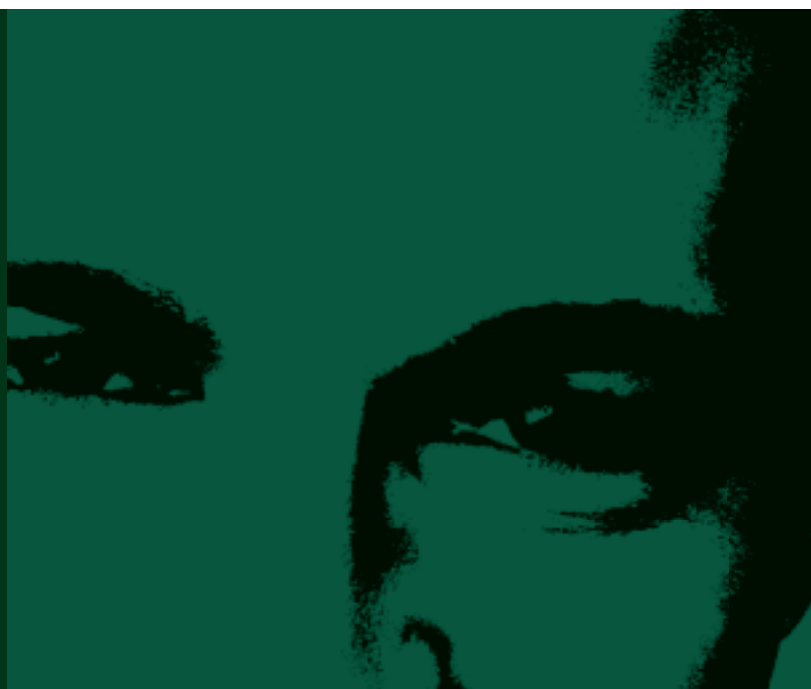


# Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 8/2007

JULI  
2007

Rapport fra Helsetilsynet 8/2007  
Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser

Juli 2007

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://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](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Sammendrag

Statens helsetilsyn vil med denne rapporten formidle tilsynsmyndighetens erfaringer med og syn på tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Kunnskap fra ulike kilder er sammenstilt med tanke på å beskrive noen av de utfordringene tjenestene står overfor.

Resultatet omhandler både kommunenes sosial- og helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Det er lagt vekt på å få fram hva som synes å være områder der det er påpekt svikt, fare for svikt eller hva som er sårbare områder, og der det etter tilsynsmyndighetenes vurdering er behov for at virksomheter og kommuner setter inn ressurser og kompetanse for å forbedre tjenester og tilbud.

Vi har oppsummert aktuelle tilsyn gjennomført i 2005 og 2006. I tillegg har vi, for å kunne gi et best mulig dekkende bilde av situasjonen og utfordringene sett fra tilsynsmyndighetenes side, gjennomført samtaler med et utvalg Helse-tilsyn i fylkene og fylkesmenn. Erfaringer, vurderinger og synspunkter fra disse samtalene er gjengitt i kapittel 3, sammenstillingen av funn og erfaringer fra tilsyn i 2005 og 2006 utgjør kapittel 4, i kapittel 5 har vi gitt en summarisk presentasjon av enkelte andre relevante tilsynserfaringer, og endelig drøfter vi i kapittel 6 noen sentrale tilsynserfaringer i lys av nyere forsknings- og evalueringslitteratur.

Mange kommuner, og særlig små kommuner, synes stadig å streve med å rekruttere og beholde tilstrekkelig kvalifi-

sert personell, og å organisere seg på en slik måte at de er i stand til å gi faglig forsvarlige tilbud til en svært ulikeartet gruppe tjenestemottakere i alle aldersgrupper. I deler av spesialisthelsetjenesten, som i barne- og ungdomspsykiatrien og i en del distriktpspsykiatriske sentra, er det også vanskelig å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell. Konsekvensen er redusert tilgjengelighet for enkelte grupper slik at de ikke får det de har krav på, og for lite målrettet arbeid.

I tillegg er det store uløste problemer som skyldes gråsoner og uavklarte ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene. I institusjoner i psykisk helsevern er det et større antall utskrivningsklare pasienter med store tjenestebehov, som kommunene ikke ser seg i stand til å motta. På den andre siden er det mange kommuner som har tatt imot tjenestemottakere som trenger et omfattende og sammensatt tjenestetilbud, men der nødvendig faglig og praktisk støtte fra spesialisthelsetjenesten ikke er tilgjengelig nok. Resultatet er at mange av disse pasientene risikerer å få et uforsvarlig tilbud.

En stor bekymring for tilsynsmyndigheten, er at det mange steder er dårlig kompetanse om regelverket, og også liten forståelse for betydningen av å følge det, for å sikre forsvarlig behandling og ivaretagelse av grunnleggende rettssikkerhet. Dette kan være uttrykk for svikt i den overordnede styringen i kommuner og virksomheter.

Tross betydelig styrking over flere år, må vi oppsummere at tjenestene til mange av dem med psykiske lidelser som trenger det mest omfattende tilbudet, fortsatt er utilstrekkelig og ikke tilpasset behovene. Det bør derfor vurderes om virkemidlene er gode nok.

Helsetilsynet har hatt fokus på samhandling og samarbeid innen og mellom nivåer og/eller sektorer i de senere års landsomfattende tilsyn, også på psykisk helsefeltet. Det blir gjennom tilsyn og enkeltsaker bekreftet at det ofte er her det svikter; utskrevne pasienter blir ikke forsvarlig tatt imot eller fulgt opp, det er mange steder lang ventetid på behandling, tiltak fra ulike instanser i kommunen er ikke godt nok koordinert, osv. Det påligger alle ansvarlige aktører et stort ansvar for å bedre denne situasjonen, og psykisk helsevern et særlig ansvar for å etterleve de krav stilt i spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 om veiledningsplikten.

Det er i ulike sammenhenger dokumentert at et større antall personer med til dels alvorlige psykiske lidelser er bostedsløse. Helsetilsynet er bekymret for at disse ikke kan nyttiggjøre seg de ytelsene de får, eller at de ikke får de tjenestene de har behov for og krav på, fordi de ikke har bolig. Statens helse-tilsyn anbefaler at berørte departementer vurderer å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting. Vi anbefaler videre at det i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse blir sett på hva som kan være gode virkemidler for å sikre nødvendig kompetanse i alle ledd. Blant annet kan det synes å være behov for en normering og tydeliggjøring av kvalifikasjonskrav for ulike oppgaver, og for å ta i bruk enda sterkere virkemidler for å øke konsensusen om faglige tilnærminger. Det påligger tjenestene et selvstendig ansvar for å sørge for et bedre samvirke mellom ulike sektorer og nivåer, men det vil antakelig også være nødvendig med en særlig oppfølging av inngåtte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005).

Statens helsetilsyn har planlagt ulike tilsynsaktiviteter rettet mot tjenester til personer med psykiske lidelser for 2008. Disse omfatter foruten et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser, tilsynsaktiviteter rettet mot korridorpasienter i psykiatriske akuttposter/korttidsavdelinger og oppsummering av erfaringer fra klagesaker innen psykisk helsevern. Det er også i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet planlagt landsomfattende tilsyn med kommunale barnevern og sosial- og helsetjenester. I tillegg vil vi vurdere å innhente særskilt kunnskap, blant annet om tilbudet til barn i barnevernet som også mottar tilbud fra barne- og ungdomspsykiatrien. Arbeidet med en kunnskapsoversikt over helsetjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede og autister som ble startet i 2007, vil bli videreført i 2008.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Materiale og metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Samtaler med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmenn .....	9
2.1.1 Innledning .....	9
2.1.2 Gjennomføring av samtalene .....	10
2.2 Tilsyn med virksomheter i 2005 og 2006 .....	12
2.3 Evaluering, forskning og statistikk om norske forhold .....	12
2.4 Å sammenholde ulike typer kunnskap .....	13
<b>3 Erfaringer og kunnskap fra fylkesmenn og Helsetilsynet i fylkene –     samtaler i 2006</b> .....	<b>14</b>
3.1 Innledning .....	14
3.2 Tjenester til barn og unge .....	14
3.2.1 Utfordringene – problembeskrivelse .....	14
3.2.2 Kommunenes organisering av tjenester .....	15
3.2.3 Kompetansebehov og kompetanseutvikling .....	15
3.2.4 Spesialisthelsetjenester til barn og unge .....	16
3.2.5 Overgang fra barn til voksen .....	16
3.3 Kommunale tjenester til voksne .....	17
3.3.1 Utfordringer for kommunene .....	17
3.3.2 Organisering .....	18
3.3.3 Fastleger .....	18
3.3.4 Boliger og tjenester .....	19
3.3.5 Kapasitet og kompetanse .....	20
3.4 Spesialisthelsetjenester til voksne .....	20
3.4.1 Særlige utfordringer – grupper .....	20
3.4.2 Organisering av tilbudet i spesialisthelsetjenesten .....	20
3.4.3 Kompetanse .....	21
3.4.4 Kapasitet .....	21
3.4.5 Bruk av tvang .....	22
3.4.6 Prioritering, utredning og behandling .....	22
3.4.7 Forståelse og oppfølging av regelverket; meldepraksis, avvikshåndtering, overordnet styring og internkontroll .....	23
3.5 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenester og kommuner .....	24

