



Sykehuset Østfold HF
v/ administrerende direktør
Postboks 300
1714 GRÅLUM

MOTTATT
SYKEHUSET ØSTFOLD
Saksarkivet

Saksbehandler, innvalgstelefon
Lene Haugen, 22003618

03 JULI 2020

Signatur: _____

Tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse ved Sykehuset Østfold HF, DPS Fredrikstad, Seksjon for polikliniske tjenester - oppfølging og avslutning av tilsyn

Fylkesmannen i Oslo og Viken viser til ovennevnte tilsyn gjennomført i perioden 14.09.2018 – 06.08.2019, med påfølgende rapport datert 06.08.2019. Vi viser videre til oversendelse fra Sykehuset Østfold HF av 31.10.2019 med et notat og en tiltaksplan for hvordan de to avdekte lovbruddene fra tilsynet skal følges opp og lukkes. Oversendelsesbrevet er signert administrerende direktør Hege Gjessing og klinikkssjef Irene Dahl Andersen.

De to lovbruddene omhandlet mangelfull kartlegging og utredning for mulig samtidig ruslidelse og mangelfull kartlegging av somatisk sykdom. Kartlegging og utredning er viktig for diagnosesetting, planlegging og gjennomføring av behandling. Svakheter og svikt ved kartlegging og utredning kan føre til at helseforetaket ikke har godt nok grunnlag for å gi pasienter med samtidige lidelser et helhetlig tjenestetilbud med tilfredsstillende kvalitet. Det anses derfor som viktig at også denne delen av pasientforløpet er faglig forsvarlig.

Fylkesmannen har på det ovennevnte grunnlaget foretatt en vurdering av helseforetakets tilbakemelding. I notatet fra helseforetaket fremkommer at prosessen med forbedringsarbeidet ved DPS Fredrikstad og i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har vært omfattende og strukturert og vurderes av helseforetaket selv å være tilstrekkelige for å kunne lukke lovbruddene. Arbeidet har resultert i en tiltaksplan med åtte hovedpunkter med flere underpunkter i hvert hovedpunkt.

Vi vil i det følgende beskrive noen av våre generelle vurderinger av forbedringsarbeidet som er blitt iverksatt som ledd i å jobbe med forholdene som lå til grunn for de avdekte lovbruddene.

Deretter vil vår konklusjon med påfølgende avslutning av tilsynet fremkomme.



Fylkesmannens vurdering

Fylkesmannen vurderer at helseforetaket gjennom sin tilbakemelding har iverksatt flere og viktige forbedringstiltak for å bringe virksomheten i samsvar med lovkravene og god og trygg pasientbehandling ved DPS Fredrikstad.

Vi har merket oss som positivt kvalitetsprosjektet som ble gjennomført høsten 2019 og våren 2020 under ledelse av en overlege. Målet for prosjektet er at pasientene skal oppleve sammenhengende helsetjenester uten unødvendig opphold. Videre vil vi trekke frem opprettelsen av FACT som positivt, et samarbeid mellom DPS Fredrikstad, TSB og Fredrikstad og Hvaler kommune. FACT oppgis fra 2020 å skulle overta behandling og oppfølging av pasienter i målgruppen. Vi vil også bemerke som positivt at tilsynsrapporten også skal gjennomgås og eventuelle forbedringstiltak iverksettes ved DPS Halden/Sarpsborg og Nordre Østfold. Det at helseforetaket tilrettelegger for at DPSene som ikke har hatt tilsynsbesøk av Fylkesmannen også kan ta del i et systematisk forbedringsarbeid på tvers, vurderes som viktig og nødvendig for å oppnå best mulig læring og effekt av tilsyn.

- Om ukentlige kvalitetskontroller – utredning, oppfølging og diagnostisering av identifisert rusmiddelproblematikk

Det fremkommer av flere punkter i tiltaksplanen at leder skal gjennomføre kvalitetskontroller ukentlig, blant annet for å sikre at medarbeidere benytter verktøyene som er opprettet for å følge ny utredningspraksis. Det fremkommer videre at seksjonsleder ukentlig skal gjennomgå alle epikriser for å sikre at kartlegging og oppfølging av rusanamnese er foretatt. På denne måten skal oppfølging og diagnostisering av identifisert rusmiddelproblematikk sikres.

Det å følge med på og kontrollere om praksis endres i tråd med det som helseforetaket har besluttet, anses som viktig og nødvendig. Det understrekes at det ikke er dokumentasjonen og journalføringen av at det er foretatt ruskartlegginger i seg selv som er det vesentligste, men at kontrollen brukes som verktøy for å sikre at pasientbehandlingen blir gitt i henhold til god faglig praksis og gjeldende regelverk.

