

Sårbarhet i tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere – erfaringer fra tilsyn

Lars E. Hanssen og Geir Sverre Braut

Formålet med dette kapitlet er først å gi en kort oversikt over tilsynet med sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelbrukere i Norge. Deretter vil vi omtale noen av de funnene som framkommer gjennom tilsyn og som vi mener er uttrykk for sårbare forhold ved tjenestene. Vi håper at de erfaringene som vi har fra tilsyn skal kunne være til nytte når de virksomhetene som yter sosial- og helsetjenester selv skal evaluere og utvikle sitt tjenestetilbud. Teksten legger vekt på forhold ved tjenestesystemene som vi mener er vesentlige for å sikre et forsvarlig tilbud til den enkelte tjenestemottaker. Forhold knyttet til forebygging og til effekt av ulike kliniske tilnærminger ligger utenfor rammene for dette kapitlet.

Statlig tilsyn med sosial- og helsetjenesten

Statens helsetilsyn er tillagt det overordnede ansvaret for tilsyn både med sosialtjenesten og helsetjenesten. Dette er oppgaver som er lagt direkte til Statens helsetilsyn gjennom lovgivningen. For tilsynet med helsetjenesten finnes de viktigste bestemmelsene om dette i §§ 1 og 2 i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (helsetilsynsloven). Tilsynet med sosialtjenesten er hjemlet i § 2–7 i lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven). Statens helsetilsyns oppgaver i forhold til helsetjenesten har lange tradisjoner, mens oppgavene i forhold til sosialtjenesten kom til fra 2003. Fra 2010 har også Statens helsetilsyn overordnet ansvar for tilsyn med barneverntjenesten.

Det er i det vesentlige personell ansatt hos Fylkesmannen som står for den praktiske gjennomføringen av tilsynet både med sosialtjenesten og med helsetjenesten. Men lovgivningen fastlegger en viss forskjell mellom sosialtjenesten og helsetjenesten i forholdet mellom Statens helsetilsyn og det utøvende tilsynet på fylkesnivå. Det utøvende tilsynet etter sosialtjenestelovgivningen er tillagt Fylkesmannen, mens tilsvarende etter helsetjenestelovgivningen er tillagt Helsetilsynet i fylket under ledelse av fylkeslegen. I helsesaker har således Statens helsetilsyn en direkte linje til Helsetilsynet i fylket gjennom fylkeslegen. Denne organiseringen ble iverksatt fra og med 2002 da de tidligere fylkeslegekontorene ble lagt inn i fylkesmannsembetene.

Lovgivningen gir bare i liten grad anvisninger på hvordan tilsynet skal utføres. Statens helsetilsyn har således stor frihet til både å prioritere tilsynsoppgavene og til å bestemme hvordan tilsynet skal gjennomføres i praksis. Som overordnet tilsynsmyndighet har Statens helsetilsyn også faglige styringsoppgaver overfor Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Finansieringen av tilsynsarbeidet på fylkesregionalt nivå skjer i all hovedsak gjennom Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets årlige overføringer til fylkesmannsembetene (statsbudsjettets kapittel 1510). Selv om Statens helsetilsyn som nevnt ovenfor har stor frihet til selv å utforme tilsynet, er det samlede volumet på tilsynsarbeidet fastlagt av Stortinget gjennom statsbudsjettet.

Det finnes knapt noen allment akseptert definisjon av statlig tilsyn. I ulike dokumenter kan man finne noe ulike formuleringer. En mulig tilnærming til en samlende beskrivelse av statlig tilsyn er gitt i Stortingsmelding nr. 17 (2002–2003):

Tilsynsbegrepet kan i vid forstand forstås som et fellesbegrep for all aktivitet eller virkemiddelbruk som iverksettes for å følge opp et lovverks intensjoner. Kjernen i tilsynsrollen er imidlertid den konkrete kontrollen av pliktsubjektene etterlevelse av en norm

som allerede er fastsatt ved lov, forskrift eller enkeltvedtak, samt reaksjoner ved avvik (1).