<b>4 Egeninitierte tilsyn med tjenester til mennesker med psykiske lidelser i 2005-2006 .....</b>	<b>26</b>
4.1 Innledning .....	26
4.2 Områder for tilsyn.....	26
4.3 Tema og funn .....	27
4.3.1 Tema og funn i tilsyn med tjenester til barn og unge med psykiske problemer.....	27
4.3.2 Tema og funn i tilsyn med kommunale tjenester til voksne med psykiske lidelser.....	29
4.3.3 Tema og funn i tilsyn med psykisk helsevern for voksne.....	29
4.4 Oppsummering – noen gjennomgående funn .....	32
<b>5 Andre tilsynserfaringer .....</b>	<b>34</b>
5.1 Meldesentralen .....	34
5.2 Prosjekt om selvmord i psykisk helsevern.....	34
5.3 Raskere utrykning ved alvorlige hendelser.....	35
5.4 Kartlegging av spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser ...	35
5.5 Helse Vest .....	36
5.6 Saker knyttet til behandling av mennesker med psykiske lidelser .....	36
<b>6 Drøfting og anbefalinger .....</b>	<b>38</b>
6.1 Innledning .....	38
6.2 Organisering og samhandling .....	38
6.3 Kapasitet og kompetanse .....	39
6.4 Tilgjengelighet til tjenester .....	40
6.5 Er tjenestetilbudet tilpasset pasientenes behov? .....	41
6.6 Planlagte tiltak og anbefalinger om videre arbeid .....	42
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>45</b>
<b>Vedlegg</b>	
Vedlegg til kapittel 4: Gjennomgatte tilsynsrapporter .....	47
<b>Čoahkkáigeassu.....</b>	<b>49</b>
<b>English summary.....</b>	<b>50</b>

# 1 Innledning

Statens helsetilsyn leverte i mars 2005 det vi kalte en statusrapport til Helse- og omsorgsministeren om helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Rapporten omfattet erfaringer og funn fra planlagt tilsyn, behandling av enkeltsaker, kartlegginger og andre tilsynserfaringer på området siden 2000. Helsetilsynets vurderinger av sviktområder og bekymringstema på bakgrunn av våre samlede tilsynserfaringer ble presentert, sammen med noen forslag til videre aktivitet for tilsynsmyndigheten og anbefalinger om tiltak for andre instanser.

Som redegjort for i rapporten fra 2005, var det igangsatt ulike aktiviteter og prosjekter i Statens helsetilsyn. Blant annet var nevnt et prosjekt om selvmord i psykisk helsevern, og et prosjekt om tvang i psykisk helsevern. Det førstnevnte prosjektet pågår stadig, mens prosjektet om tvang ble avsluttet i 2006 med en egen rapport.<sup>1</sup> Det var i mars 2005 også besluttet at tema for landsomfattende tilsyn i 2007/2008 skulle være tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Et landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser pågår følgelig i 2007, og et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne er besluttet gjennomført i 2008.

Det ble i statusrapporten konkludert med at Statens helsetilsyn i 2006 ville intensivere områdeovervåkingen på psykisk helsefeltet, og følge opp videre hva ulike kilder kunne gi av kunnskap,

med sikte på en risiko- og sårbarhetsvurdering av hvilke områder og problemstillinger som bør følges opp ved ytterligere tilsynsvirksomhet. Det ble foreslått at vi skulle se nærmere både på egne kilder, som meldinger til Meldesentralen, tilsynssaker og rettighetsklager og rapportering gjennom ”verdtdå-vite”, og dessuten at vi skulle søke kunnskap fra eksterne kilder, som Sosial- og helsedirektoratet, forsknings- og utredningsinstitutter og statistikkprodusenter.

I forberedelsene til arbeidet med den foreliggende rapporten, ble det klart for oss at vi ville kunne utvide vår kunnskap betydelig hvis vi kunne få del i noe av den akkumulerte *lokale kunnskapen* hos Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene – i tillegg til den informasjonen som rutinemessig tilflyter Statens helsetilsyn fra fylkene. I embetsoppdraget for 2006 ble derfor Helse- tilsynet i fylkene og Fylkesmannen bedt om å bidra til en slik oppsummering av kunnskap og erfaringer om helse- og sosialtjenester til mennesker med psykiske lidelser, som ledd i områdeovervåking av dette området.

Det ble derfor i 2006 prioritert å gjennomføre samtaler med ansatte ved et utvalg Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn. Hovedkilder for rapporten er derfor kunnskap fra disse samtalene, sammen med en oppsummering av erfaringer og funn fra 38 egeninitierte tilsyn i 2005-2006, ulike andre tilsynserfaringer og dessuten nyere forskningslitteratur og statistikk.

1) Bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport fra Helsetilsynet 4/2006. Februar 2006.

Materialet var i utgangspunktet svært omfattende, også tematisk. Det har derfor vært hensiktsmessig å gjøre noen avgrensninger. I all hovedsak er tjenester til rusmiddelmissbrukere – som er et område som sterkt tangerer psykisk helsefeltet – og spørsmål i forbindelse med tvang i psykisk helsevern holdt utenfor. Gjennomgangen av egeninitierte tilsyn omfatter derfor ikke tilsyn med kommunale tjenester eller spesialisttjenester til rusmiddelmissbrukere. Temaet tvang i psykisk helsevern er så vidt berørt, fordi det har vært tema i virksomhetstilsyn og dessuten vært tematisert i noen samtaler. Dersom vi skulle gått grundig inn i disse temaene, med full gjennomgang av aktuell forskningslitteratur og statistikk også på disse områdene, ville rapporten blitt svært omfattende.

Helsetilsynets prioritering av tilsynsområder bygger på de krav som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk, og på løpende risikoinformerte vurderinger. En slik risikobasert og strategisk utvalgsmetode både av tjenestegren, tema og hvilke virksomheter som skal tilses, innebærer også at vi finner mer svikt og flere avvik enn om utvalget var gjort tilfeldig. De samlede funnene i tilsyn gir altså ikke et representativt bilde av situasjonen på det aktuelle tjenesteområdet på nasjonalt nivå, og skal heller ikke gjøre det, dersom tilsynsmyndigheten har gjort en god jobb. Tilsynets oppmerksomhet skal være rettet mot områder og steder der det er størst sannsynlighet for å finne svikt.

Rapporten bærer preg av denne tilsynstilnærmingen. De erfaringer og vurderinger som Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har delt med oss, vil også være preget av et tilsynsfokus, selv om deres kunnskapsgrunnlag i utgangspunktet er bredere, og innhentet gjennom flere aktiviteter enn tilsyn.

Et slikt villet skjevt blikk som en tilsynstilnærming innebærer, gir ikke grunnlag for å presentere en dekkende situasjonsbeskrivelse av tjenesteområdet. Det er ikke vår ambisjon. Det er heller ikke vår ambisjon å vurdere tjenestene opp mot målsettinger i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Men vi håper å bidra til et bedre innblikk i noen av de utfordringene som tjenestene står overfor.



## 2 Materiale og metode

Denne rapporten bygger på:

- Informasjon innhentet gjennom samtaler med et utvalg Helsetilsyn i fylket og fylkesmenn
- Funn og erfaringer fra planlagt tilsyn i 2005 og 2006
- Nyere norsk forskning og statistikk
- Andre tilsynserfaringer

Rapporten er således basert på en rekke kilder. Det er også benyttet ulike metoder i kunnskapsinnhenting, både intervjuer, dokumentanalyse, oppsummering av forskning, statistikk mv. Bruk av flere kilder og ulike metodiske tilnærminger kan styrke gyldigheten av funnene. Det blir redegjort for de ulike metodiske tilnærmingene nedenfor.