Det fremstår imidlertid som noe uklart for Fylkesmannen på hvilket ledernivå disse kontrollene skal gjennomføres og hvem som har ansvaret. Når det gjelder epikrisene fremkommer det eksplisitt at seksjonsleder skal utføre denne kontrollen, men ellers refereres det kun til «leder». Det synes også sårbart at eventuelt kun en leder skal ha dette ansvaret alene, for eksempel ved fravær.

Videre synes det noe uklart for oss hva disse to kvalitetskontrollene består av knyttet til å følge opp utredningspraksis. Journalgjennomgangen under tilsynet avdekket at 33 % av pasientene ikke ble spurt om sitt rusmiddelbruk og at 31 % av pasientene ble spurt om sitt rusmiddelbruk uten at nærmere kartlegging ble gjort, og hvor tilsynsmyndigheten vurderte at en nærmere kartlegging burde ha vært gjort. Til sammen utgjør dette en høy risiko for svikt for at potensiell rusmiddelbruk ikke blir avdekket og utredet, som igjen kan medføre følgefeil i det videre behandlingsforløpet da behandlerne ikke nødvendigvis får et fullstendig bilde av pasientenes samlede utfordringer.

Vi understreker at det ikke bare er ruskartleggingen som det er av betydning å kontrollere at er gjennomført. Det er like viktig å sikre at behandlerne har kompetanse til å anvende de aktuelle ruskartleggingsverktøyene i klinisk praksis på en faglig oppdatert måte. Dette blant annet for å sikre at praksis på området blir mer enhetlig og ikke opp til hver enkelt behandler.

Det synes også noe uklart for oss om det er andre sjekkpunkter underveis i pasientforløpene knyttet til oppfølging og diagnostisering av identifisert rusmiddelproblematikk, enn at seksjonsleder skal



gjennomgå epikrisene ukentlig. Andre sjekkpunkter underveis i pasientforløpene vil redusere risikoen for at eventuelle mangler oppdages før epikrisene kontrolleres og pasientene anses å være ferdigbehandlet og utskrives. Andre sjekkpunkter underveis i pasientforløpene vil også være i tråd med pakkeforløpene, som helseforetaket selv viser til i sin tiltaksplan ved flere anledninger. Ett eksempel på dette er å kunne ha behandlingsplanene som ett av sjekkpunktene.

Tilsynet avdekket at ikke alle pasientene hadde en skriftlig behandlingsplan med mål og tiltak for behandlingen. Dette selv om prosedyren «Plan for utredning og behandling – DPS poliklinikker» tilsa at alle pasientene skulle hatt en behandlingsplan.

Av tiltaksplanen, og som ledd i helseforetakets oppfølgingsarbeid, fremkommer at hver pasient skal sikres en behandlingsplan. Hvordan dette skal sikres og hvem som har ansvaret for kontroll og oppfølging, fremkommer imidlertid ikke. Fylkesmannen legger til grunn at dette blir fulgt opp av sykehusledelsen.

- Om kartlegging av somatisk sykdom - samarbeid med fastlegen og ansvarsforhold

Det er i tiltaksplanen gitt beskrivelser for hvordan helseforetaket i det videre skal kartlegge relevant somatisk sykdom hos pasientene. Herunder at helseforetaket har samarbeidsavtale med fastlegene som regulerer ansvarsforholdet om oppfølgingen av somatiske helsetjenester. Fylkesmannen bemerker at samarbeidsavtalen nok i enda større grad kunne spesifisert ansvarsfordelingen mellom fastlegene og sykehuset.

Det er således viktig for oss å understreke betydningen av at DPS som spesialisthelsetjeneste må gjøre selvstendige vurderinger og for hver pasient ta stilling til om informasjonen som foreligger fra fastlegen gjennom henvisning eller informasjon fra andre instanser, er tilstrekkelig til å kunne vurdere pasientenes somatiske helse, og en eventuell sammenheng mellom pasientenes psykiske lidelser, bruk av rusmidler eller vanedannende legemidler og somatisk tilstand. Videre bemerkes at det er viktig at DPS har rutiner som sikrer at pasientene blir kartlagt, utredet og tilbudt behandling ut ifra et tilstrekkelig godt informasjonsgrunnlag. Dersom pasientene skal følges opp av andre instanser for somatisk sykdom eller medisinerings, som for eksempel fastlege, må rutinene sikre tydelig ansvars- og oppgavefordeling herunder om utveksling av nødvendig informasjon. Fylkesmannen legger til grunn at de ovennevnte forhold vil bli ivarettatt gjennom samarbeidsavtalen med fastlegene og at helseforetaket vil ta initiativ til å foreta nødvendige justeringer i samarbeidsavtalen dersom slikt behov melder seg.

