

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 3/2007
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester
til rusmiddelmissbrukere

Mars 2007

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innholdsfortegnelse

1 Sammendrag	4
2 Innledning	6
2.1 Bakgrunn	6
2.2 Organisering av tjenestene.....	6
2.3 Kunnskapsgrunnlag	7
2.4 Myndighetskrav	7
2.5 Metode og gjennomføring	8
3 Funn og vurderinger	10
3.1 Henvisning og vurdering	10
3.2 Utredning	11
3.3 Behandling.....	12
3.4 Avslutning av behandling.....	14
3.5 Styring	15
4 Oppsummering og tilråding	17
Čoahkkáigeassu	19
English summary	20

1 Sammendrag

Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere ble valgt ut til et landsomfattende tilsyn fordi

- tilsynsmyndigheten skal prioritere tjenester til utsatte og sårbare grupper
- rusreformen som ble gjennomført den 1.1.2004 omfattet både endring av ansvar og nye krav til innhold
- dette er et område som er politisk prioritert
- Helsetilsynet hadde kunnskap om behov for å bedre kvaliteten på tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Målet med rusreformen var at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skulle få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Ansvaret for å sørge for at rusmiddelavhengige sikres forsvarlig tverrfaglig spesialisert behandling ble lagt til spesialisthelsetjenesten. Stortinget understreket blant annet at tverrfaglig spesialisert tjenesteyting til rusmiddelavhengige skulle inkludere ulike fagdisipliner som sosialfag, psykologi og medisin.

For å sikre et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for tilsynet og for å identifisere tema/områder med risiko for svikt, ble det avholdt møte med representanter fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Det ble også avholdt møte med Helsetilsynets fagråd for kjønnsperspektiv i tilsyn. De ulike aktørene bidro til å bekrefte tilsynsmyndighetens kjennskap til tjenesteområdets risiko og sårbarhet for svikt.

Det er knyttet særlige utfordringer til det å sikre sammenhengende tiltakskjeder når ulike forvaltningsnivåer er involvert i tjenesteytingen. Et tilsyn som inkluderte både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene ble vurdert til å bli for omfattende og vi valgte av kapasitetsmessige grunner å avgrense dette tilsynet til kun å omfatte de tverrfaglige spesialiserte tjenestene.

De sentrale vurderingstemaene i dette landsomfattende tilsynet har vært om virksomhetene oppfyller spesialisthelsetjenestens krav til faglig forsvarlighet og om pasientrettighetslovens bestemmelser om rett til tverrfaglig vurdering innen tretti dager innfris. Vi har også undersøkt om brukerne sikres helhet og sammenheng i tjenesten og om deres rett til medvirkning ivaretas ved at de tilbys individuell plan.

Tilsynsaktivitetene var konsentrert om fire ulike faser i behandlingen av rusmiddelmissbrukere:

- henvisning og vurdering
- utredning
- behandling
- avslutning av behandling.

I hver region ble det gjennomført tilsyn med seks ulike funksjoner. Vi tok ikke sikte på å vurdere virksomheter som kun ga tilbud om legemiddelassistert behandling (LAR). LAR-tiltak gjøres til gjenstand for fortløpende evaluering i regi av andre.

Virksomhetene ble ikke valgt med tanke på et representativt utvalg. Helsetilsynet mener likevel at funnene gir verdifull informasjon om hvorledes tjenesteområdet fungerer. Det ble utført tilsyn med i alt 22 virksomheter og det ble funnet til sammen 32 avvik og gitt 22 merknader. I fire av de 22 virksomheten ble det ikke funnet avvik. Den mangelfulle etterlevelsen av regelverkskravene var knyttet til alle de områdene som dette tilsynet omfattet, om enn i varierende grad.

Funn og vurderinger

Tilsynet har vist at en del virksomheter ikke sikrer at tjenestene er utformet slik at de er forsvarlige og at rusmiddelmissbrukere ikke fullt ut får dekket sine rettigheter etter pasientrettighetsloven.

- Flere tjenester har ikke den fagkompetanse som er nødvendig for å kunne gjennomføre forsvarlig tverrfaglig vurdering, utredning og behandling. Det ble også avdekket flere tilfeller med mangelfull nedtegnelse av pasientopplysninger i journal samt uforsvarlig oppbevaring av journalopplysninger. Det mangler i en del tilfeller behandlingsplaner, noe som blant annet gjør det vanskelig å gjennomføre kontinuerlig evaluering av den enkeltes behandlingsforløp, hvilket har betydning for om tjenesten kan utøves forsvarlig.
- Flere virksomheter sikrer ikke at henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling blir forsvarlig vurdert med den nødvendige tverrfaglige kompetansen innen fristen på 30 virkedager.
- Det er påvist svikt når det gjelder samarbeid mellom ulike tjenester og mellom de tverrfaglige spesialiserte tjenestene og kommunenes helse- og sosialtjenester. I mange tilfeller gis ikke tilbud om individuell plan, noe som svekker muligheten til å tilby pasientene sammenhengende tiltakskjeder.
- Det ble påvist forhold som viser at virksomhetene ikke styrer systematisk slik at forvarlig tjenesteyting sikres. Det er blant annet tilfeller med manglende systematikk knyttet til om en virksomhet registrerer feil og uplanlagte hendelser, og bruker disse aktivt i sin interne læring og kontinuerlige forbedring. I enkelte virksomheter forelå det rutiner og prosedyrer som var ukjent for de ansatte.

Helsetilsynet har ved dette tilsynet fått bekreftet at en tydelig, kvalifisert og engasjert ledelse er en avgjørende faktor i utviklingen av et kvalitetsmessig godt tilbud til pasientene. Tilsynet har vist at det er virksomheter som yter gode tjenester til rusmiddelmissbrukere, men det er en rekke institusjoner som ikke driver faglig forsvarlig. Virksomheter som ikke etterlever regelverkskravene må rette på forholdene slik at de kan komme opp på et nivå svarende til en kvalitetsmessig god spesialisthelsetjeneste.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Stortingets overordnede mål med rusreformen var at rusmiddelmissbrukere med sammenfattede problemer skulle få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Det dreide seg om både en ansvarsreform og en innholdsreform. Ansvar for å sørge for at rusmiddelmissbrukere blir sikret forsvarlig tverrfaglig spesialisert behandling ble lagt til spesialisthelsetjenesten. Rusreformen hadde til hensikt å bidra større kapasitet i behandlingen og at kvaliteten i behandlingen ble bedre. Det var knyttet store forventninger til rusreformen og fagfeltet har blitt gjort til gjenstand for betydelig oppmerksomhet i den norske offentligheten.

Formålet med dette landsomfattende tilsynet var å bidra til å peke på områder der den enkelte virksomhet har forbedringspotensial og å fremskaffe kunnskap om hvorledes regelverket etterleves. Rusreformen ble iverksatt fra 1. januar 2004 og omorganiseringen av behandlingen av rusmiddelmissbrukere ville etter Helsetilsynets vurdering ha funnet sin form slik at et landsomfattende tilsyn på de utpekte områdene hensiktsmessig kunne gjennomføres i løpet av 2006.

2.2 Organisering av tjenestene

Rusreformen innebar at de regionale helseforetakene (RHF) overtok 32 fylkeskommunale behandlingstiltak. I tillegg trådte de regionale helseforetakene inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstiltak. De regionale helseforetakene fikk også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert behandling (LAR).

De fem regionale helseforetakene har valgt noe ulike løsninger med hensyn til organiseringen.