### 2.1 Samtaler med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmenn

#### 2.1.1 Innledning

Egne funn og erfaringer fra tilsyn er genuint materiale. Dette utgjør en kunnskap som ingen andre har. Tilsynserfaringer utgjør følgelig hovedstammen blant de kunnskapskilder tilsynsmyndigheten bygger på i områdeovervåkingen.<sup>2</sup> Egne kilder er rapporter fra planlagt tilsyn, erfaringer fra hendelsesbasert tilsyn (tilsynssaker og rettighetsklager), bekymringsmeldinger, meldinger om uheldige hendelser i spesialisthelsetjenesten, møter og klager på

tvangsmedisinering, ulike typer henvendelser og brev til tilsynsmyndigheten osv. I all saksbehandling, for eksempel i forbindelse med behandling av tvangsmedisineringssaker, gjennomgås mange journaler. Kunnskap om kommunene tilflyter i tillegg gjennom en omfattende rådgivningsvirksomhet, særlig fra psykiatrirådgiverne.

Etter forslag fra ”Tilsynsmyndighetenes områdeovervåkingsprosjekt”<sup>3</sup> er det igangsatt utviklingsarbeid for å utvikle bedre metoder for å høste og analysere tilsynserfaringer mest mulig systematisk og effektivt.

Det er Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene som utøver tilsyn, og som produserer tilsynsdokumentasjon. Men i tillegg til å være leverandører av tilsynsrapporter og saker, er de lokale helsetilsyn og fylkesmenn – gjennom en svært sammensatt kompetanse, oppgaveportefølje, aktivitet og erfaring – å betrakte som viktige kunnskapspooler. Det er tett og løpende dialog mellom Statens helsetilsyn og tilsynsmyndighetene i fylkene, og det legges stor vekt på deres vurderinger og prioriteringer.

Det har tidligere vært benyttet litt ulike metoder for å innhente tilsynserfaringer fra tilsynsmyndighetene i fylkene. Dels har det gjennom embetsoppdraget blitt bedt om rapporteringer på ulike temaer, dels har det kommet egne bestillinger i løpet av året. Vi har også hatt en ordning med ”verdt-å-vite meldinger”.<sup>4</sup> Disse ulike rapporteringer og meldinger har fungert mer eller mindre godt. Dels

2) Tilsynsmyndighetenes områdeovervåking er definert som: Tilsyn med overordnet perspektiv og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om helse- og sosialtjenesten i et tilsynsperspektiv.

3) Et treårig prosjekt som skal bidra til å utvikle et system som skal sikre de viktigste elementene i kunnskapsgrunnlaget for Helsetilsynets vurdering av tilstanden i helse- og sosialtjenesten.

4) Dette har vært informasjon som fylkene mente det var viktig å melde til Statens helsetilsyn, og som ikke framkom via de ordinære rapporteringene.

har det vært vanskelig å lage gode bestillinger til tilsynsmyndighetene i fylkene, dels har svarene vært vanskelige å oppsummere. Selv om vi har fått svar på det vi har spurt om, har det kanskje vært annen relevant kunnskap som vi ikke har fått, fordi vi ikke har visst å be om den.

Tjenester til personer med psykiske lidelser er et omfattende felt. På dette området er det imidlertid lett å se at Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene er særlig viktige lokale informasjonsknutepunkter. Det har gjennom hele perioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse vært drevet en utstrakt og systematisk rådgivning overfor kommunene. Helsetilsynet i fylket mottar og behandler årlig et større antall klage- og tilsynssaker, blant annet klager på tvangsmedisinering fra pasienter i psykisk helsevern. Kontorene har omfattende møtevirksomhet med helseforetak, kommuner, kontrollkommisjoner og pasientombud. De har kontakt med mange brukere, og har dessuten gjennom de senere årene ført tilsyn både med kommunale sosial- og helse-tjenester og med spesialisthelsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser. I tillegg har mange gjennomført egne kartlegginger eller foretatt annen informasjonsinnhenting på området.

Basert på tidligere erfaringer om at det var vanskelig å innhente skriftlig materiale fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene som kunne sammenstilles og oppsummeres på en god måte, inviterte vi tilsynslederne<sup>5</sup> til en meningsutveksling om hva som ville være en hensiktsmessig metode. Det var enighet om at det å lage en skriftlig bestilling, som skulle gi grunnlag for svar som kunne gi gode oppsummeringer, var svært vanskelig. Tiltrådingen var derfor at vi burde gjennomføre samtaler/intervjuer, enten i form av gruppeintervjuer med flere Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn sammen, eller med et visst antall enkeltkontorer.

### 2.1.2 Gjennomføring av samtale

Det ble i løpet av våren og sommeren 2006 gjennomført samtaler med til

sammen ni Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn. Hvilke kontorer vi skulle samtale med ble dels valgt ut fra at de skulle ha en viss størrelse og dels ut fra geografisk spredning. Videre så vi det som formålstjenlig å besøke tilsynsmyndigheten i fylker med både byer og landkommuner, og dessuten at noen av kontorene skulle dekke de mest folkerike fylkene. Seks Helsetilsyn i fylket og fylkesmenn er besøkt; Østfold, Oslo og Akershus, Buskerud, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms, og i tillegg er det gjort telefonintervjuer med to Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn; Aust-Agder og Finnmark. Det ble også innhentet opplysninger fra Helsetilsynet/Fylkesmannen i Sogn og Fjordane.

De aktuelle Helsetilsyn/fylkesmenn ble kontaktet i forkant om de hadde mulighet til å avsette et par timer til en samtale med to personer fra Statens helsetilsyn. Samtlige av de vi kontaktet sa umiddelbart ja til henvendelsen. Vi ba om å få snakke med personer både fra Helsetilsynet og Fylkesmannen, for å sikre oss erfaringer og kunnskap om både helse- og sosialfeltet, og kunnskap og erfaringer høstet både gjennom tilsyn og rådgivning.

Vi hadde formulert noen spørsmål som i forkant ble formidlet til dem vi skulle besøke:

- 1) Hva – slik dere ser det – er viktige utfordringer, eventuelt sviktområder, for psykisk helsearbeid i kommunene og for psykisk helsevern?
- 2) Kan dere gi en vurdering av samarbeidet mellom helse- og sosialtjenestene og av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene?
- 3) Hva – etter deres erfaring – foretar kommunene seg for å vurdere befolkningens behov for sosialtjenester og helsetjenester (er inntrykket at kommuner har skaffet seg tilstrekkelig oversikt over behovet for bolig og tjenester i tilknytning til bolig, og over udekkede behov for støttekontakter og avlastning, følger kommunene med på pasienter som skrives ut fra psykisk helsevern, har de oversikt

5) Ledere i fylkene med ansvar for tilsyn med henholdsvis helse- og sosialtjenesten.

over pasienter på tvang uten døgno-phold, eller beregning av hvor mange personer som har alvorlige psykiske lidelser, og med behov for sammensatte tjenester)?

- 4) Hva – etter deres erfaring – gjør psykisk helsevern (det regionale helseforetaket) for å vurdere behovet for tjenester?
- 5) Hvordan vurderer dere kapasiteten i de ulike tjenestene? Har kommuner og psykisk helsevern tilstrekkelig bemanning og kompetanse?
- 6) Ser dere grunn til bekymring for særlige grupper? Hvilke?

Som ledd i forberedelsene til hvert møte, gjennomgikk vi tilsynsrapporter, medisinalmeldinger og andre viktige dokumenter fra det aktuelle kontoret.

Vi la vekt på både i forhåndskontakt og under samtalen å etablere en relasjon som skulle legge til rette for gjensidig respekt og tillit. Innledningsvis i samtalen presiserte vi at vi ikke var ute etter å etterse eller kontrollere fylkenes aktiviteter på feltet, men at vi ønsket å få del i deres erfaringer og kunnskap.

Samtalene ble gjennomført som en form for semistrukturerte intervjuer, hvor de tilsendte spørsmålene ble benyttet som en temaguide. Samtidig lot vi samtalen flyte uten for streng styring, for at våre informanter skulle kunne fortelle om sine erfaringer i den sammenheng og rekkefølge som falt naturlig for dem.

Med ett unntak var vi to til stede i alle møter, mens telefonintervjuene var entil-en-samtaler. To personer i møtene muliggjorde en viss arbeidsdeling, der en hadde hovedansvar for å lede samtalen, den andre for å notere. Notatene ble skrevet ut relativt umiddelbart etterpå. Noen av samtalen ble også tatt opp på bånd.

Etter de første samtalen, var noen problemstillinger og spørsmål blitt tematisert, som vi kunne bringe inn i de senere samtalen. I grove trekk forsøkte vi å føre samtalen over samme lest, dvs. slik at det samme området ble

dekket og med fokus på svikt. Samtidig åpnet vi altså for en viss utvikling, ved at vi brakte inn spørsmål i de siste samtalen som vi hadde blitt oppmerksomme på i de tidligste samtalen. Vi ba uttrykkelig om å få innsikt i kildene for kunnskapen, og etterspurte løpende hva de baserte sine observasjoner og vurderinger på.