Statens helsetilsyn har et ansvar som er nært knyttet til det som beskrives som kjernen i tilsynsrollen. Det ligger utenfor våre oppgaver å fastsette regelverket. Det er dels en oppgave for Stortinget og dels for departementet. Det ligger også i det vesentlige utenfor våre oppgaver å gi allmenne fortolkninger av regelverket, herunder å utgi rundskriv med for eksempel retningslinjer og råd for behandling av rusproblemer. Dette er oppgaver som i vår forvaltningsstruktur er lagt til Helsedirektoratet.

Det er verdt å merke seg at Fylkesmannen ikke bare utfører tilsynsoppgaver for Statens helsetilsyn, men også har omfattende arbeidsoppgaver knyttet til Helsedirektoratets ansvar som faglig overordnet organ, regelverksforvalter og iverksetter av vedtatt politikk. Kort sagt: Når Fylkesmannen gir råd og bidrar i faglige utviklingsprosesser er det på oppdrag av Helsedirektoratet, når det handler om tilsyn og kontroll er det på vegne av Statens helsetilsyn.

Tilsynets arbeidsmåter

Arbeidsformene ved tilsyn med sosial- og helsetjenesten kan sammenstilles på flere ulike måter. En mulig gruppering er denne:

- Planlagte tilsyn.
- Hendelsesbasert tilsyn.
- Områdeovervåkning.
- Klagesaksbehandling.

Planlagt tilsyn er tilsyn som blir initiert av Statens helsetilsyn, Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket ut fra for eksempel en risikovurdering eller på grunn av krav om tilsyn i lovgivningen. Mange av disse tilsynene vil allerede bli fastsatt når den årlige virksomhetsplanen blir utarbeidet. De aller fleste av disse tilsynene blir varslet på forhånd. I all hovedsak blir disse planlagte tilsynene rettet mot de systemene som virksomheten har bygd opp for å sikre at tjenestene ytes som lovgivningen forutsetter. De fleste tilsyn i denne gruppen gjennomføres som systemrevisjoner (2).

Gjennomføring av tilsyn som systemrevisjon:

Før tilsynsbesøket

- Varsel om tilsyn blir sendt til virksomhetene 2–3 måneder før tilsynsbesøket.
- Virksomheten blir bedt om å sende inn dokumentasjon, for eksempel om internkontrollsystemet sitt.
- Revisjonsteamet går gjennom tilsendt dokumentasjon før tilsynsbesøket.
- Program for tilsynsbesøket blir sendt ut 2–3 uker før tilsynsbesøket .

Under tilsynsbesøket

- Tilsynet blir åpnet med et møte der ledelsen og alle som skal intervjues deltar. Revisjonsteam og tilsynsystema blir presentert.
- Representanter for ledelse og ansatte blir intervjuet i det antall som trengs for å få belyst og bekreftet forholdene.
- Det blir tatt stikkprøver for å sjekke at internkontrollen fungerer.
- Tilsynsbesøket blir avsluttet med å presentere funnene fra tilsynet.

Etter tilsynsbesøket

- Revisjonsrapport blir utarbeidet og sendt ut i foreløpig versjon for kommentarer fra virksomheten.
 - Rapporten blir sendt ut i godkjent og endelig versjon.
 - Tilsynsorganet ber om dokumentasjon av retting av eventuelle påviste mangler. Planlagte tilsyn er ganske ressurskrevende arbeidsoppgaver. Siden ressursene som stilles til disposisjon for tilsyn er avgrensede, er det nødvendig med en ganske streng prioritering av hvilke områder og emner som blir gjenstand for planlagte tilsyn. En vesentlig andel av de planlagte tilsynene gjennomføres i henhold til årlige prioriteringer fastsatt av Statens helsetilsyn. Ved prioriteringen legges det særlig vekt på følgende forhold (3):
- Høy sannsynlighet for svikt i tjenesteytingen.
 - Alvorlig konsekvens av svikt i tjenesteytingen.
 - Viktige rettssikkerhetsgarantier står på spill.
 - Tjenestemottakeren er i en særlig sårbar situasjon eller ikke i stand til å ivareta sine egne interesser.