Helse Nord RHF har organisert behandlingstilbudene under de helseforetakene som de geografisk tilhører. Avtalene med de private aktørene i region nord forvaltes av det regionale helseforetaket.

Helse Midt-Norge RHF er det eneste regionale helseforetaket som har valgt å organisere rusbehandlingstilbudene i et eget helseforetak. Avtalene med de private institusjonene inngås av det regionale helseforetaket, men administreres av Rusbehandling Midt-Norge HF.

Helse Vest RHF fikk som følge av reformen overført én offentlig institusjon. Denne er organisert under psykiatrien i Helse Bergen HF (geografisk tilhørighet). Helse Vest RHF trådte inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med private tjenesteleverandører.

Helse Sør RHF har organisert rusbehandlingstilbudene under de helseforetakene som de geografisk tilhører. Sørlandet sykehus HF er tillagt et koordineringsansvar og har fått ansvar for å etablere og utvikle en analyseenhet. Avtalene med de private institusjonene inngås av det regionale helseforetaket.

Helse Øst RHF har med ett unntak organisert rusbehandlingstilbudene i helseforetakene etter geografisk tilknytning. Unntaket er behandlingstilbudene i Oslo og Follo som uavhengig av geografisk tilknytning, ble organisert under Aker universitetssykehus HF. Helse Øst RHF trådte inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med private aktører.

2.3 Kunnskapsgrunnlag

Statens helsetilsyn gjennomførte en vurdering av sentrale datakilder i Rapport fra Helsetilsynet 2/2005 med tittelen *Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv*. Selv om kunnskapsgrunnlaget kunne sies å være mangelfullt, var det etter Helsetilsynets vurdering et hovedinntrykk at mange rusmiddelmissbrukere ikke fikk de tjenestene de har behov for. Vi pekte spesielt på at dette er særlig bekymringsfullt tatt i betraktning de tunge rusmiddelmissbrukernes helseproblemer, de dels alvorlige psykiske og somatiske lidelsene og den høye dødeligheten som preger denne gruppen. Kapasitetsproblemene og ventetidene i flere regioner for utredning og behandling for rusmiddelmissbruket ga grunn til bekymring, ikke minst for de såkalte dobbeltdiagnosepasientene (alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk), og for de som var aktuelle for legemiddelassistert rehabilitering.

I rapporten ble det også pekt på at det er grunnlag for å tro at tjenestene fortolket pasientrettighetsreglene ulikt, særlig når det gjelder vurderinger av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp. Manglende samordning innen og mellom nivåene er ofte til hinder for at intensjonene i behandlingssoppleggene nås. Det ble understreket at det kan synes som om det er behov for oppdaterte og kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

På bakgrunn av den kunnskapen som ble innhentet, ble det i rapporten konkludert med at det er klare indikasjoner på at mange rusmiddelmissbrukere ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp. Rapporten anbefalte at man i en videre tilsynsmessig oppfølging burde ha særlig fokus på tilgjengeligheten til tjenestene, forsvarligheten i behandlingstilbudene, samhandlingen innen og mellom behandlingsnivåene, og hvordan tjenestene tilrettelegger for medvirkning, informasjon og samtykke.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere* (Rapport IS-0050 fra Sosial- og helsedirektoratet). I rapporten har man valgt ut følgende kvalitetsindikatorer:

- personalgjennomtrekk
- individuell plan

- gjennomføring av brukerundersøkelser
- ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering)
- avbrutte behandlingsforløp innenfor spesialisthelsetjenesten
- epikrisetid.

Dette er indikatorer som kan ses i sammenheng med etterlevelse av relevante regelverkskrav og således vise sammenhengen mellom kvalitet og innhold i regelverket.

2.4 Myndighetskrav

Myndighetskravene ved dette tilsynet er avledet fra pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. De sentrale bestemmelsene har vært retten til tverrfaglig vurdering innen 30 dager (pasientrettighetsloven § 2-2 første ledd), den generelle forsvarlighetsstandard i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og retten til individuell plan (pasientrettighetsloven § 2-5). Det framgår av beskrivelsene nedenfor hva vi ved tilsynet har vektlagt som krav til tjenestene.

Det ble vurdert om tilsynet også skulle omfatte om den fristen virksomhetene setter for når nødvendig helsehjelp skal gis (pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd) er forsvarlig. Fordi dette er et område der det fortsatt mangler faglige retningslinjer og det foreløpig finnes lite praksis å bygge på, ble det besluttet at dette ikke skulle være tema for tilsynet.

Det ble også vurdert om retten til fritt sykehusvalg (pasientrettighetsloven § 2-4) skulle omfattes. Denne bestemmelsen er utformet slik at den gjelder sykehus og distriktspsykiatriske sentra. De fleste av de virksomhetene som ville være relevante for dette tilsynet er ikke organisert slik at de dekkes av bestemmelsen. Vi fant derfor at det ikke ville være hensiktsmessig å inkludere dette lovkravet.

Alle virksomheter som yter helsetjenester har etter lov om statlig tilsyn med helse-tjenesten § 3 plikt til å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Internkontroll er et lov-pålagt krav om styringssystem. I stedet for å gjøre kravet til internkontroll til et eget vurderingstema i tilsynet ble Helsetilsynet i

fylkene bedt om å gi en samlet vurdering av virksomhetenes styringssystem basert på de funn de gjorde under hvert av tilsynets fire hovedtema.

2.5 Metode og gjennomføring

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte dette tilsynet på oppdrag fra og i henhold til en veileder utarbeidet av Statens helsetilsyn. Det ble utført som systemrevisjon i henhold til Helsetilsynets *Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon*. En systemrevisjon innebærer å innhente informasjon ved å gjennomgå dokumenter, intervju og gjennomføre stikkprøver for å bringe på det rene om en virksomhet i praksis følger rutiner, prosedyrer og instruksjoner. Formålet med tilsynet er å få bekreftet at virksomhetene etterlever kravene i helselovgivningen gjennom sin internkontroll.

Tilsynet ble utført av regionale team i hver helseregion. Disse var satt sammen av medarbeidere med juridisk, helse- og sosialfaglig kompetanse.

I dette tilsynet valgte vi å føre tilsyn med virksomheter som yter spesialisthelsetjenester overfor rusmiddelmissbrukere uansett om de er organisert i et helseforetak eller utfører virksomheten på grunnlag av avtaler med ett eller flere regionale helseforetak. Med begrepet "virksomhet" forstås vi i denne rapporten institusjoner som er pålagt ansvaret for en eller flere av oppgavene som er tema for dette tilsynet.

De regionale helseforetakenes (RHF) "sørge-for" ansvar var ikke et eget tema i dette tilsynet. Vi har derfor ikke anvendt kontrakter mellom de regionale helseforetakene og private institusjoner som grunnlag for å vurdere etterlevelse av lovkrav i de private virksomhetene. Vi har imidlertid merket oss at når enheter som skal foreta vurderinger ble lagt til private institusjoner fulgte krav til en vurderingsfrist på 30 virkedager av avtalene med de regionale helseforetakene.

Helsetilsynet besluttet at det i hver region skulle gjennomføres tilsyn med seks ulike funksjoner som ikke nødvendigvis var seks ulike institusjoner:

- 2 virksomheter som på oppdrag fra RHF utførte tverrfaglige vurderinger av behovet for nødvendig helsehjelp i henhold til lov om pasientrettigheter.