Vi bestrebet oss på at samtalen skulle dekke både helse- og sosialtjenestene, både kommunene og spesialisthelsetjenestene, og tjenester både til voksne og til barn.

Vi lyktes ikke å dekke sosialtjenesten alle steder. I noen møter var bare de som arbeidet med tilsyn med helse-tjenesten representert. I andre møter traff vi representanter for såvel de som arbeidet med tilsyn med helsetjenesten og for de som arbeidet med tilsyn med sosialtjenesten.

Inntrykket er at deltakerne fra Helse-tilsynet i fylkene og Fylkesmannen også hadde utbytte av samtalen, og at det hadde vært nyttig å samle alle som jobbet med psykisk helsefeltet og slik også selv få en samlet oversikt og dialog om erfaringer mv. i eget fylke.

Notatene fra enkeltsamtalen utgjør råmaterialet for den oppsummeringen som presenteres i foreliggende rapport. Vi har trukket fram det vi oppfatter var de aller viktigste poengene, samlet rundt et knippe overskrifter og i en håndterbar struktur. Framgangsmåten har vært vekselvis å identifisere og klas-sifisere de temaene som er omtalt, for deretter å gruppere utsagn og vurderinger. Den største utfordringen har bestått i å syntetisere tilstrekkelig til at omfanget ble håndterbart, men uten å tape nyanser og variasjon. Oppsummeringen må rimeligvis bli selektiv, og redegjør ikke fullt ut for alle temaer, problemstillinger, nyanser eller vurderinger som ble brakt fram.

Oppsummeringen baseres på ni samtaler, hvorav seks var møter. I noen av samtalen var det imidlertid mange deltakere (mellom fem og femten), og informasjonstilfanget i møtene var omfattende. Det må presiseres at materialet

ikke gir grunnlag for et helhetlig og nyansert bilde av situasjonen i tjenestene, men heller et inntrykk av utfordringer og mulige sviktområder, slik det ser ut for tilsynsmyndigheten i de enkelte fylker. Det er identifisert noen typiske svar og beskrivelser som går igjen hos flere Helsetilsyn i fylkene/fylkesmenn, og som viser til noen generelle utfordringer i tjenestene. Samtalematerialet vil derfor ha informasjonsverdi ut over det som gjelder det enkelte kontor, og det er rimelig å anta at dette også kan gjelde flere enn de vi har snakket med.

Vi har med få unntak valgt ikke å referere til og navngi konkrete Helsetilsyn/fylkesmenn. Vi har heller ikke grunnlag for å omtale alle under ett. Det som framkommer gjennom samtalekapittelet er altså om noe forekommer, men ikke noe om omfang – dvs. hvor ofte det forekommer. I kapittel 3 som omhandler resultatene fra samtale, har vi valgt å presentere noen sitater som vi mener belyser temaet som behandles.

## 2.2 Tilsyn med virksomheter i 2005 og 2006

I toårsperioden 2005-2006 ble det gjennomført 38 såkalte egeninitierte<sup>6</sup> tilsyn med tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Tilsynene er utført som systemrevisjoner, dvs. at det er tilsyn der det undersøkes om virksomhetene gjennom sin internkontroll sikrer at tjenestene er i tråd med kravene i helse- og/eller sosiallovgivningen. En systemrevisjon rettes mot virksomheter og ikke mot den enkelte tjenesteyter, og gjennomføres ved intervjuer, dokumentgjennomgang og stikkprøver. Tilsynet avsluttes med en rapport som redegjør for funn i den aktuelle revisjonen. Rapporten er først og fremst utformet for å kommunisere med den aktuelle virksomhet. Funnene i denne form for tilsyn uttrykkes som avvik eller merknader. Avvik gis når det avdekkes mangel på oppfyllelse av de krav som følger av helse- og/eller sosiallovgivningen. Merknad viser til forhold som ikke bryter med lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten mener virksomheten har et forbedrings-

potensial. Når tilsynet er initiert etter konkret kunnskap om svikt, øker altså sannsynligheten for å finne avvik, og det å finne regelverksbrudd vil være en konsekvens av at tilsynsmyndighetene har god forhåndskunnskap om tjenestene. Men tilsyn resulterer ikke nødvendigvis i avvik. Erfaringen er at et varsel om tilsyn motiverer virksomhetene til å søke å utbedre de forhold som skal undersøkes, før tilsynet finner sted.

Av de tilsynene vi har gjennomgått, var det ni tilsyn med kommuner og 29 tilsyn med psykisk helsevern. De fleste av tilsynene gjaldt tjenestene til voksne. Vi har lest rapportene, sett på hvilke områder og tema fylkene har valgt ut for tilsyn, og på hvilke funn som er gjort. Tilsynsrapporter skrives etter en spesiell mal, og har derfor en tilnærmet ensartet utforming. Avvik og merknader blir alltid rapportert med de observasjonene som underbygger funnene. Det er imidlertid noe ulik praksis med hensyn til omtale av observasjoner som ikke indikerer regelbrudd eller forbedringsområder. Vi har derfor lagt vekt på å sammenfatte og gjengi funnene i form av avvik og merknader, å gjengi noen viktige observasjoner, og å undersøke om det i dette tilsynsmaterialet er gjennomgående funn.

Fordi materialet gjelder mange ulike tilsyn, og med ulike temaer og tilnærminger, har det altså ikke vært mulig å summere opp funn direkte; det er snarere en sammenstilling som er foretatt.

## 2.3 Evaluering, forskning og statistikk om norske forhold

Det har vært rettet stor oppmerksomhet på psykisk helsefeltet de senere årene, blant annet takket være Opptrappingsplanen for psykisk helse. Denne har bidratt til at det har vært produsert mye forsknings- og evalueringlitteratur. Mye er produsert som ledd i det evalueringsprogrammet som Norges forskningsråd har ansvar for.

Det har, i samarbeid med biblioteket i Statens helsetilsyn, vært søkt i ulike databaser; Bibsys, Norart og SveMed.

6) At tilsynene er egeninitierte innebærer at de er besluttet gjennomført etter lokal prioritering i det enkelte fylke – i motsetning til for eksempel landsomfattende tilsyn.

Artikler i Tidsskrift for psykisk helsearbeid og Tidsskrift for den norske legeförening er gjennomgått. Vi har dessuten gjennomgått og søkt i nettstedene Sosial- og helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og regjeringen.no og til de mest sentrale forskningsmiljøene, især de som har hatt evalueringsoppdrag fra Norges Forskningsråd. Det gjelder NIBR, FAFO, Husbanken, SINTEF Helse og Telemarksforskning i Bø.

Referansene ble gjennomgått, og på grunn av det store tilfanget av litteratur, er utvalget avgrenset til årene etter 2004, til bidrag som gjelder norske forhold, og til empiriske undersøkelser. Politiske artikler og teoretisk forskning der det ikke var innhentet egne data, er ikke tatt med. Det er utarbeidet sammenfatninger av litteraturen som er gjennomgått. Disse har vært arbeidsdokumenter under arbeidet med utarbeidningen av rapporten og supplerer, utdyper og nyanserer funn og erfaringer fra tilsyn i drøftingskapitlet (kapittel 6).

## **2.4 Å sammenholde ulike typer kunnskap**

Hovedkildene for rapporten er samtaler med fylkene og erfaringer fra planlagt tilsyn utført som systemrevisjon. I tillegg har vi med andre tilsynserfaringer. Tilsynserfaringer – enten det er funn etter tilsyn basert på systemrevisjonsmetoden, eller det er informasjon innhentet gjennom annen tilsynsaktivitet – representerer en annen type kunnskap enn den forskningsbaserte. Formålet med tilsyn er å etterse om virksomheten er i tråd med regelverket, og kunnskap som innhentes i tilsyn benyttes for å undersøke og vurdere om den enkelte hendelse, situasjon eller virksomhet innfrir krav stilt i lov eller forskrift. Både i valg av tilsynsystema og i valg av hvilke enheter som skal tilses, legger tilsynsmyndigheten til grunn en vurdering av hvor det er størst fare for svikt. Det er altså et bevisst skjevt utvalg enheter som undersøkes. Tilsynserfaringer er således ikke innhentet med tanke på aggregering og generalisering, men er snarere kasuistiske. Når informasjon fra ulike tilsyn sammenliknes

eller oppsummeres, må det derfor gjøres med varsomhet og oppmerksomhet på forskjellighet i hvordan erfaring og kunnskap er etablert. Oppsummert kunnskap fra de ulike tilsynsaktivitetene benyttes blant annet for å prioritere områder for tilsyn.