Det gjennomføres årlig over 450 tilsyn som systemrevisjoner med sosial- og helsetjenesten. Disse blir avrapportert enkeltvis gjennom offentlig tilgjengelige tilsynsrapporter (www.helsetilsynet.no). I tillegg blir en del av dem lagt til grunn for tematiske samlerapporter og omtales i den årlige tilsynsmeldingen fra Statens helsetilsyn (www.tilsynsmelding.no). Et vesentlig formål ved den brede avrapporteringen av gjennomførte tilsyn er et ønske om at tilsynserfaringene skal bli brukt til forbedringsarbeid, også i andre sammenhenger enn hos dem som selv har hatt tilsyn.

Planlagt tilsyn gir gode muligheter til å avdekke svikt i den systematiske styringen av tjenestetilbudet. Det er også mulig å målrette tilsynet mot områder og tema som Statens helsetilsyn mener det er av vesentlig betydning å ha god kontroll med.

Eksempler på tilsyn som er gjennomført på denne måten er det landsomfattende tilsynet i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere og tilsvarende i 2006 med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (4, 5).

Hendelsesbasert tilsyn utgjør en ganske uensartet gruppe. Dette er tilsynsoppgaver som i utgangspunktet er initiert av forhold utenfor Statens helsetilsyns kontroll. Formålet med slike tilsyn er å undersøke om lovgivningens krav til tjenesteytingen er brutt. Statens helsetilsyn står for så vidt ganske fritt til å undersøke hendelser som kommer til tilsynets kjennskap. I slike saker blir både forhold knyttet til personellens yrkesutøvelse og forhold knyttet til tjenestesystemet vurdert (6).

Når det gjelder ytelse av helsetjenester, er det verdt å merke seg at § 7–4 første setning i lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) gir pasienten en lovhjemlet mulighet til å anmode om at Helsetilsynet tar en sak til vurdering: *Pasienten eller andre som har rett til det kan, dersom han mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet.*

Saker fra hendelsesbasert tilsyn gir på ingen som helst måte et gyldig, heldekkende bilde av situasjonen i sosial- og helsetjenesten. Sakene som gjelder sosialtjenesten er relativt få, og sakene som gjelder helsetjenesten er sannsynligvis ikke representative. Men likevel er det grunn til å tro at de erfaringene som formidles gjennom slike saker sier en del om vanlige problemer ved tjenesteytingen. Dermed kan de være nyttige ved vurderingen av sårbare forhold ved tjenesteytingen.

Det store flertallet av hendelsesbaserte tilsynssaker knyttet til rusmiddelbruk handler om uforsvarlig og ulovlig rekvirering fra leger av vanedannende legemidler. Hvert år behandler Helsetilsynet i fylket i overkant av 200 slike saker for hele landet. Om lag ti leger mister årlig rekvireringsretten for vanedannende legemidler som følge av slike saker.

Områdeovervåkning defineres i Stortingsmelding nr. 17 (2002–2003) som *å samle inn og systematisere ulike former for kunnskap av betydning for reguleringsområdet* (1). Dette tilhører ikke kjernen i

tilsynsarbeidet, men faller inn under begrepet overordnet faglig tilsyn. Det er dessuten en rekke andre statsetater som også driver med dette, som for eksempel Helsedirektoratet, Kunnskapscenteret og Statistisk sentralbyrå. Områdeovervåkning er likevel viktig for et tilsynsorgan, ikke minst fordi dette gir grunnlag for prioritering av arbeidet med planlagt tilsyn. Kunnskapen gir også grunnlag for å vurdere behovsdekning og kvalitet på tjenesteytingen i større målestokk. Statens helsetilsyn vil i det lengste forsøke å benytte data og kunnskaper som andre har samlet inn og bearbeidet i sitt arbeid. Det er arbeidskrevende og metodisk utfordrende å sikre gode data- og kunnskapssammenstillinger til bruk ved prioritering og planlegging av tilsyn.