- 1 virksomhet som har tilbud om avrusning
- 1 poliklinisk virksomhet
- 1 behandlingstilbud som gir døgnbasert behandling under 6 måneders varighet
- 1 behandlingstilbud som gir døgnbasert behandling over 6 måneders varighet

Helsetilsynet besluttet videre at minimum én av de nevnte virksomhetene burde behandle alkoholrelaterte lidelser og at én av virksomhetene burde være privat. Vi tok ikke sikte på å vurdere virksomheter som kun vurderte eller ga tilbud om legemiddelassistert behandling. Dette ble begrunnet ut fra at den sistnevnte typen virksomheter gjøres til gjenstand for fortløpende evaluering i regi av andre og at våre ressurser burde brukes på andre virksomheter som yter tverrfaglig spesialisert behandling.

For å sikre et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag og for å identifisere tema/områder med risiko for svikt ble det avholdt møte 12. september 2005 med representanter fra brukerorganisasjoner og fagmiljø.

De inviterte parter bidro gjennom forberedte presentasjoner og diskusjon til å identifisere områder med risiko/sårbarhet for svikt i tjenesteområdet. Følgende områder ble identifisert:

- behov for samhandling innenfor og mellom forvaltningsnivåer (sikre sammenhengende tiltakskjeder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal tjenesteyting)
- individuelt tilrettelagt behandling
- brukermedvirkning
- samarbeid med pårørende (pårørende som en ressurs)
- avbrudd i behandlingen ("drop-out")
- ventetid på behandling
- behov for mangfold i behandlingstilbud – behov for medikamentfrie behandlingstilbud
- kompetanse

- forsvarlig medisinsk/medikamentell behandling
- behov for dokumentasjon.
- henvisning og vurdering
- utredningsfase
- behandlingsfase
- avslutningsfase av behandling.

Det er også avholdt møte med Helsetilsynets fagråd for kjønnsperspektiv i tilsyn som la vekt på flere av de samme områdene som fremkommer over.

Det er i ulike sammenhenger påpekt at det er knyttet særlige utfordringer til det å sikre sammenhengende tiltakskjeder når ulike forvaltningsnivåer er involvert i tjenesteytingen. Dette er også tilfelle i forhold til rusmiddelmissbrukere der det er avgjørende at spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene har etablert gode samhandlingsrutiner.

Det har vært fremmet ønske om at et landsomfattende tilsyn med tjenestefeltet burde omfatte både de spesialiserte tjenestene og de kommunale tjenestene. Et tilsyn som inkluderte begge forvaltningsnivåene ble vurdert til å bli for omfattende og vi valgte av kapasitetsmessige grunner å avgrense dette tilsynet til kun å omfatte de tverrfaglige spesialiserte tjenestene.

Tilsynet ble gjennomført med utgangspunkt i operasjonaliseringer av forsvarlighet innen følgende delområder:

- samhandling med andre nivå
- brukeres medvirkning
- ansattes kompetanse og tjenestenes utforming
- dokumentasjon av individuelle forløp (journalplikt) og av kontinuerlig forbedringsarbeid (evaluering, overvåking av ”behandlingsresultat”, læring av feil eller ikke planlagte hendelser osv.). Hvilke systemer eller tiltak har virksomheten utviklet/utarbeidet for å sikre at ulike krav ivaretas (styringskravet)
- når det gjelder vurdering av henvisningene vil tilsynet legge vekt på hvordan det sikres at 30-dagersfristen overholdes og på hvilke kriterier virksomheten vektlegger når behovet for nødvendig helsehjelp vurderes.

Tilsynsaktivitetene var konsentrert om fire ulike faser i den tverrfaglige spesialiserte behandlingen av rusmiddelmissbrukere:

Funnene vil bli presentert i forhold til de nevnte fasene.

3 Funn og vurderinger

De ulike virksomhetene som var omfattet av tilsynet ble valgt ut på bakgrunn av lokal kunnskap om risiko og sårbarhet og ikke med det formål å gi et representativt bilde av tjenesteområdet nasjonalt. Helsetilsynet mener likevel at funnene gir verdifull informasjon om hvorledes tjenesteområdet fungerer. Funnene i denne rapporten bygger på en samlet gjennomgang og vurdering av tilsynsrapportene som ble utarbeidet i tilknytning til hvert enkelt tilsyn. Det ble utført tilsyn med i alt 22 virksomheter:

- 3 virksomheter i helseregion Sør
- 6 virksomheter i helseregion Øst
- 3 virksomheter i helseregion Vest
- 6 virksomheter i helseregion Midt-Norge
- 4 virksomheter i helseregion Nord

Helsetilsynet i fylkene fant til sammen 32 avvik og ga 22 merknader i disse virksomhetene. I fire av virksomhetene ble det ikke funnet avvik. Det ble forøvrig påvist avvik innen alle de fire ulike fasene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tilsynet var konsentrert om.

Avvik er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndighetene finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

3.1 Henvisning og vurdering

Helsetilsynet hadde som formål å fastslå hvorledes virksomheten sikret at pasienten fikk en forsvarlig tverrfaglig vurdering av sin helsetilstand innen 30 dager etter mottatt henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Ulike instanser har mulighet til å henvise rusmiddelavhengige til tverrfaglige spesialiserte tjenester. Både sosialtjenesten, fastleger og øvrige spesialisthelsetjeneste har henvisningsrett. Henvisninger kan sendes til instanser som er gitt vurderingsmyndighet, dvs. myndighet til å fastslå om kriteriene for nødvendig helsehjelp er oppfylt samt fastsette frist for oppstart av kvalifisert behandling. Vurdering i denne sammenhengen er å forstå som de konkrete faglige vurderinger som gjøres av innholdet i henvisningene og i forhold til de funn som avdekkes ved undersøkelsen av den enkelte pasient. Vurderingen har som siktemål å fastslå om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp. Dersom det fastslås rett til nødvendig helsehjelp skal det fastsettes en individuell frist for oppstart av nødvendig behandling.

For å håndtere henvisningene på en forsvarlig måte må virksomheten ha tilgang til tilstrekkelig kompetanse, dvs. medisinsk-, psykolog- og sosialfaglig kompetanse. Den samlede kompetanse skal være involvert i vurderingen av de enkelte henvisningene (Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS 12/2004 Lov om pasientrettigheter). Enheter som skal foreta utredning med sikte på å vurdere behov for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk må ha nødvendig kompetanse for å ivareta følgende:

- kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon, samt pasientens generelle psykiske og fysiske tilstand
- vurdere pasientens motivasjon, samt relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon
- vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevant screening- og testverktøy
- foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og eventuelle somatiske tilleggslidelser, herunder ha kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og eventuelle andre nødvendige spesialutredninger
- foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnoser og anbefale adekvat(e) behandlingstilbud
- kunnskap om de behandlingsfaglige tilnærminger i de eksisterende behandlings tiltak og kunne formulere behandlingsbehovet for den enkelte pasient.

Hva fant vi?

Av de 22 virksomhetene var det til sammen 16 som hadde vurdering av henvisninger som oppgave og det ble pekt på svikt i halvparten av disse når det gjelder denne oppgaven.

Det ble for eksempel avdekket svikt i forhold til å sikre at fristen på 30 virkedager for å avgjøre om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp ble overholdt. Kravet om at alle som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få sin henvisning vurdert innen fristen er en viktig forutsetning for at pasientene sikres nødvendig helsehjelp så raskt som mulig slik at tilstandene ikke forverres.

