaler med medarbeidere.

Om bruk av pasienterfaringer (e)

Klinikken må håndtere klager bedre og lage et system for å hente inn innspill fra pasienter og pårørende. Innspill må systematiseres og brukes i forbedringsarbeid.

Om trygge tjenester, pasientsikkerhet og risikoanalyse (f)

Meldekulturen må bedres. Ledere og medarbeidere må få opplæring i hva som skal meldes som avvik, og motiveres til å melde. Det må forankres i organisasjonen at for hvert avvik som meldes, er det likevel mange avvik som ikke blir meldt. Det bør vurderes å implementere/utvikle et lavterskelsystem for rapportering og håndtering av uønskede hendelser, og bygge en kultur som motiverer og stimulerer til verdiskapende rapportering som bidrar til høyere kvalitet i tjenesten. Ledere og medarbeidere må gis opplæring i å tenke risiko. Risikotenking må bli en del av hverdagen.

Om å avdekke, rette opp og forebygge (g)

Med bedre systemer for å hente inn avvik, klager og innspill fra medarbeidere, pårørende og pasienter, er det viktig at ledelsen håndterer innspillene på en god måte. Faglige avvik må løftes til helseforetakets ledelse. Samarbeidet mellom kontrollutvalg, internkontroll-ansvarlig og klinikkledelsen må styrkes.

Om kontinuerlig forbedring (h)

Klinikkdirektør og seksjonsledere bør bli mer synlige i organisasjonen. Virkemidler som lunsj med medarbeidere, inspeksjonsrunder og journallesing vil kunne avdekke om tiltakene blir etterlevd. Ansvaret for administrasjon og forvaltning av internkontroll bør forankres hos én person i ledergruppen, enten HR-direktør eller en kvalitetsdirektør. Styret bør ha et mer proaktivt forhold til internkontroll og søke informasjon om risikostyring, internkontroll og kvaliteten på de ulike klinikkene i Helse Fonna HF. Styret bør selv kunne initiere interne revisjoner, og også følge opp de tiltak som blir initiert og forespurt av styret.

www.pwc.no

Utkast