Et eksempel på en områdeovervåkningsaktivitet i Statens helsetilsyn er en rapport om rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et tilsynsperspektiv (7). Andre eksempler fra rusfeltet er en rapport om oppfølgingen etter akutt alkoholforgiftning og en om hvordan det akuttmedisinske tjenestetilbudet møter pasienter med akutt rus (8, 9).

Gjennomgående funn fra områdeovervåkingen er uklarheter omkring retten til nødvendig helsehjelp, svikt i samhandlingen mellom tjenesteyterne og mangelfull individuell tilpassing og brukervedvirkning. Et kort utdrag fra Rapport fra Helsetilsynet 2/2005 omtaler dette slik (7):

Særlig bekymringsfullt er de tunge rusmiddelmissbrukernes helseproblemer, de dels alvorlige psykiske og somatiske lidelsene og den høye mortaliteten som preger denne gruppen. Likevel er terskelen for å bli henvist til eller få hjelp i spesialisthelsetjenesten ofte høy, og spesialisthelsetjenestens tilbud, både når det gjelder det akuttmedisinske og det langsiktige behandlingsopplegget, ofte mangelfullt.

.....

Kapasitetsproblemen og ventetidene i flere regioner for utredning og behandling for rusmiddelmissbruket gir grunn til bekymring, ikke minst for dobbeltdiagnosepasientene (alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk), og for de som er aktuelle for legemiddelassisteret rehabilitering. Det er videre grunnlag for å tro at tjenestene fortolker pasientrettighetsreglene ulikt, særlig når det gjelder vurderinger av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp.

Ikke minst har Statens helsetilsyn vært bekymret for den tilsynelatende sjablonmessige og lite klinisk individuelt vurderende tilnærmingen som pasienter med akutt rusmiddelforgiftning kan bli utsatt for. Rapport 2/2007 oppsummerer dette slik (8):

Det verkar som om det er eit breitt spekter av personar som kjem på legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting. Likevel tyder funna Helsetilsynet har gjort, på at tre grupper er overrepresenterte: 1) unge som ikkje har opparbeidd erfaring og kontroll, og som har psykiske helseplager, 2) tyngre rusmiddelbrukarar som lever marginalisert og kaotisk, og 3) vaksne med kronisk rusmiddelmissbruk som, på grunn av ulike helseplager, toler mindre enn før.

Resultat frå kunnskapsoppsumminga tyder på at eit heilskapleg behandlingstilbod manglar. Tilbodet er dessutan prega av at oppfølginga av personar med alkoholforgifting varierer og er tilfeldig. Det ser ut til å vere geografiske forskjellar i oppfølgingstilbodet, i interne rutinar for oppfølging og kva haldningar personellet har til alkohol og rusproblem, og kva kompetanse det har om oppfølgingstilbod og oppfølgingsbehov.

Rapport 7/2006 antyder at alkoholforgiftede er verst stilt (9):

Det kan dessuten synes som om AMK bruker mer tid på å kartlegge omstendighetene rundt nødmeldingen dersom det antas at alkohol kan være involvert enn dersom det antas at hendelsen gjelder andre rusmidler.

Klagesaksbehandling handler om klager på forvaltningsvedtak om ytelse av sosialog helsetjenester fattet i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. De aller fleste slike saker blir behandlet av Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket. Dette er ikke tilsynssaker i egentlig forstand, men lovgiver har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for behandlingen av slike saker til tilsynsorganet. I utgangspunktet avgjøres klagesaken med endelig virkning på fylkesnivå. Statens helsetilsyn er et overordnet organ, og har som sin vesentligste oppgave å gi retningslinjer for behandlingen av slike saker.

Noen av de mest vesentlige klagesakene direkte knyttet til rusmiddelbruk handler om tilbudet innenfor legemiddelassistert rehabilitering (10). I disse sakene har Statens helsetilsyn påpekt at også ved behov for rusbehandling skal det foretas individuelle vurderinger med grunnlag i det allmenne kravet til forsvarlig virksomhet i § 4 i helsepersonelloven.