Det ble også avdekket at noen virksomheter ikke sikret at det var tilgjengelig nødvendig tverrfaglig kompetanse slik at vurderingen ble forsvarlig utført. Mangelfull kompetanse vil kunne innebære at pasientenes behov ikke i tilstrekkelig grad avdekkes og dermed kan det oppstå feil i vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ei. Det ble avdekket enkelttilfeller der det ikke var etablert systematiske tiltak som sikret at pasienter med mistanke om mulig alvorlig sykdom ble prioritert i forhold til vurdering og videre undersøkelse. Ved noen virksomheter var det pga. manglende kompetanse ikke kapasitet til å gjennomføre somatiske undersøkelser av pasientene som var

henvist.

Ved noen tilsyn ble det avdekket at virksomhetene utelukkende refererte til medisinskfaglige begrunnelser i svarbrevene til pasientene. Det fremkom således ikke at det skal være en tverrfaglig vurdering av henvisningene.

Tilsynet påviste at det ved enkelte virksomheter ikke var etablert systemer som sikret at overskridelse av 30-dagersfristen ble rapportert til ledelsen slik at forbedrings tiltak kunne iverksettes. I enkelte virksomheter ble det ikke systematisk opplyst til pasienten om klageadgang og rett til fornyet vurdering ved avslag.

3.2 Utredning

Helsetilsynet hadde som formål å undersøke om virksomhetene sikret at det skjer forsvarlig utredning av pasientens behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Utredning er de aktivitetene som har til hensikt å skaffe tilstrekkelig kunnskap om pasientens tilstand slik at konkret, tilpasset og hensiktsmessig behandling kan iverksettes. Hva som kreves av en tverrfaglig spesialisert utredning er grundig drøftet i kapittel 3 i Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) om statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere. Utredning skal være gjennomført som en del av tverrfaglig spesialisert behandling. For å kunne gjennomføre utredninger må virksomheten kunne dokumentere tilgang på kompetanse som gjør det mulig å avklare somatiske og psykiatriske problemstillinger samt sosiale og rusrelaterte forhold. De rusfaglige vurderingene må si noe om rushistorie, misbrukte midler, misbruksmønster, avhengighetsgrad og relasjonelle og yrkesmessige konsekvenser.

En utredning må i tilstrekkelig grad ivareta følgende områder/tema i forhold til den enkelte pasient:

- fysisk helse
- avhengighet/rusmønster
- psykisk helse
- familie/nettverk
- skole/arbeid.

En utredning skal gi grunnlag for å sette diagnose(r) og det skal redegjøres for differensialdiagnostiske vurderinger. Diagnosene skal være i henhold til Verdens helseorganisasjons (WHO) diagnoseklassifikasjon ICD-10. Virksomheter som gjennomfører utredninger skal ha etablert rutiner for kontinuerlige vurderinger (i takt med endringer i pasientens tilstand) og det skal utarbeides behandlingsplan for den enkeltes tverrfaglige spesialiserte behandling for å sikre et forsvarlig tilbud.

Når det igangsettes en utredning innebærer dette også at virksomheten gir pasienten tilbud om utarbeiding av individuell plan (IP). For å sikre at pasienten får tilbud om individuell plan har alle deler av helsetjenesten et selvstendig ansvar for å ta initiativ til at arbeidet med IP iverksettes. Vi kommer tilbake til en drøfting av individuell plan og hva tilsynsmyndighetene fant i kapittel 3.3 Behandling.

Virksomheter som utfører utredninger må ha etablert rutiner for viderehenvisning for å avklare helsetilstanden på en forsvarlig måte (for eksempel avklaring/oppfølging av somatiske sykdommer). Utredninger vil kunne fordra tilgang på tilleggskompetanse (eksempelvis nevropsykologisk vurdering) og det må være etablert rutiner som sikrer tilgang til nødvendig kompetanse som virksomheten ikke selv innehar.

Virksomhetene må ha oversikt over relevante, anerkjente faglige retningslinjer og dokumentere hvorledes man benytter seg av faglige retningslinjer.

I løpet av en utredningsfase vil det kunne oppstå en forverring av pasientens tilstand. Virksomhetene må ha etablert rutiner slik at pasienten til enhver tid sikres forsvarlig oppfølging. Dette innebærer et krav om kontinuerlig evaluering av pasientens tilstand. Den fortløpende evalueringen skal være dokumentert.

Forsvarlig vurdering og utredning innebærer at de som utfører denne oppgaven har kunnskap om hvilke institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og om innhold og lengde på den behandlingen som tilbys.

Hva fant vi?

Utredning ble undersøkt i 21 av de 22 gjennomførte tilsynene og det ble funnet brudd på regelverket i 12 av virksomhetene.

Hovedsvikten på dette området er knyttet til mangel på nødvendig kompetanse til å gjennomføre forsvarlig utredning av rusmiddelmissbrukernes behov for tverrfaglig spesialisert behandling. Dette kom blant annet til uttrykk ved at det ikke var tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse til å sikre at pasienten fikk diagnose i henhold til WHO's diagnoseklassifikasjonssystem (ICD-10). Diagnosesetting er et hjelpemiddel til å sikre ryddighet og struktur i en utredning samt at diagnose også vil være en sentral premiss i forhold til utformingen av det konkrete behandlingsopplegget.

Det ble avdekket tilfeller der det pga. mangelfull kompetanse ikke ble avklart om det forelå psykiatriske problemstillinger eksempelvis psykoselidelse, angst/depressive tilstander eller suicidalitet. Uten nødvendig kompetanse tilgjengelig vil sykelige tilstander kunne overses og det vil kunne bli iverksatt behandlingsmessige intervensjoner som ikke er hensiktsmessige i forhold til pasientens tilstand.

Det ble også påvist at enkelte virksomheter ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om tilgjengelige behandlingsmuligheter i andre deler av tjenesteapparatet.

3.3 Behandling

Helsetilsynet ville ved dette tilsynet fastslå hvorledes virksomhetene sikrer pasientene en forsvarlig tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Behandlingen omfatter de aktiviteter som har til hensikt å begrense rusmiddelmissbruket eller bringe misbruket til opphør. Kravene som stilles til virksomhetenes kompetanse vil kunne vektes ulikt alt avhengig av behandlingsnivå og behandlingstilbudets utforming/egenart. Den beskrivelsen som virksomheten gir av seg selv må vise hvilken kompetanse institusjonene har sikret seg tilgang til.

Det stilles krav om at virksomhetene legger til rette for ivaretagelse av omsorgsrelaterte oppgaver og sikrer mulighet for kontakt i de tilfellene der pasientene har mindreårige barn. Institusjonene må kunne beskrive hvordan den tar hensyn til individuelle forhold, inkludert kjønn, i planleggingen av et behandlingsforløp. God, individuelt tilrettelagt behandling vil vanligvis innebære at kjønnsperspektivet ivaretas.

Utarbeidelse av individuell plan er nødvendig for å sikre sammenhengende tiltakskjeder samt ivareta kravet til brukermedvirkning. Dersom det foreligger individuell plan (IP) må denne vedlikeholdes, eventuelt revideres, som følge av de resultater behandlingen gir. Dersom det ikke foreligger IP ved oppstart av behandling må virksomheten ta initiativ til å utarbeide en individuell plan. I tilknytning til utarbeidelse av individuell plan må det i særlig grad legges vekt på at det er utviklet rutiner for samhandling med de kommunale tjenestene.

Behandlingsinstitusjoner må skaffe seg tilgang til resultatene fra gjennomførte utredninger av pasientene. Oppfølgingen i forhold til de forhold som er beskrevet i utredningen av den enkelte pasient må dokumenteres i journalen. Oppfølgingen må dekke de medisinske-, psykolog- og sosialfaglige adresserte problemstillingene hos den enkelte pasient.