I de forskningsrapportene som er gjennomgått – i all hovedsak er dette kvantitative undersøkelser med spørreskjema – er det ikke den enkelte enhet som er gjenstand for undersøkelse i og for seg, men den samlede kunnskap om mange enheter – for å kunne si noe generelt om et område eller tema.

Det er derfor ikke umiddelbart enkelt å sammenholde resultater og funn fra tilsyn og fra denne type forskning, men viktig å huske at mens mange av de empiriske studiene i stor grad dreier seg om omfang og variasjon, gir tilsynserfaringer *eksempler på forekomster* av ulike forhold, sammenhenger og situasjoner, uten å gi holdepunkter for å vite noe om utbredelsen av disse.

I kapittelet 6 vil vi ta utgangspunkt i noen viktige funn og erfaringer fra våre samtaler med fylkene og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter, og drøfte disse i lys av forsknings- og evalueringslitteraturen, og på den måten undersøke hvorvidt våre tilsynskunnskaper er uttrykk for mer generelle mønstre og trender.



## 3 Erfaringer og kunnskap fra fylkesmenn og Helse-tilsynet i fylkene – samtaler i 2006

### 3.1 Innledning

Det følgende er en oppsummering fra samtaler med fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene, jf. kapittel 2.2. Vi har valgt å strukturere materialet i ett kapittel om tjenester til barn og unge, mens tjenester til voksne er presentert i to kapitler i henhold til tjenestenivå.

Tilsynsmyndigheten i Sogn og Fjordane formidler at det ikke synes å være alvorlig svikt på noe område, verken i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene, og avviker dermed fra de andre:

*”Ting fungerer, det er ingen ting å bemerke”.*

### 3.2 Tjenester til barn og unge

Opptrappingsplanen for psykisk helse har ambisiøse mål for tjenestene til barn og unge. Planens mål for barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), er årlig å kunne gi tilbud til 5 prosent av barnebefolkningen, og kommunene skal opprustes kompetansemessig og utvikles organisatorisk for å kunne gi et bedre faglig tilbud til barn og unge der de bor.

Inntrykket fra samtaler er at det tross mange gode eksempler på kommuner og tiltak i spesialisthelsetjenesten som fungerer godt og hensiktsmessig, også er svært store mangler i tjenestekjeden til barn og unge med psykiske problemer.

#### 3.2.1 Utfordringene – problembeskrivelse

Det er noen grupper barn og unge som blir nevnt i flere av samtaler som særlig sårbare. En slik gruppe er barn av rusmisbrukere og barn med psykisk syke foreldre. Spesielt barn og unge med foreldre som i tillegg har en annen etnisk bakgrunn hevdes å få et mangelfullt tilbud. De fleste institusjonene i psykisk helsevern for voksne har ikke noe tilbud til barn og pårørende. I flere av samtaler hevdes det at kommunene har få gode svar på hvordan de sørger for at disse barna og ungdommene blir sett, eller hvordan de samhandler om å ta hånd om dem.

Det pekes også på barn og unge med psykisk utviklingshemming og psykiske problemer. Gjennom klager på sosialtjenesten har det blant annet fremkommet at skolene har en del elever med store atferdsproblemer. Dette er utagerende og krevende elever, og skolene etterspør kompetanse til å takle dem og gi dem et forsvarlig tilbud. I enkelte tilfeller har det fra skolenes side vært uttrykt behov for å bruke tvang for å kunne kontrollere situasjonen.

I flere samtaler gis det uttrykk for bekymring for at barnevernet får ansvaret for mange barn og unge som det ikke er plass til i spesialisthelsetjenesten, men uten at de kan tilby et faglig forsvarlig tilbud i form av nødvendige terapeutiske tilbud og oppfølging. De fleste barneverninstitusjoner er ikke bemannet for barn og unge med psykiske problemer, og har ikke annen kompetanse enn

miljøarbeidere, og som tilsynsmyndigheten i ett fylke uttrykker det:

*”Spesialisthelsetjenesten har lite å tilby barn og unge i barnevernet, enten de er i fosterhjem eller institusjoner”.*

### 3.2.2 Kommunenes organisering av tjenester

Kommunene står fritt med hensyn til hvordan de skal organisere arbeidet, og det er stor bredde i fagbakgrunn blant dem som arbeider med barn og unge. Men det er forventet at kommunene både skal identifisere og følge opp barn og unge med psykiske problemer.<sup>7</sup>

Basert på våre samtaler kommer det fram at mange av storbykommunene har for lite hjelp å tilby, og lite å spille på når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser. Mens mange kommuner gjør mye bra på det forebyggende området, kommer de til kort når det gjelder tilbud til barn og unge som allerede har utviklet psykiske problemer. Et tilstrekkelig og forsvarlig tilbud til denne gruppen barn og unge fordrer samarbeid mellom ulike kommunale instanser; skole, helsestasjon, psykisk helsearbeid, fastlege osv. Fordelingen av ansvar og oppgaver mellom de ulike instanser og aktører er mange steder uklare, og det er behov for avklaring av ansvar og av hvordan samhandling skal foregå.

Mange kommuner har etablert såkalte familiesentermodeller i tilknytning til eller ved siden av helsestasjonene, og gir et tverrfaglig tilbud med utgangspunkt i disse. Noen har fokusert på de yngste, andre fanger opp flere og i ulike aldersgrupper. Andre har valgt å gjøre ”mer av det samme”, dvs. ansatt flere helsesøstre – uten å bygge ut tverrfagligheten. Noen har såkalte integrerte tjenester for barn, unge og voksne. Det vil si at psykisk helsearbeid ytes gjennom det ordinære tjenesteapparatet. Noen steder gjenstår det imidlertid noe i forhold til at også skole og barnehage har kompetanse og kapasitet for å ivareta sine oppgaver i forhold til barn og unge med psykiske problemer. I flere av samtalene blir det pekt på at det synes å være lite samhandling mellom

det psykiske helsearbeidet og andre som yter tjenester til barn. For eksempel er det stadig vanskelig å få trukket barnevern og skole inn i samarbeidet. Noen typer tiltak blir også i liten grad benyttet av kommunene overfor disse gruppene. Erfaringen er at det blant annet er vanskelig å finne avlastningsfamilier og støttekontakter til barn med ADHD.

Ansvarsgrupper omkring barn og unge med psykiske problemer er innarbeidet praksis mange steder, men ikke for alle, og ikke nødvendigvis slik at det er noen som har ansvar for koordineringen. Der tilbudet er organisert i en egen enhet, og atskilt både fra pleie- og omsorgstjenesten og fra legetjenesten, er det observert at det kan være vanskelig tilgjengelig, slik at tjenesten ikke fanger opp dem med de største problemene og det mest omfattende tjenestebehovet.

Det er situasjonen for de fleste kommunene at legene har blitt allmennpraktikere med lite offentlig legearbeid, og funksjonen som skolelege er sterkt redusert i mange kommuner. Det inntrykket som formidles i samtalene om fastlegene, er at disse i liten grad opererer på samme arena som resten av tjenesteapparatet, og at de er for lite involvert i identifisering, koordinering og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer. Kontakten er imidlertid tettere i små kommuner. Det blir referert til at fastleger på sin side sier at de ikke har tilstrekkelig kompetanse om barns og unges psykiske helse.

### 3.2.3 Kompetansebehov og kompetanseutvikling

Det er erkjent av helsemyndighetene at de ansatte i kommunene trenger mer videreutdanning, og det bygges opp etterutdanningstilbud i alle helseregioner for dem som arbeider med psykiske helsetjenester til barn og unge. Det er i samtalene reist spørsmål om det burde vært etablert et etter- og videreutdanningstilbud spesielt rettet mot leger. Regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri skal bidra med kompetanseheving, men det blir pekt på at det kommunale psykiske helsearbeidet omfatter mer, og også har et annet innhold

7) Se for eksempel Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Veileder IS-1405. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

enn spesialisthelsetjenester, som jo er hva regionsentrene har kompetanse om.

### 3.2.4 Spesialisthelsetjenester til barn og unge

Tross at det har skjedd en større økning i behandlingssvolum i barne- og ungdomspsykiatrien og situasjonen nok varierer mye mellom helseforetakene, rapporteres det i flere samtaler at kapasiteten i sykehusstilbudet til barn og unge er sprengt. Det er gitt eksempel på at eksisterende sengekapasitet ikke utnyttes, og at flere institusjoner bare tilbyr akuttinnleggelser. Det finnes områder av landet som ikke har utredningskapasitet på døgnbasis. Også poliklinikker har inntaksbegrensning. Til flere enn ett av Helsetilsynet i fylkene har det kommet klager på manglende ivaretagelse av rettigheter og på manglende oppfølging.