Nedenfor gjengis noen utdrag fra Statens helsetilsyns vurdering i en sak der en pasient ble utskrevet fra et legemiddelassistert rehabiliteringstiltak mot sin vilje på grunn av manglende rehabiliteringseffekt og sidemisbruk (sak 2007/786): Statens helsetilsyn vil fremheve at LAR-tiltakene i sin utskrivingspraksis må ta høyde for at LAR-behandlingen har blitt en del av spesialisthelsetjenestens ansvar for en tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dette medfører at også LARpasienter må sikres nødvendig helsehjelp fra andre deler av spesialisthelsetjenesten hvis dette er påkrevd for å komme ut av et rusmiddelmisbruk. I de tilfellene LAR-tiltaket skriver ut pasienten fordi han ikke lenger kan dra nytte av behandlingen, må det kunne dokumenteres at pasienten har fått en forsvarlig tverrfaglig vurdering av helsetilstanden og at helsehjelpen har vært gjennomført i samsvar med konklusjonen av vurderingen. Det må også tas hensyn til eventuelle nye behandlingsbehov som oppstår under behandlingen og at disse blir forsvarlig ivaretatt. I helsehjelpen som tilbys må det om nødvendig inngå både en helsefaglig og sosialfaglig tilnærming.

Det kan ikke redusere pasientens rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten at helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten ikke er gjennomført som forutsatt eller at de kommunale tiltakene har sviktet.

Vurdering av rehabiliteringseffekten må skje opp mot en realistisk rehabiliteringsplan som inneholder delmål på grunnlag av pasientens ressurser, tidligere rusmisbruk, behandlingsbehov og de ytre rammer som er relevante for rehabiliteringen. Planen må være utformet i samråd med pasienten og revurderes ved endrete rammer og/eller ved at pasienten får andre behandlingsbehov.

I nyttevurderingen kommer også inn en vurdering av om sidemisbruket har et slikt omfang og karakter at det svekker effekten av substitusjonsbehandlingen eller gjør fortsatt medisinerings faglig uforsvarlig.

Det må også vurderes om en utskrivning pga. rusing med overveiende sannsynlighet fører til større skadevirkninger sett i et rehabiliteringsperspektiv enn å fortsette i LAR.

Tilsynserfaringer som grunnlag for vurdering av sårbarhet

I den siste delen av kapitlet skal vi kort oppsummere de erfaringene og synspunktene på tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere som Statens helsetilsyn har fremmet i løpet av de seinere årene. I tillegg til de rapportene som er nevnt ovenfor, er mye av dette stoffet samlet og nærmere utdypet i et omfattende vedlegg til et brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 13. desember 2007 (11).

Stoffet er forsøkt ordnet slik at det kan tjene som grunnlag for ledere som ønsker å bruke

tilsynserfaringer ved evaluering av egen virksomhet. I § 4 h i forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften) kreves det at det skal foretas en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten. Selvsagt er erfaringer fra både tjenestemottakere og medarbeidere i egen virksomhet av vesentlig betydning ved planleggingen av en slik gjennomgang, jf. internkontrollforskriften § 4 d og e. Men vi tror at også de erfaringene som framkommer gjennom tilsyn kan brukes i dette arbeidet. De allmenne tilsynserfaringene, og ikke bare forhold som tilsynet har påvist ved den aktuelle virksomheten, kan da tjene til å peke på forhold som ledelsen bør ha særlig oppmerksomhet rettet mot.

Internkontrollforskriften (§ 4 f) krever at virksomheten skal *skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav*. En mulig framgangsmåte å skaffe dette på, er å gjennomføre en eller annen form for risikoanalyse. Selv om det finnes mye metodelitteratur om slike analyser, er dette ofte et ganske utfordrende og arbeidskrevende arbeid, særlig når det skal gjøres for første gang (12, 13). En praktisk innfallsvinkel kan være å ta utgangspunkt i allmenne tilsynserfaringer og bruke disse til å speile egen virksomhet. Sagt på en noe annen måte: Hvordan kommer vår virksomhet ut dersom vi vurderer vår virksomhet i lys av de kravene som stilles gjennom tilsyn?