Det er en forutsetning at virksomheter som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet har tilgang til tilstrekkelig kompetanse slik at nødvendig farmakologisk behandling gjennomføres. Det må være etablert rutiner for forsvarlig oppbevaring og administrasjon av legemidler.

I tillegg til relevant medisinske-, psykolog- og sosialfaglig kompetanse forutsettes det at virksomhetene tilegner seg kompetanse om systematisk kvalitetsarbeid inkludert kontinuerlig forbedring. Det må være rutiner som sikrer evaluering av behandlingsresultatene. Det å etablere behandlingsplaner som beskriver mål og tiltak vil være et viktig redskap for å sikre forsvarlig behandling. En behandlingsplan vil kunne bidra til å sikre at innholdet i og målet med behandlingen er kjent, forstått og blir etterlevd av pasienten og det involverte personalet. Ved å benytte behandlingsplaner i forhold til de enkelte behandlingsforløpene vil man være i stand til å gjennomføre regelmessige evalueringer i forhold til de mål som er fastsatt. Resultatene fra evalueringene gir grunnlag for eventuelle justeringer av behandlingstiltakene eller målsettingen med behandlingen.

Det er ikke tilstrekkelig at den omtalte fagkompetansen utelukkende er tilgjengelig i forhold til individuell oppfølging. Kompetansen må også være tilgjengelig i forhold til utviklingen og forbedring av organisasjonen som sådan. Det må settes krav om rutiner for medvirkning fra personalet for å bidra til at de organisatoriske løsningene utvikles slik at kvaliteten i pasientbehandlingen sikres.

Forsvarlig behandling forutsetter at nødvendig kompetanse utvikles og vedlikeholdes. Virksomhetene må kunne dokumentere at den kompetanse som anses for nødvendig vedlikeholdes.

Tjenestene skal planlegges og organiseres slik at pasientene får tilbud om en sammenhengende behandlingsskjede. Det er avgjørende for å lykkes med dette at det utvikles gode samhandlingsrutiner innen samme forvaltningsnivå og mellom nivåene. Det må være dokumentert hvorledes samhandlingen med de kommunale tjenestene i løpet av en behandling er organisert slik at pasienten sikres en tilrettelagt oppfølging på kommunalt nivå etter endt tverrfaglig spesialisert behandling.

Virksomhetene må kunne dokumentere hvorledes brukernes ønsker ivaretas i det enkelte behandlingsforløp. Det må være beskrevet på hvilken måte pasienten, og pårørende i den utstrekning pasienten samtykker, tar del i utarbeidelsen av egen behandling. Hvorledes kravet om samtykke sikres må være dokumentert.

Virksomhetene må ha etablert rutiner som sikrer fortløpende dokumentasjon av den behandlingen som ytes. Det må sikres forsvarlig journalføring og sikker oppbevaring av journaldokumentasjon. Det må foreligge rutiner for å dokumentere tilbakeholdelse i behandlingen og hvorledes dette gjennomføres.

Hva fant vi?

Dette temaet ble undersøkt i 21 av de ettersette virksomhetene og det ble på dette området avdekket mangler i 15 av virksomhetene.

Det ble avdekket at flere institusjoner hadde mangelfull kompetanse i forhold til det å kunne yte tverrfaglig spesialisert behandling. I særlig grad var det mangel på medisinskfaglig kompetanse både i forhold til somatiske og psykiske problemstillinger. I noen grad ble det også påvist mangel på psykologisk kompetanse på spesialistnivå. Mangel på fagkompetanse vil svekke mulighetene for å iverksette god behandling og endringer i pasientens helsetilstand vil kunne bli oversett. Medisinskfaglig kompetanse ble i flere virksomheter skaffet til veie fra sak til sak, men kompetansen var ikke tilgjengelig slik at medisinskfaglige vurderinger medvirket i utviklingen av organisatorisk læring. I flere virksomheter var det ikke utarbeidet planer som skulle bidra til å

sikre kompetanseutvikling blant de ansatte.

Ved flere virksomheter ble det ikke utarbeidet behandlingsplaner der målene med de individuelt rettede behandlingstiltakene var beskrevet. I flere virksomheter ble ikke den behandlingmessige progresjon forløpende nedtegnet. Uten slike nedtegnelser blir det ikke mulig å foreta evaluering av de individuelle behandlingsforløp. Regelmessig evaluering av den behandlingmessige innsatsen er nødvendig for å kunne vurdere om den behandlingen som ytes samsvarer med pasientens behov.

Arbeidet med individuell plan (IP) ble ikke tilstrekkelig ivaretatt i alle virksomheter. Dette fremkommer både i tilsynets vurderinger av utredningsfasen og som her som en mangel under selve behandlingen. I enkelte virksomheter var det lite kjennskap til regelverket knyttet til individuell plan. IP er et virkemiddel for å sikre en planmessig, koordinert innsats fra ulike instanser for å sikre at pasientens forskjellige behov blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Mangelfull innsats i forhold til å utarbeide IP vil også kunne svekke pasientens mulighet til å medvirke i utviklingen av sin egen behandling samt at det vil kunne redusere mulighetene for å etablere sammenhengende tiltakskjeder på tvers av fagfelt og forvaltningsnivåer.

Det ble påvist svakheter i forhold til det å føre fortløpende journal. Blant annet viste det seg at innholdet i flere tilfeller var utilstrekkelig i forhold til å beskrive pasientens tilstand. Tilsynet viste at det i flere virksomheter ikke var utarbeidet retningslinjer for dokumentasjon av behandlingsforløp slik at journalene ble ført på en enhetlig måte. Det ble avdekket at journalopplysninger ble ført på ulike steder. Videre ble det påvist tilfeller der medisinske opplysninger etter konsultasjon hos allmennlege ikke var ført inn i pasientjournalen ved institusjonen. Pasientjournalen er den viktigste kilden til informasjon om pasientens tilstand og den behandlingen som er gitt. Det er derfor viktig at journalen til enhver tid er oppdatert og inneholder alle relevante og nødvendige opplysninger om sykdomsutvikling og behandling.

Mangelfull journalføring er i strid med forsvarlig virksomhet og kan medføre at det oppstår situasjoner som utgjør en trussel mot tryggheten i helsetjenesten.

Oppbevaringen av journaler var noen steder slik at det ikke sikret nødvendig adgangsbegrensning. Det er helt sentralt for å ivareta

kravet om at pasientopplysninger ikke skal være tilgjengelig for uvedkommende at det er etablert systemer som sikrer forsvarlig oppbevaring, inkludert adgangsbegrensning, slik at kun det personellet som av behandlingmessige årsaker skal ha tilgang får det og ingen andre. Mangelfull håndtering av personsensitive opplysninger kan bidra til å svekke den allmenne tilliten til helsevesenet.

I noen virksomheter ble det påvist at legemiddelhåndteringen ikke var i samsvar med regelverkets krav. Det ble avdekket at det ikke var en medisinskfaglig ansvarlig for legemiddelhåndtering og at personell som administrerte legemidler ikke hadde nødvendige kvalifikasjoner. Det var blant annet ikke gjennomført kurs i medikamenthåndtering ved enkelte virksomheter. Tilsynet avdekket tilfeller der det ikke var gjennomført farmasøytisk tilsyn med legemiddellagre. Det å etterleve regelverkskravene vil bidra til å sikre at korrekt legemiddel i riktig dose gis til rett pasient til rett tid. Oppbevaringen av legemidler som ikke følger regelverkets anvisninger vil kunne medvirke til at legemidler kommer på avveie og kan forårsake skade eller uønskede hendelser i forhold til pasienter eller uvedkommende.