Også der hvor situasjonen ikke beskrives som så kritisk, er det fra tilsynsmyndigheten i noen fylker pekt på at ventetidene er for lange, og økende. Noen regioner ligger etter mht. årsverk i forhold til hva som trengs for å møte opptrappingsplanens mål, samtidig som behov og antall henvisninger øker, i følge tjenesten selv. Særlig har antall henvisninger for barn og unge med atferdsvansker og ADHD økt dramatisk, med den konsekvens at andre grupper får for lite hjelp.

I en av samtalene blir det stilt spørsmål om sykehusstilbudet til barn og unge i det hele tatt er tilgjengelig.

I Finnmark betegnes kapasiteten for barn og unge som elendig. Det er store avstander, tilbudene ligger svært spredt. I en del av fylket er for eksempel ikke døgnenhet og poliklinikk samlokalisert, men ligger langt fra hverandre.

Kapasitet henger nøye sammen med tilgangen på rett kompetanse. I deler av landet blir det påpekt at det er vanskelig å rekruttere legespesialister, og noe lettere å rekruttere psykologer. Konsekvensen av manglende kompetanse kan bli at arbeidet blir for lite målrettet, at diagnosene ikke er gode nok, og at det ikke lages behandlings-

planer. Det blir på denne bakgrunn stilt spørsmål ved om institusjoner og poliklinikker med personell som bare har 3-årig utdanning kan regnes som spesialisthelsetjeneste. I en samtale formuleres det slik:

*”De har ikke forstått at de er spesialisthelsetjeneste”.*

Finnmark kan igjen nevnes spesielt. Her rapporteres det at det er svært vanskelig å rekruttere overleger og psykiatere til barne- og ungdomspsykiatrien. En overlege kommer fra Danmark noen dager i måneden. Et utdanningsprogram er igangsatt for å kvalifisere en psykiater, men det er risiko for å miste også denne fagpersonen.

Nevropsykologer er etterspurt i forbindelse med utredning av ADHD, men tilgjengeligheten til slik kompetanse finnes ikke alle steder, og i stedet brukes for eksempel pedagoger.

Det har vært tilsynssaker knyttet til spisevegringsproblematikk, og det har tatt sin tid å lage tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser.

Fra noen rapporteres det at samarbeidet mellom BUP og kommunene enkelte steder fungerer svært godt, med regelmessige møter og god oppfølging. Men der det er liten kapasitet og mangel på kompetanse i BUP, blir tilgjengeligheten for kommunene dårlig. Det kan gå ut over samhandlingen med helsestasjon, lege og barnevern, og få konsekvenser for veiledning om og oppfølging av det enkelte barn. Ulikheter i lovverk, roller, muligheter og fagterminologi mellom spesialisthelsetjenesten og de ulike kommunale etater (helse-, sosial- og barnevernstjenester) gir også utfordringer for samarbeidet.

### 3.2.5 Overgang fra barn til voksen

Tilsynsmyndigheten i noen fylker har erfart at overgangen mellom barn og voksen kan være vanskelig, særlig med tanke på håndtering av taushetsplikten overfor foreldre/foresatte. Ved fylte 18 år oppleves situasjonen mange steder som helt låst. Institusjonene verner om pasientene, og foreldre som pårørende



blir en ikke-gruppe. Dette kan oppfattes å være en måte å etterleve taushetsplikten på som ikke nødvendigvis er til pasientens beste, men der voksenpsykiatrien ikke har tradisjon for å legge til rette for samarbeid med pårørende:

*”Pårørende ses som en ikke-gruppe, og de (institusjonene) jobber ikke for å finne løsninger til pasientens beste”.*

På den andre siden er det også eksempler på at institusjoner blir påklaget for brudd på taushetsplikten. I en samtale blir det reist spørsmål ved om regelverket er godt nok kommunisert til pårørende, og om en del foreldre har forventninger til informasjon som er i strid med lovverket.

### 3.3 Kommunale tjenester til voksne

#### 3.3.1 utfordringer for kommunene

Flere hevder at den største utfordringen for tjenestene ligger i satsningen på å flytte tjenester ut i kommunene. Det er knyttet store forventninger til hva kommunene skal yte, men tross ekstra midler gjennom opptrappingsplanen, har mange kommuner begrensede ressurser og utilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre adekvate og virksomme tiltak.

Flere Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn peker på at det er kommunene som har hovedansvaret for å gi et tilstrekkelig og forsvarlig tilbud til de aller sykeste pasientene:

*”De aller sykeste er i kommunene, de passer ikke inn i DPS”.*

Samtidig er det ordinære kommunale tjenesteapparatet heller ikke tilpasset behovene til denne gruppen. Dette er pasienter som krever kontinuerlige, og gjerne samtidige, tilbud fra psykisk helsevern og kommunene. I mange tilfeller er det også nødvendig å finne interkommunale løsninger for å kunne gi forsvarlige tilbud.

Den gruppen som representerer den største utfordringen, og som mange

kommuner kommer til kort overfor beskrives på litt ulike måter. Dette er brukere med store og sammensatte behov, for eksempel psykoselidelser, eller psykisk sykdom og samtidig rusmiddelavhengighet eller psykisk utviklingshemming. Det pekes også på i noen samtaler, at det blir flere av disse brukerne som har store problemer og som krever kompetanse det er knapphet på. Flere enn tidligere har rusproblemer, og flere er fremmedkulturelle. En særlig utfordring er farlige psykisk syke og psykisk utviklingshemmede med psykiske problemer som er utagerende.

En erfaring er at kommunene har tilgjengelighet til og får veiledning fra habiliteringstjenesten, mens psykisk helsevern ikke har kompetanse når det gjelder grupper med sammensatte behov.

Det er også observert at mange av de brukerne som har de største og mest alvorlige problemene ofte heller ikke ønsker de tjenestene som tilbys, men har behov for oppsøkende tjenester.

*”Må du ha vedtak, oppsøke og betale for tjenesten selv, blir terskelen for høy, og noen faller helt ut”.*

Noen av disse nås bare hvis de oppsøkes aktivt. På rusområdet er vurderingen i flere av samtalene at det er behov for gatetjenester i form av overdoseteam og frivillige.

Hvor mange det finnes på landsbasis i de gruppene som representerer de største utfordringer for kommunene, for eksempel kjennetegnet ved at de trenger hjelp fra minst to personer hele døgnet, og som kommunene ikke er i stand til å utforme et tilbud til, vet vi ikke. Men dette er omtalt i flere av samtalene, på noe ulike måter. Flere anslår et antall mellom 10 og 20 for sitt fylke, i en samtale rapporteres at helseforetaket har hele 50 pasienter som er klare for utskrivning, som kommunene ikke kan ta imot fordi de mangler kompetanse og ikke har kapasitet.

I tillegg er det observert at det i de større byene blir større fattigdomsproblemer, og spesielt uttalt blant inn-

vandrere. Det hevdes at fattige innvandrere med psykiske lidelser sakker akterut i forhold til resten av befolkningen, både i forhold til å få tilstrekkelige tjenester, og til å få tjenester de kan nytte seg. Tolker finnes ikke i nødvendig utstrekning, eller brukes ikke.

### 3.3.2 Organisering

Samtalene viser at det er store ulikheter i hvordan kommunene organiserer tjenestene, og de forskjellige organisasjonsmodellene vurderes å ha noe ulike styrker og svakheter. Noen kommuner har lagt alt psykisk helsearbeid til sosialtjenestene, noen steder er alt i pleie- og omsorgstjenestene, og andre steder er tjenestene organisert som egen enhet. Generelt sett synes det, på bakgrunn av samtalene, å være vanskelig å integrere alle tjenester; pleie- og omsorgstjenester, psykiatrisk sykepleier og sosialtjenesten.

I følge noen Helsetilsyn i fylkene/fylkesmenn er det mange eksempler på at en egen enhet for psykisk helsearbeid kan bli selvtilstrekkelig, og at man der i liten grad vurderer andre tjenester. Med en slik organisering kan det altså bli lite samarbeid på tvers, og særlig samhandlingen med sosialtjenestene blir for dårlig ivaretatt. I følge noen kan resultatet bli at brukerne ikke får det helhetlige tilbudet de har behov for. Særlig skjer dette for rusmiddelmissbrukere og/eller personer med dobbeldiagnoser. Mange av disse brukerne er ofte i utgangspunktet motvillige til å ta imot hjelp, og kommunene sliter med hvilken hjelpeform som virker. Det er også observert at organiseringen av psykiske tjenester i kommunen på siden av pleie- og omsorgstjenesten og atskilt fra legetjenesten fungerer på en slik måte at:

*”de ikke får tak i de med de store problemene”.*

Det er videre en observasjon at kommuner som har organisert psykisk helsearbeid i egne enheter i praksis bare yter hverdagstjenester, dvs. tjenester mellom 8-16 på hverdager. Mange tjenestemottakere har imidlertid behov for tilgjengelige tjenester hele døgnet, og kanskje spesielt kveld, natt og i helger

og høytider. De blir da i stedet henvist til å bruke legevakt.