Dette kan gjerne betraktes som en sårbarhetsanalyse av egen virksomhet. For dette formålet kan vi gjerne betrakte *sårbarhet som et uttrykk for virksomhetens evne til å yte forsvarlige tjenester og etterleve kravene i lovgivningen når den blir belastet*. Dette er en omskriving av definisjonen på sårbarhet som er gitt i Norsk Standard NS 5814:2008 som sier at *sårbarhet er manglende evne hos et analyseobjekt til å motstå virkninger av en uønsket hendelse og til å gjenopprette sin opprinnelige tilstand eller funksjon etter hendelsen* (14).

Analysemodellen kan da bli slik:

- 1) Ta utgangspunkt i virksomhetens reelle situasjon når det gjelder ressurser, organisasjon og bemanning. Det er her vesentlig å forholde seg til den reelle situasjonen, ikke den ideelle beskrivelsen av virksomheten.
- 2) Bruk de fenomenene («sårbarhetsfenomenene») som tilsynet beskriver til å formulere spørsmål om hvordan virksomheten er rustet til å møte relevante belastninger. Nedenfor er det formulert noen slike spørsmål som vi tror kan lede virksomhetene på sporet av sårbarhet i egen tjenesteyting ut fra erfaringer fra tilsynsarbeidet.
- 3) Beskriv antatt ytelse. 4) Er denne ytelsen akseptabel i lys av de krav som lovgivningen stiller?

For alle praktiske formål vil det være nødvendig å avgrense en slik analyse til et håndterlig antall fenomener som man vil vurdere. Et sted mellom 8 og 15 fenomener kan være høvelig ved en første analyse.

Selve analysen kan i og for seg forberedes av ledelsen, men det vil trolig være klokt å ta medarbeiderne med i selve arbeidet. Det er også rimelig å anta at tjenestemottakerne kan ha nyttige synspunkter å bidra med både i planleggingsfasen og ved gjennomføringen.

I det følgende har vi valgt å gruppere sårbarhetsfenomenene under overskriftene behovsdekning, faglig forsvarlighet og samhandling. Spørsmålene er utformet slik at de krever beskrivende svar. Dette vil etter vår vurdering stimulere til refleksjon i egen virksomhet i større grad enn om det var sjekklisterpregede spørsmål som krevde ja eller nei som svar.

Sårbarhet ved behovsdekning

- Hvilke analyser av befolkningens behov for tjenester ligger til grunn for planleggingen av virksomhetens tilbud? Både gjennom planlagte tilsyn og områdeovervåking gjennom kartlegginger har vi påvist at det er store geografiske variasjoner i tilgjengelighet til ulike tjenestetilbud (5, 11). Vi kan ikke se at disse forskjellene er framkommet med utgangspunkt i vurderinger av befolkningens behov for tjenester. For eksempel mener vi å ha grunnlag for å hevde at ulikhetene medfører at tjenestemottakere med sammenlignbare behov får ulik tilgang til legemiddelassistert rehabilitering.

- Hvilke problemer har virksomheten med å gi tjenestemottakerne et tilbud innenfor frister som er fastsatt i eller i medhold av lovgivningen? Gjennom planlagte tilsyn, hendelsesbasert tilsyn og klagesaker opplever vi at tjenestemottakerne dels ikke har fått svar på henvisninger innenfor fastsatte tidsfrister, dels ikke får oppstartet behandling innenfor forsvarlige tidsrammer og dels ikke blir gjort kjent med klagemulighetene når tjenestene ikke fyller kravene i lovgivningen (4, 5).

Hvilke betraktninger ligger til grunn for virksomhetens helsetjenestetilbud til tjenestemottakere med rusproblemer?