3.4 Avslutning av behandling

Helsetilsynet ville ved dette tilsynet fastslå hvorledes virksomheten sikret pasientene forsvarlig utskrivelse etter behandling i et tverrfaglig spesialisert behandlingstiltak.

Avslutningen bør være planmessig og styrt slik at pasienten sikres en sammenhengende tiltakskjede ved overgang fra et tjenestetilbud til et annet. Behandlingsinstitusjoner må varsle de øvrige aktørene i tiltakskjeden om utskrivning av pasienten og ta initiativ til å arrangere ansvarsgruppemøte i tilknytning til vedlikeholdet av individuell plan i god tid før en planlagt utskrivelse.

Avslutning av behandlingsforløp må planlegges slik at det etableres samhandling med kommunene forut for og ved utskrivning, som sikrer at pasienten får bolig og nødvendige sosiale ytelser/bistand fra sosialtjenesten. Det må være etablert rutiner for hvorledes virksomhetene ivaretar sitt rådgivningsansvar overfor kommunehelsetjenesten. Krav om epikrisetid må imøtekommes av virksomhetene. Epikrise skal normalt foreligge innen syv dager etter at behandlingen er avsluttet.

Virksomhetene må kunne beskrive på hvilken måte pasienten, og pårørende i den utstrekning pasienten samtykker, tar del i planlagte utskrivninger og hvorledes pasientens ønsker ivaretas.

Virksomhetene må ha etablert systemer som sikrer at det dras erfaringer fra såkalte ”drop-out” (dvs. ikke planlagt avslutning av behandling) eller uteblivelse. Slike hendelser må anses for å være en uplanlagt hendelse som virksomheten skal registrere og bruke til læring som ledd i sin internkontroll. Dette å lære av uplanlagte hendelser er et sentralt element i å sikre kontinuerlig forbedring av tjenestene.

Hva fant vi?

Dette temaet ble undersøkt i 21 av de 22 ettersette virksomhetene og det ble funnet avvik fra lovkrav i tre av disse.

Det ble avdekket et par tilfeller der epikrise ikke forelå innen forsvarlig tid etter utskrivelse. Epikrisen er et viktig virkemiddel for å sikre at nødvendig informasjon om pasientens tilstand og behandling blir kommunisert mellom ulike hjelpeinstanser. Uten en forsvarlig kommunikasjon mellom ulike instanser vil mulighetene for å etablere sammenhengende tiltakskjeder bli redusert, noe som har konsekvenser for kvaliteten på det tilbudet som pasienten mottar.

Det å arbeide systematisk for å lære av uplanlagte behandlingsavbrudd (”drop-out”) er pekt på som en mangel i et par virksomheter.

Det ble også pekt på at virksomheter i forbindelse med ikke-planlagt avslutning av behandling ikke alltid sikret at det ble vurdert om pasienten hadde behov for annen type behandling i spesialisthelsetjenesten. For å sikre pasienten et helhetlig, sammenhengende tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene er det nødvendig at det etableres og vedlikeholdes effektive samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet.

Tilsynet påviste mangelfullt samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene. De mangler, som er beskrevet tidligere, som ble påvist i forhold til å utarbeide individuelle planer (IP) svekker mulighetene for å etablere sammenhengende tiltakskjeder. IP er et virkemiddel som kan bidra til å etablere og utvikle gode samarbeidsformer mellom ulike tjenester.

3.5 Styling

I dette tilsynet skulle ikke Helsetilsynet i fylkene vurdere virksomhetenes systematiske styling som et eget regleverkskrav, men de ble bedt om å vurdere om det ville være hensiktsmessig å inkludere noen kommentarer om dette basert på de funnene som var gjort i tilsynet forøvrig. I syv av de 22 rapportene har Helsetilsynet i fylket påpekt at virksomhetene har et forbedringspotensiale når det gjelder den systematiske stylingen som skal sikre at tjenesten er forsvarlig til enhver tid.

Flere av virksomhetene sikrer ikke at de styrer sin virksomhet slik at lovkrav, og da særlig forsvarlighetskravet, etterleves hele tiden. Sosial- og helsedirektoratet har kalt sin veileder i internkontroll *Hvordan holde orden i eget hus* (IS-1183). På denne måten fremhever direktoratet at internkontroll handler om å planlegge og tilrettelegge slik at man både gjør de riktige tingene og gjør dem på en riktig måte hele tiden. Systematisk styling inneholder også det å lære av de hendelser som blir annerledes enn planlagt, og det å regelmessig evaluere egen virksomhet som forutsetning for å forbedre den.

Ved flere virksomheter var det ikke etablert rutiner som sikret at svikt i forhold til å overholde 30-dagersfristen med hensyn til vurderinger ble rapportert til ledelsen. Det ble avdekket at ansatte hadde lite kjennskap til systemer for håndtering og registrering av uplanlagte hendelser og feil. Uten systemer som sikrer dette vil ikke en kontinuerlig forbedring av virksomheten bli oppnådd.

Dette tilsynet avdekket mangel ved styrings-systemene i flere virksomheter blant annet ved at det ikke var etablert rutiner for håndtering av uplanlagte hendelser eller feil (det som kalles avvik i et kvalitetssystem, men som ikke nødvendigvis er et avvik fra et lovkrav). Det var for eksempel ikke etablert rutiner som sikret oppfølging av såkalte ”drop-out”. Virksomheter benyttet derfor ikke alltid erfaringene fra ”drop-out” som en kilde til kontinuerlig forbedring.

I andre tilfeller påviste tilsynet at det forelå rutiner og prosedyrer, men at disse var lite kjent blant de ansatte. I andre virksomheter igjen ble det påvist manglende klarhet i fordeling av ansvar og oppgaver. Systematisk styling er helt avgjørende for å sikre at de tjenestene som ytes er faglig forsvarlige i tråd med god faglig praksis.

Noen har pekt på at det ikke er gjennomført systematisk vurdering av hvor det kan svikte i tjenestene, for eksempel er det ikke vurdert lokalt hva manglende kompetanse kan medføre. Et eksempel er at virksomheter som ikke har psykiatrisk eller psykologisk kompetanse ikke har vurdert hva dette innebærer når det gjelder mulighet for å fange opp psykisk sykkelighet hos sine brukere.

Virksomhetene har ikke alltid rutiner som sikrer evaluering av behandlingsresultatene. En behandlingsplan vil kunne bidra til å sikre at innholdet i og målet med behandlingen er kjent, forstått og blir etterlevd av pasienten og det involverte personalet. Ved å benytte behandlingsplaner i forhold til de enkelte behandlingsforløpene vil man være i stand til å gjennomføre regelmessige evalueringer i forhold til de mål som er fastsatt. Resultatene fra evalueringene gir grunnlag for eventuelle justeringer av behandlingstiltakene eller målsettingen med behandlingen.

4 Oppsummering og tilråding

De sentrale vurderingstemaene i dette landsomfattende tilsynet har vært om virksomhetene oppfyller spesialisthelsetjenestens krav til faglig forsvarlighet, inkludert om pasientrettighetslovens bestemmelser om rett til vurdering innen 30 dager innfris. Vi har også lagt vekt på å undersøke om brukerne sikres helhet og sammenheng i tjenesten og om deres rett til medvirkning ivaretas ved at de tilbys individuell plan.