- Om tverrfaglige team og spesialistmedvirkning

Som tidligere beskrevet er målet i det iverksatte kvalitetsprosjektet ved DPS at pasientene skal oppleve sammenhengende helsetjenester uten unødvendig opphold. Vi har videre merket oss at et sentralt mål med prosjektet er at alle pasienter skal sikres en basisutredning, samt at kliniske vurderinger og beslutninger både under utredning og behandling kan drøftes i et tverrfaglig team der spesialist alltid er til stede. Nødvendig spesialistkompetanse skal altså være til stede gjennom hele pasientforløpet - uavhengig av om behandlingsforløpet skjer i DPS eller TSB.

Gjennomføringen av dette i den kliniske hverdagen fremstår imidlertid som noe underspesifisert. Særlig fremstår som noe uklart hvordan helseforetaket har tenkt til å kontrollere og sikre at de tverrfaglige teamene fungerer som planlagt, og dermed også sikre blant annet spesialistmedvirkning i alle pasientforløp. En slik organisering og struktur som beskrevet i tiltaksplanen vil stille store krav til systematisk oppfølging og kontroll. Vi legger til grunn at helseforetaket setter inn både nødvendig ledelseskompetanse og spesialistressurser slik at de tverrfaglige teamene vil fungere etter intensjonen og at spesialistmedvirkning skjer i alle pasientforløpene.



- Om ansvarsfordeling mellom DPS og TSB

Tilsynet avdekket at ansvarsfordelingen mellom DPS og TSB ikke sikret samtidig eller integrert behandling i de tilfellene der pasientene hadde samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Av tiltaksplanen fremkommer at hvorvidt behandlingen skal foregå i DPS, TSB, gjennom parallelle forløp, eventuelt med bruk av felles samtaler med behandler både fra DPS og TSB, er en klinisk beslutning som skal tas i tverrfaglig team med spesialist til stede. Pasientene kan også overføres underveis i behandlingsforløpet dersom det vurderes som mest hensiktsmessig av det tverrfaglige teamet. Det fremkommer videre av tiltaksplanen at det er alvorlighetsgraden i psykiatri/rusmiddelproblemet som bestemmer hvor pasienten skal starte sitt behandlingsforløp, dette i henhold til ROP-retningslinjen.

Vi vil bemerke at det vil være en betydelig andel pasienter hvor det vil være utfordrende å avklare alvorlighet av psykisk sykdom og ruslidelse, og hvor samarbeid mellom psykisk helsevern og TSB er viktig for å sikre ivaretagelsen av disse pasientene. Det er også primært denne gruppen tilsynet har vært rettet mot. Hvilke kriterier det tverrfaglige teamet skal følge for å beslutte hvilken behandling som er riktig til hvilken tid, og i hvert enkelt tilfelle, fremkommer ikke gjennom en vedlagt formalisert samarbeidsavtale eller annet. Dersom det foreligger uklare kriterier, uklar oppgavefordeling eller ulik forståelse av ROP-retningslinjen, kan det bli fort bli tilfeldig om pasienter mottar samordnet og/eller integrert behandling. Dette strider i så tilfelle med faglige retningslinjer og det som regnes som god praksis, og faren for svikt øker.

På dette grunnlaget legger Fylkesmannen til grunn at felles praksis for kriterier, oppgavefordeling mellom DPS og TSB med mer, vedtas på ledernivå og implementeres i virksomheten.

Fylkesmannens konklusjon

Vi vektlegger som positivt at flere viktige tiltak er blitt iverksatt som ledd i helseforetakets forbedringsarbeid med å følge opp og lukke de to lovbruddene. Videre finner vi å måtte hensynte at de landsomfattende tilsynene (LOT) 2017-2018 er avsluttet fra Statens helsetilsyn sin side. Blant annet er Helsetilsynets oppsummeringsrapport fra alle tilsynene på landbasis allerede publisert. På dette grunnlag finner vi det nå formålstjenlig å lukke lovbruddene. Tilsynet avsluttes dermed.

LOT 2017-2018 har hatt som mål å føre til bedre kvalitet i pasientforløpene, at behandlingen pasientene mottar og selv bidrar aktivt inn i skal være virkningsfull, å redusere uønsket variasjon, og at tilsyn skal medføre læring og bedret pasientsikkerhet i helseforetaket. Sykehusledelsens oppfølging av tiltaksplanen som er skissert er viktig for å nå disse målene. Vi ber derfor helseforetaket om å merke seg våre kommentarer i vurderingsdelen. Vi legger således til grunn at dette følges opp i helseforetakets videre kvalitetsutviklingsarbeid.

Med hilsen

Marianne Skjerven-Martinsen
Fylkeslege/avdelingsdirektør
Helseavdelingen

Lene Haugen
seniorrådgiver



Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Fylkesmannen i

Innlandet

Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO

Postboks 987 2604 LILLEHAMMER

04

04