Gjennom planlagt tilsyn har vi sett at det medisinske tilbudet innenfor rusbehandlingsskjeden kan framstå som tilfeldig, og gjerne bli skaffet til veie fra sak til sak (5). Det er selvsagt bra at for eksempel fastlegen koples opp mot et spesialisert rusbehandlingstilbud, men det svekker ikke behovet som rusbehandlingsevne selv har for å sikre tilstrekkelig medisinsk støtte. Mange rusmiddelbrukere har faglig utfordrende somatiske følgetilstander som må ha kontinuerlig oppfølging, også når tjenestemottakeren er i en spesialisert rusbehandlingsinstitusjon. Vi har også påvist mangelfull oppfølging av personer etter behandling for akutt rusmiddelforgiftning (8).

Sårbarhet ved faglig forsvarlighet

- Hvilke faglige utfordringer er det tatt hensyn til ved planleggingen av bemanningen ved virksomheten? Vi har ved planlagt tilsyn avdekket mangel både på kvalifisert medisinsk/ psykiatrisk og psykologisk personale sett i forhold til de faglige utfordringene som virksomhetens tjenestemottakere frambyr (5, 8, 11). I flere virksomheter har vi også påvist svært mangelfull og lite planmessig kompetanseutvikling blant de ansatte (5).
- Hvilke prosedyrer har virksomheten for å sikre at undersøkelse og behandling foretas i samsvar med rådende faglige standarder? Ved flere av tilsynsaktivitetene har vi påvist mangelfull etterlevelse av relevante faglige retningslinjer, både for selve rusbehandlingen og for utredning og behandling av psykiatriske og somatiske tilleggslidelser (5, 9). Vi har også notert oss mangler knyttet til den løpende evalueringen av tjenestetilbudet (5). Hvordan sikrer virksomheten at undersøkelse og behandling blir individuelt utformet på en forsvarlig måte? Det er fremdeles et gjennomgående funn at mange virksomheter sliter med å få utarbeidet individuell plan (4, 5). Tjenestemottakere som får behandling for rusbruksproblemer vil ofte ha krav på utarbeidelse av en slik plan. I tillegg til å sikre forutsigbar tjenesteyting for mottakeren, vil en slik plan være et hjelpemiddel i det tverrfaglige samarbeidet og dessuten kunne være et utgangspunkt for jevnlig evaluering av tjenesteytingen.
- Hvordan sikrer virksomheten at sosiale forhold rundt tjenestemottakeren blir tatt hensyn til ved tjenesteytingen?

Det er en allment utbredt oppfatning at et virksomt behandlingsopplegg for alvorlige rusbruksproblemer må ta hensyn til tjenestemottakerens sosiale situasjon. Derfor er det tankevekkende at vi både i hendelsesbasert tilsyn og planlagt tilsyn kommer over tilfeller der tjenestemottakeren blir tilbudt et fragmentert tilbud, for eksempel bare i form av legemidler. Men også ved planlagt tilsyn med det kommunale tjenestetilbudet kan vi påvise at tjenestemottakere ikke får tilgang til nødvendig praktisk bistand, støttekontakt eller midlertidig husvære når det er aktuelt (4). Likeledes mener vi ofte å kunne påvise svikt i forhold til tjenestemottakere som har omsorgsoppgaver (4).

Sårbarhet ved samhandling

Hvordan sikrer virksomheten at den har etablert systematisk og langsiktig kontakt med andre ledd i tjenestekjeden? De fleste tjenestemottakere under rusbehandling vil i løpet av behandlingsopplegget ha behov for kortere eller lengre kontakt med andre tjenesteytere, enten samtidig eller i tid etter hverandre. Både i enkeltsaker, for eksempel knyttet til legemiddelassistert rehabilitering, og ved planlagt tilsyn har vi erfaringer for at sviktende samhandling og sviktende kunnskap om hverandres tjenester kan ha betydning for forsvarligheten i tjenesteytingen overfor den enkelte tjenestemottakeren (4, 5, 8, 11). For oss er det vanskelig å se at det er mulig å drive forsvarlig virksomhet innenfor rusmiddelbehandling uten at

samhandlingsformer og samarbeid mellom ulike virksomheter blir tydeliggjort i virksomhetens eget styringssystem. Det er verd å være særlig oppmerksom på dette i og med at samhandling og samarbeid ikke ennå er eksplisitt omtalt i internkontrollforskriften som et av de forholdene som skal omfattes av internkontrollsystemet.