Det ble påvist brudd på regelverkskrav i 18 av de 22 tilsette virksomhetene. Den mangelfulle etterlevelsen av regelverkskravene var knyttet til alle de områdene som dette tilsynet omfattet, om enn i varierende grad.

Etter Helsetilsynets vurdering er det særlig alvorlig at tjenesteytingen i mer enn halvparten av virksomhetene ikke er i samsvar med faglig forsvarlig virksomhet. Basert på våre funn må det fremheves at den virkelige store utfordringen tjenestene står overfor er å sikre tilstrekkelig og nødvendig kompetanse til alle de ulike aktivitetene som den tverrfaglige spesialiserte tjenesten skal utføre. Tilgang til nødvendig kompetanse er en helt avgjørende forutsetning for å drive en virksomhet faglig forsvarlig i tråd med det som til enhver tid er god faglig praksis.

Det å sikre tilstrekkelig kompetanse er et lederansvar. I mange tilfeller er kvalifisert personell et knapphetsgode innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Virksomhetene, de regionale helseforetakene og fagmiljøene oppfordres til å utvikle meritteringssystemer som bidrar til at innsats i tverrfaglig rusbehandling er relevant i forhold til å skaffe seg spesialistkompetanse. Dette vil kunne medvirke til å bedre rekruttering til et tjenesteområde som er etterspurt og prioritert fra samfunnets side.

Etter Helsetilsynets vurdering er det ikke akseptabelt at det i en tredjedel av de ettersette virksomhetene er brudd på retten til forsvarlig vurdering innen 30 dager. Virksomhetene må også sikre at det er kunnskap om pasientrettigheter i de utøvende ledd i virksomheten og ha etablert rutiner som sikrer at alle pasientene får sin tilstand vurdert av personell med rett kompetanse, innen den fastsatte fristen.

Sammenhengende tiltakskjeder kan ikke utvikles og vedlikeholdes dersom det ikke er etablert gode rutiner for informasjonsutveksling og samarbeid. I forhold til mangelfullt arbeid med individuell plan ble Helsetilsynet møtt med utsagn om at dette var noe som kommunene burde ta seg av. Slike vurderinger kan ikke aksepteres og virksomhetene må forsterke innsatsen når det gjelder samhandling med førstelinjen. Helsetilsynet har også i andre tilsyn erfart mangler når det gjelder å sørge for at det legges til rette for og utarbeides individuell plan når brukere ønsker det. Etter vårt skjønn er dette en oppgave de som eier og driver helse- (og sosial)tjenester må prioritere betydelig høyere enn i dag, slik at brukere og pasienter kan få helhetlige og sammenhengende tjenester.

Systematisk og fortløpende nedtegnelse av behandlingsforløp i tråd med regelverket må sikres. Pasientjournalen er et helt sentralt verktøy for å sikre kvaliteten i behandlingen. Det må etableres rutiner for føring av journal og det må utvikles retningslinjer for hva som skal føres inn i journalen. Det skal foreligge en samlet journal for hver pasient.

Det er også påvist mangler når det gjelder legemiddelhåndtering. Det å sikre forsvarlig håndtering av legemidler og tilstrekkelig

sikring av journaldokumentasjon handler både om at det må være etablert nødvendige rutiner og at virksomhetene har tilgang til relevant fagkompetanse.

Tilsynet avdekket mangler ved styringssystemene i en tredjedel av de tilsette virksomhetene, selv om internkontroll ikke var et eget tema i dette tilsynet. Helsetilsynet i fylkene har pekt på forbedringsbehov når det gjelder å styre slik at tjenestene til enhver tid etterlever regelverkskravene. Virksomhetene må gjennomgå sine egne tjenester for å identifisere faktorer som har betydning for om tjenestene ytes forsvarlig til enhver tid og sette inn tiltak som kan forebygges svikt. Uten gode styringssystemer og tilstrekkelig fagkunnskap er det ikke mulig å yte gode tjenester.

Helsetilsynet ser at virksomheter som yter tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere har møtt mange utfordringer etter at rusreformen ble iverksatt i 2004. To til dels ganske ulike behandlingsskilturer har måttet arbeide med å tilegne seg nye regelverkskrav, inkludert nye styringskrav (internkontroll) og nye kompetansekrav. Helsetjenesten er kjent med krav til for eksempel faglig forsvarlighet, pasientrettigheter og dokumentasjon, krav som for en del rustiltak kan være nye og fremmede. På tross av dette har vi i dette tilsynet funnet at heller ikke helsetjenesten alltid oppfyller disse kravene.

Rusreformen innebærer imidlertid at også helsetjenesten stilles overfor den utfordring det er å møte nye fagmiljøer. Når behandling av rusmiddelmissbruk skal tilføres helsefaglig kompetanse og regelverkskrav, som det er et stort behov for, innebærer ikke det at den kompetansen som allerede finnes om misbruk og behandlingsmuligheter skal erstattes, den skal suppleres.

Helsetilsynet vil understreke betydningen av en kvalifisert, engasjert og tydelig ledelse når det gjelder å få implementert nye krav, slik at de blir kjent, forstått og etterlevd i alle ledd i organisasjonen. Systematisk styring av virksomhetene i tråd med prinsippet om internkontroll vil bidra til å sikre kvaliteten på de tjenestene som spesialisthelsetjenesten yter til rusmiddelmissbrukere.

Tilsynet har avdekket at flere virksomheter ikke drives på en faglig forsvarlig måte. Virksomhetene og de regionale helseforetakene må uten unødig opphold sørge for at aktivitetene bringes i overensstemmelse

med regelverkskravene. Tilsynet har også vist at det er virksomheter som driver i samsvar med regelverket og yter pasienten faglig gode tverrfaglige spesialiserte tjenester. Helsetilsynet mener at det er et potensielt for kvalitetsforbedring ved erfaringsoverføring mellom virksomheter som driver god faglig virksomhet og de virksomhetene som ikke er i takt med regelverkets krav. Alle virksomheter som yter tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelavhengige må drives i tråd med regelverket for at intensjonen med rusreformen av 2004 skal oppfylles.

Resultatene etter det landsomfattende tilsynet er gjort kjent for virksomhetene og de regionale helseforetakene, slik at de som er ansvarlig for å yte befolkningen forsvarlige tverrfaglige tjenester til rusmiddelmissbrukere fortløpende kan forbedre sine tjenester og sørge for at regelverkskravene etterleveres. Det er avholdt regionsvise møter med de regionale helseforetakene samt at det er utarbeidet regionsvise samlerapporter. Oppfølging av tilsynet med den enkelte virksomheten gjøres av Helsetilsynet i det aktuelle fylket.

Rapportene fra hvert enkelt tilsyn og samlerapporter finnes tilgjengelig på www.helsetilsynet.no.

2006 riikkaviidosas bearráigeahču čoahkkáigeassu gárihuhttinmirkkuid geavaheddjiid fágaidrasttildeaddji spesialistabálvalusain

Dearvvašvuodageahču raportta 3/2007

Fágaidrasttildeaddji spesialistabálvalusat gárihuhttinmirkkuid geavaheddjiide välljejuvvui 2006 riikkaviidosas bearráigeahču fáddán danne go dál lea badjel guokte jagi dassái go bálvalusat organiserejuvvojedje oddasit ja šadde spesialistabálvalusaid oassin. Ovddasvástideaddji eaiggádiin lea nappo leamaš áigi sihkkarastit dan rašes geavaheaddejuvvojuvvo buriid fágaidrasttildeaddji bálvalusaid ja dárkkistit ahte sin pasieantavuogitvuodat devdojuvvojit.