Der hvor tjenestene er organisert i en egen enhet, er det en vurdering som ble formidlet i enkelte samtaler, at de gjerne er lette å finne fram til. Blant annet kan det være enklere, for eksempel for spesialisthelsetjenesten, å vite hvor de skal henvende seg når psykisk helsearbeid er organisert som egen tjeneste. Men enkelte kommuner har omorganisert, og ordnet seg på en slik måte at det er blitt vanskeligere enn tidligere for brukerne å finne fram. Dersom brukere må ha vedtak før de får hjelp fra for eksempel psykiatrisk sykepleier, er tilgjengeligheten i praksis for dårlig for mange. Andre steder kan du ringe psykiatrisk sykepleier, og få øyeblikkelig hjelp.

Med hensyn til organisering av tjenestene, viser mange samtaler at det er en utfordring for mange kommuner å se vedtakspraksis i sammenheng, slik at den omfatter både helse-, sosial- og omsorgstjenester. Å sikre involvering av fastlege er en annen utfordring. I tillegg beskrives det som et problem, særlig for de minste kommunene, at psykisk helsearbeid er identisk med en psykiatrisk sykepleier. Det er også observert uhenksmessig bruk av tilgjengelig personell:

*”Pleie- og omsorgstjenestene kvier seg for å gå hjem til dem (pasienter med psykiske lidelser), og de med fagkompetanse (psykiatrisk sykepleier) hegner også om sitt”.*

### 3.3.3 Fastleger

Samtalene tyder på at fastlegene i en del kommuner har en relativt perifer rolle i forhold til det øvrige kommunale tjenesteapparatet, mens rollen i forhold til den enkelte pasient er tydeligere. Flere observerer at fastlegene i liten grad er trukket inn i arbeidet med opptrappingsplanen. De deltar ikke på de samme arenaene som resten av tjenesteapparatet, og tar i liten grad del i det psykiske helsearbeidet. Dels blir de ikke innkalt, dels kommer de ikke. Det mangler forventninger og krav om deltagelse fra kommuneledelsen (rådman-

nen) og fra andre tjenesteytere, samtidig som fastlegene selv i liten grad tar initiativ til å involvere seg. Dette synes å gjelde så vel overfor voksne som barn og unge.

Et inntrykk som er formidlet i noen samtaler er at enhet for psykisk helsearbeid ikke ønsker eller ser behov for legens involvering, og det er observert at fastlegene ikke får informasjon om pasienter som skrives ut fra institusjon. På den andre siden vegrer leger seg for å delta i møter, enten fordi det er vanskelig å planlegge eller fordi det ikke godtgjøres like godt økonomisk som konsultasjoner. Noen Helsetilsyn i fylkene/fylkesmenn rapporterer også å ha observert at ulik forståelse mellom lege og andre tjenesteytere hemmer samarbeidet, og med manglende helhetlig planlegging av tjenestetilbudet som konsekvens.

I en del små og oversiktlige kommuner fungerer samarbeidet ifølge våre samtaler, mens det kan være vanskeligere å få til særlig i de større bykommunene, også fordi det rett og slett blir for mange samarbeidsparter (f.eks. 100 leger i Trondheim).

Et spesielt problem som er beskrevet særlig for de nordligste fylkene, er at leger kommer fra forskjellige land og kulturer, og med ulikt syn på betydningen av behandling av psykiske lidelser. Det har blant annet vært en del klager fra pårørende om utilbørlig oppførsel, liten respekt og forståelse.

### 3.3.4 Boliger og tjenester

I samtlige samtaler blir det rapportert om udekkede behov for boliger til mennesker med psykiske lidelser, og at mange av de boligtilbudene som er etablert ikke er egnet. Noen brukere bor fortsatt i institusjoner i psykisk helsevern, selv om det per definisjon ikke skal være mulig. Andre bor hos foreldre eller i rehabiliteringstilbud. De store kommunene har kartlagt boligbehov, og meldt inn til Sosial- og helsedirektoratet. Noen av de større byene mangler opp mot 2-300 boliger. Mange kommuner har oversikt over dem som bor i psykisk helsevern.

Flere Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn hevder at det er spesielt vanskelig å etablere tilpassede boligtilbud til brukere med dobbeldiagnoser, og det er beskrevet at personer med personlighetsforstyrrelser havner i midlertidige boliger, hospits osv. Mange av de brukerne som kan være utagerende eller til plage for andre passer ikke inn i samlokaliserte boliger som omsorgsboliger eller bokollektiver, og hadde trolig hatt større nytte av å kunne bo i eget hjem med tjenester.

En problemstilling som er tatt opp i noen samtaler, er at husleien for nye boliger ligger på mellom 7-10 000 kroner per måned. Etter 20 år skal boligene eies av kommunene.

*”Husleia tar hele trygden, og folk må ha sosialhjelp – det er de sykeste som trenger disse boligene, og de har ingen valgfrihet. Staten yter pengene, kommunene nyter godt av det.”*

I tillegg til boliger, understreker flere at det er behov for et større antall årsverk. Mange steder er det mangel på tilstrekkelige omsorgstjenester, men det er også andre tjenester som ikke blir prioritert. For eksempel kan enhet for psykisk helsearbeid definere seg slik at de ikke har oppgaver i forbindelse med miljøtiltak i boligene. Praktisk bistand og tiltak som støttekontakt og avlastning er noen steder organisert som del av hjemmetjenesten, andre steder i sosialtjenesten. Ofte brukes ikke disse tilbudene, enten fordi det ikke anses som relevant eller fordi det er vanskelig å rekruttere avlastningshjem og støttekontakter.

Arbeid er et vanskelig punkt, og en oppfatning flere Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn deler, er at det de fleste steder er mangel på arbeidstilbud i form av enklere arbeidsoppgaver – vernet sysselsetting. Men flere erfarer også at mange kommuner begynner å ta tak i dette, i samarbeid med NAV. Et samarbeidsprosjekt i Oslo har som mål å få en koordinator per bydel. Utfordringen er å få arbeidsgivere til å åpne arbeidsplassene, og det kan være vanskelig å få praksisplass for dem som har fått språkopplæring og annen opplæring.

### 3.3.5 Kapasitet og kompetanse

Det blir rapportert at det i mange kommuner fortsatt er mangel på personell, og på kvalifisert personell – som er det viktigste virkemiddelet for kvalitet. Det er observert at de aller fleste kommuner, uavhengig av størrelse, har minimum en psykiatrisk sykepleier. I svært mange av de mindre kommunene er det den psykiatriske sykepleieren som er det psykiske helsearbeidet. I tillegg til at tjenestetilbudet kan bli utilstrekkelig dersom legetjenesten og sosialtjenesten ikke trekkes inn der det er behov, peker mange på risikoen for slitasjeproblemer hos dem som jobber mer eller mindre alene. Mange som har arbeidet på denne måten i mange år, er godt voksne kvinner, og de kan ha ansvar for et stort antall tunge brukere. Som det uttrykkes i en samtale:

*”Med 20 tunge brukere og en ansatt, er det fare for svikt. Få mennesker med rett kompetanse til flere brukere blir sårbart.”*

I tillegg har tilsynsmyndigheten flere steder observert mangler med hensyn til tverrfaglig planlegging og oppfølging. Mange av de mindre kommunene kan ha kompetanse om de grunnleggende tjenestene uten å ha godt nok grep på rehabiliteringsarbeidet, og de mangler kompetanse til å utvikle tilbud videre.

Det er observert i enkelte fylker at den økte satsningen på psykisk helsearbeid kan ha bidratt til en dreining av omsorgstjenestenes ytelser fra aldersgruppen over 67 til de under 67 år. En stadig større andel av ressursene går til psykisk utviklingshemmede og til psykiatriske pasienter. Når sykehjems-plasser blir omsorgsboliger, kan det bli knapphet på sykehjems-plasser.

## 3.4 Spesialisthelsetjenester til voksne

### 3.4.1 Særlige utfordringer – grupper

Ifølge samtalene er det noen grupper det er grunn til å være særlig oppmerksom på. Eldre mennesker med psykiske plager er en slik gruppe. Det er liten interesse i fagmiljøene for psykogeria-

tri. Mange får ikke diagnose og kan ende opp med et for dårlig tilbud, og noen får ingen hjelp. Andre grupper er rusmiddelmissbrukere, psykisk utviklingshemmede, personer med ADHD, innvandrere, flyktninger og asylsøkere og langtidsinnlagte.