Hvordan sikrer virksomheten at den har nødvendig kontakt med andre tjenesteytere i det enkelte tilfellet? Tverrfaglig utredning og behandling innebærer at mange personer fra hjelpeapparatet ofte står i direkte kontakt med den enkelte tjenestemottakeren. Dersom tverrfaglighet skal bli en realitet, må disse personene ha etablert nødvendig kontakt og avklart hvordan samhandling skal skje. Dette er ikke avgrenset til tjenestemottakere som har krav på individuell plan. For eksempel helsepersonelloven § 4 annet ledd har krav om samhandling i de tilfeller der pasientens behov tilsier det. Pasienten vil selvsagt kunne avskjære dette, men det hindrer ikke at personellet skal forholde pasienten med at slik kontakt vil sikre forsvarligheten i tjenesteytingen. Samhandling skal dokumenteres. Vi har grunnlag for å tro at dette er et sårbart område (11).

Konklusjon

De ni spørsmålene som vi har formulert ovenfor bygger på erfaringer fra tilsyn med tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere. Svarene på spørsmålene gir ikke et heldekkende bilde av de utfordringer som tjenestene står overfor. Men etter vår oppfatning gir de et indirekte uttrykk for vesentlige forhold der det er stor fare for svikt i forsvarlig tjenesteyting til enkeltpersoner og deres nærmeste.

Dersom spørsmål som dette blir lagt til grunn for refleksjon blant ledere og medarbeidere i virksomheter som tilbyr tjenester til rusmiddelbrukere, er det vår tro og vårt håp at det vil stimulere til en positiv utvikling av tjenestene. Gjennom tilsynsarbeidet får vi gang på gang bekreftet at det ikke er menneskelig glød og faglig dyktighet det skorter på i sosial- og helsetjenesten. Men vi lar oss stadig forundre over at mange ikke har en systematisk tilnærming til bruk av egne og andres erfaringer i den jevnlige utviklingen av tjenestene. Vi mener at tilsynserfaringer kan være nyttige innspill i slike prosesser.

Litteratur

- 1 Stortingsmelding nr. 17 (2002–2003). Om statlige tilsyn. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2003.
- 2 Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon. Internserien 1/2008. Oslo: Statens helsetilsyn, 2008. (http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsynfunn/styringsdokumenter/prosedyre_systemrevisjon.pdf)
3. Hanssen LE, Braut GS. Tilsyn med risikoperspektiv. Michael 2007;4:104–110.
4. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelbrukere. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
5. Rapport fra Helsetilsynet 3/2007. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelbrukere. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
6. Veileder i behandling av hendelsesbaserte tilsynssaker. Internserien 2/2009. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009. (http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsynfunn/styringsdokumenter/saksbehandlingsveileder_tilsynssaker.pdf)
7. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Rusmiddelbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
8. Rapport fra Helsetilsynet 2/2007. «Kjem du levande inn, kjem du levande ut» – men kva skjer så? Oppfølgingstilbudet etter ei alkoholforgiftning. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
9. Rapport fra Helsetilsynet 7/2006. Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus? Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
10. Rundskriv 1/2008. Valg av legemidler for substitusjonsbehandling til pasienter innskrevet i LAR tiltak. Retningslinjer for Helsetilsynet i fylkenes behandling av rettighetsklage. Oslo: Statens helsetilsyn, 2008. (http://www.helsetilsynet.no/upload/regelverk/rundskriv/2008/rundskriv_ik_1_2008.pdf)
11. Tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere: Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra

tilsynsaktiviteter i 2004 – 2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.

(<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/Rustilsynoppsummeringrapporten2007.pdf>)

12. Aven T, Røed W, Wiencke HS. Risikoanalyse. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.

13. Rausand M, Utne IB. Risikoanalyser – teori og metoder. Trondheim: Tapir akademisk forlag, 2009.

14. NS 5814:2008. Krav til risikovurderingar. Oslo: Standard Norge, 2008.