Mii bearráigeahčaimet njeallje bálvalusdási gárihuhttiid divššus: go pasieanta čujuhuvvo áhahussii ja árvvoštallojuvvo, čielggadeami, divššu ja divššu loahpaheami. Iskkaimet leat go bálvalusat buot dan njealji dásis bealuštahttit ja dolle go 30-beaivvi árvvoštallama áigemeari. Muđui iskkaimet ovttasbargogulahallama eará áhahusaiguin, geavaheddjiid mieldeváikkuheami, bargiid gelbbolašvuoda ja dokumentašuvnnaid oktagaslaš meannudeami (journálačállima).

Gávdnosat duodaštit ahte sii geat fáallet fágaidrasttildeaddji spesialistabálvalusaid, fertejit guorahallat doaimmaideaset vai fuomášit guđiid beliid galget buoridit:

- Mánnga áhahusas eai leat bealuštahtti bálvalusat danne go sis ii leat doarvái gelbbolašvuoda árvvoštallamis, čielggadeamis ja dikšumis. Fuomášeimmet mánnga ášši main ledje váilevaš pasieantadieđut juornálačállimis, ja ahte juornáladieđut eai vurkkoduvvon doarvái sihkkarit.
- Mánnga áhahusa eai sihkkaraste ahte pasieantačujuhusat fágaidrasttildeaddji spesialistadikšui árvvoštallojit fágaidrast-

tildeaddji árvvoštallanjoavkkus 30-beaivvi áigemeari siskkobealde.

- Leat fuomášan váilevaš rutiinnaid oktiiveivehit bálvalusaid pasieanttaide danne go daid iešgudetge bálvalusaid ovttasbargu, ja fágaidrasttildeaddji spesialistabálvalusaid siskkaldas ovttasbargu, ja suohkaniid dearvvašvuoda- ja sosiálabálvalusaid ovttasbargu ii doaimma doarvái bures.
- Leat fuomášan dilálašvuodaid mat čájehit ahte doaimmat eai systemáhtalaččat stivrejuvvo nu ahte sihkkarastet bealuštahtti bálvalusfálaldaga. Sáhtta leat soaittáha-gas registrere go áhahus boasttuvuodaid ja vuorddekeahes dáhpáhusaid, ja atnet go dan aktiivvalaččat siskkaldas oahppamii ja čadaáigge buorideapmái.

Summary of Countrywide Supervision in 2006 of Multidisciplinary Specialized Services for People with Alcohol and Drug Problems

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 3/2007

Multidisciplinary specialized services for people with alcohol and drug problems were chosen as a theme for countrywide supervision in 2006 because it is now more than two years since the services were reorganized and became part of specialized health services. The new owners with responsibility for these services have now had time to ensure that this vulnerable group of clients receives multidisciplinary services that are in accordance with sound professional standards and with the requirements laid down in the Patients' Rights Act.

Supervision activities focused on four different phases of treatment for people with alcohol and drug problems: referral and assessment, clinical investigation, treatment and completion of treatment. We investigated whether services in all these phases are provided in accordance with sound professional standards. We also investigated how it is ensured that the deadline of 30 working days for the right to be assessed is met. Other areas that were investigated were team work with other services, client participation, whether there were enough employees with the necessary skills, and patient record-keeping.

The findings confirmed that it is necessary for providers of multidisciplinary specialized services to identify areas that need to be improved:

- Several institutions provide services that are not in accordance with sound professional standards, since they do not have the necessary professional expertise needed to make adequate assessments, to carry out investigations and to provide treatment. Several cases of inadequate patient record-keeping were detected, and

patient records were not stored in such a way as to ensure necessary limitation of access.

- Several institutions did not ensure that clients who are referred to specialized treatment services are assessed by a multidisciplinary team within the deadline of 30 working days.
- The possibilities for clients to be offered coordinated services are inadequate, because cooperation between different sectors, and between multidisciplinary specialized services and municipal health and social services, is not satisfactory.
- Conditions were detected that show that management of the services is not systematic, so that provision of services in accordance with sound professional standards is not ensured. For example, there were deficiencies in the system associated with registration of adverse events, and active use of experience gained from these events in staff training and work with quality improvement.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2006

1/2006 Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsjukdommer i mage-tarmkanalen i 2005

2/2006 Rettssikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

3/2006 Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester

4/2006 Bruk av tvang i psykisk helsevern

5/2006 Meldesentralen – årsrapport 2004

6/2006 Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende. Skriftlig spørreundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn høsten 2004

7/2006 Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

Utgivelser 2007

1/2007 Meldesentralen – årsrapport 2005

2/2007 “Kjem du levande inn, kjem du levande ut” – men kva skjer så? Oppfølgingstilbudet etter ei alkoholforgifting

3/2007 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

4/2007 Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med habiliteringstenester til barn 2006

5/2007 Rettssikkerhet for utviklingshemmede, II. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med rettssikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkeltsaker). Serien ble etablert i 2005 og finnes på www.helsetilsynet.no. Der kan det også tegnes abonnement. Temaer i hittil utkomne numre:

1/2005 Behandling med vanedannende legemidler

2/2005 Feilbehandling o.a.

3/2005 Taushetsplikt

4/2005 Helsetilsynets reaksjoner i tilsynssaker mot helsepersonell

1/2006 Pasientdokumentasjon, journalføringsplikten

2/2006 Bruk av alternative behandlingsmetoder

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2007

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere ble valgt som tema for landsomfattende tilsyn i 2006 fordi det nå er over to år siden tjenestene ble omorganisert og gjort til en del av spesialisthelsetjenesten. De nye ansvarlige eierne har derfor hatt tid til å sikre at denne til dels sårbare gruppen brukere får forsvarlige tverrfaglige tjenester og at kravene til pasientrettigheter etterleves.

Fire faser i behandling av rusmiddelmissbrukere ble undersøkt i tilsynet: henvisning og vurdering, utredning, behandling og avslutning av behandling. Det ble undersøkt om tjenestene i alle disse fasene er faglig forsvarlige og hvordan det sikres at 30-dagersfristen når det gjelder rett til vurdering ble innfridd. Videre undersøkte vi samhandling med andre tjenester, brukeres medvirkning, ansattes kompetanse og sikring av dokumentasjon av individuelle forløp (journalføring).

Funnene bekreftet at det er nødvendig for de som tilbyr tverrfaglige spesialiserte tjenester å gjennomgå sine virksomheter for å identifisere områder som må forbedres:

- Flere virksomheter gir ikke forsvarlige tjenester ved at de ikke har nødvendig kompetanse for å foreta forsvarlig vurdering, utredning og behandling. Det ble avdekket flere tilfeller med mangelfull nedtegnelse av pasientopplysninger i journal samt uforsvarlig oppbevaring av journalopplysninger.
- Flere virksomheter sikrer ikke at henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling blir vurdert i tverrfaglige vurderingsteam innen fristen på 30 virkedager.
- Det er påvist manglende mulighet for å tilby pasientene sammenhengende tiltakskjeder fordi samarbeidet med andre spesialisthelsetjenester og med kommunenes helse- og sosialtjenester ikke er tilfredsstillende.
- Det ble påvist forhold som viser at virksomhetene ikke styrer systematisk slik at forvarlig tjenesteyting sikres. Det er blant annet tilfeller med svikt i systematikken knyttet til om en virksomhet registrerer feil og uplanlagte hendelser og bruker disse aktivt i sin interne læring og kontinuerlige forbedring.