### 3.4.2 Organisering av tilbudet i spesialisthelsetjenesten

De siste ti årene har det skjedd en stor omlegging av spesialisthelsetjenestene til personer med psykiske lidelser. Det er lagt ned et stort antall plasser i sykehus og psykiatriske sykehjem, og etablert distriktpspsykiatriske sentra (DPS) som skal være lett tilgjengelige og ha stor nærhet til kommunene. I noen fylker skjedde denne omleggingen raskt, og det er der godt innarbeidede DPS-er. I følge enkelte av samtalene, er derfor kommunene i enkelte områder på Østlandet godt fornøyd med spesialisthelsetjenesten for voksne. Det er gjennomført felles opplæring for DPS og kommuner, og kommunene rapporterer selv at de har godt samarbeid, også om den enkelte pasient.

I andre fylker er det observert at mye ser ut til å ha stått stille, og at det ikke har vært en reell omlegging. I noen samtaler stilles det spørsmål ved om helseforetakene i for liten grad har fordelt ressurser internt. Det er observert at sykehusavdelinger ikke avgir oppgaver og stillinger, og at DPS-ene ikke mottar dem, og videre at mange sykehus samhandler for dårlig:

*”Det sitter i veggene i sykehusene – de underkjenner (andres) kompetanse, blir seg selv nok, er preget av eksklusivitet og samhandler ikke”.*

Det rapporteres at mange DPS-er ikke synes å ha funnet sin form, og pekes på at det er betydelige variasjoner med hensyn til hvordan de fungerer. Noen har ikke de ”riktige” pasientene, mange har lang ventetid, eller gir ikke nødvendig oppfølging, noen er fremdeles i en oppbyggingsfase, og sliter med å gi adekvat behandling. Mange DPS-er mangler legespesialister, og det har vært klager fra pasienter på at de ikke har fått behandling av lege.



Enkeltpersonell, for eksempel klinisk sosionom, kan ha fullt behandlingsansvar for enkeltpasienter uten at pasienten har vært vurdert av psykolog eller lege eller fått en diagnose. Likevel rapporterer tilsynsmyndigheten i fylkene at det er få klagesaker fra pasienter i behandling på DPS-ene.

Det er en intensjon at DPS-ene skal være tilgjengelige for kommunene, og gå aktivt ut, blant annet med ambulante team.<sup>8</sup> Ikke alle DPS-er har ennå etablert slike ambulante team. Noen steder har sykehusavdelinger laget egne ambulante team, som gjennom oppsøkende virksomhet blant annet forhindrer tvangsinnleggelser.

I en samtale oppsummeres sammenhengen slik:

*”Når de ulike ledd innen psykisk helsevern ikke har nødvendige ressurser eller kompetanse, og heller ikke hensiktsmessige arbeidsmåter, eller samarbeider godt nok, går dette ut over pasientflyten. Men det gir også et lite sammenhengende behandlingstilbud, og pasientene kan bli utsatt for lite hensiktsmessige endringer i behandlingsløp”.*

Tilbudet fra psykisk helsevern til psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser er de fleste steder karakterisert som svært mangelfullt eller ikke-eksisterende. Oslo utgjør et unntak, ettersom det finnes en spesialavdeling på Dikemark sykehus, som også gir ambulante tjenester.

### 3.4.3 Kompetanse

Kompetansekravene til ledelse og personell i spesialisthelsetjenesten omfatter både formelle kvalifikasjonskrav og krav om faglig oppdatering, nødvendig regelverkskunnskap og grunnleggende kjennskap til hvordan tjenestene er organisert, jf blant annet Helsepersonelloven, psykisk helsevernloven og forskrift om internkontroll.

Et inntrykk fra samtalene er at virksomhetenes tilbud mange steder er styrt av kompetansen til fagpersonene som er ansatt, snarere enn av tjeneste- og til-

budsbehovet hos befolkningen som skal betjenes:

*”I vurderingen av retten til nødvendig helsehjelp prioriteres det svært ulikt, (det gis) avslag i forhold til hva slags tilbud man har og ikke i forhold til pasientens behov”.*

heter det fra tilsynsmyndigheten i ett fylke, og videre:

*”For eksempel har mange av de alvorlig syke også rusproblemer, mens mange av behandlingsstedene ikke kan nok om aktuelle behandlingsformer, og derfor mangler gode virkemidler overfor denne gruppen.”*

Det er også rapportert at en del pasienter – både i sykehus og på DPS – blir vurdert av assistentleger, sosionomer og sykepleiere osv, men ikke av psykolog eller psykiater. Det gir grunnlag for å stille spørsmålstegn ved hvem det egentlig er som setter diagnose, eller om det kan kalles spesialisthelsetjeneste hvis bare assistentlege har sett pasienten. Videre fortelles det i enkelte samtaler at det forekommer at vikarer får dispensasjon fra regler om kvalifikasjonskrav for å fatte vedtak, for eksempel om tvangsmedisinering. Hensikten med regelverket er nettopp at det skal være erfarne leger som fatter slike vedtak.

I virksomheter der det er et stort innslag av personell – og særlig leger – med ikke-norsk bakgrunn, er det også rapportert at den generelle kunnskapen om tjenestefeltet er for dårlig. Mange har utilstrekkelig innsikt i kommunenes ansvar og oppgaver, om forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og om hvilken plass spesialisthelsetjenesten har og om hva som er det sentrale ved psykisk helsevern.

### 3.4.4 Kapasitet

Kapasitetsproblemer kan komme til uttrykk og løses på ulike måter. Det er betydelig variasjon mellom regioner og helseforetaksområder i kapasitet, målt i antall plasser/senger eller poliklinisk behandlingsvolum, i forhold til folke-

8) Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjettet for 2005. St.prp. nr. 1 (2004-2005)

tall.<sup>9</sup> Flere Helsetilsyn i fylket/fylkesmenn forteller om forhold som direkte eller indirekte kan knyttes til manglende kapasitet, som høy andel akuttinnleggelser og høy andel tvangsinnleggelser, overbelegg og korridorpasienter, korte liggetider, raske og uplanlagte utskrivninger.

En vurdering som er kommet fram i samtalene er at det er behov for en viss kapasitet for at spesialisthelsetjenesten skal kunne være tilstrekkelig fleksibel til å kunne ivareta svingninger i behov og gi et tilbud når det trengs – og uten å måtte skrive ut pasienter før de er utskrivningsklare for skaffe plass. Ett Helsetilsyn i fylket/Fylkesmann erfarer at:

*”lavt antall plasser i psykisk helsevern i forhold til befolkningen gjør det vanskelig å få folk inn og ut”.*

I Helse Nord er det et lavt antall plasser i psykisk helsevern i forhold til befolkningen.<sup>10</sup> Ifølge samtaler om de nordlige fylkene, begrenser det muligheten til å få folk inn og ut. En svært stor andel av innleggelser fra Finnmark til Åsgård sykehus skjer på tvang, og med gjennomsnittlig oppholdstid på to døgn. I en annen samtale oppsummeres det også at et lavt antall plasser i Helse Nord gjør det vanskelig å få folk inn og ut, mens det som trengs er:

*”løsninger som muliggjør fleksibilitet, slik at spesialisthelsetjenesten kan gi et tilbud når det trengs”.*

Det framgår av samtalene at det kan være svært ulike forhold som spiller inn, og ingen entydig sammenheng mellom kapasitet og måten virksomhetene håndterer pasientstrømmen på. For eksempel er det beskrevet helseforetak som har forholdsvis flere sengeplasser enn andre, samtidig som de har en svært høy andel akuttinnleggelser kombinert med relativt korte oppholdstider. Det er påpekt i samtalene at dette kan skyldes kultur, holdninger og tradisjoner i virksomheten, eller også kommunenes forventninger og handlinger. I en annen virksomhet som omtales, påpekes det at svært mye foregår innen institusjonens vegger, og at ambule-

rende tjenester i liten grad er bygget ut. Et spørsmål som er reist av angjeldende fylke, er om denne virksomheten tar seg tid til å vurdere resultatet av behandling og effekt av egen praksis.

I en annen samtale rapporteres det om et foretak som er fulgt tett opp fra tilsynsmyndigheten gjennom flere år, på grunn av store problemer med overbelegg og uforsvarlige forhold for pasientene. Foretaket har både omorganisert virksomheten og øket kapasiteten. Men disse tiltakene for å redusere overbelegget får ikke ønsket effekt, fordi det henvises mange flere pasienter enn tidligere. Mange av disse tilhører også nye kategorier pasienter, blant annet innvandrere og pasienter med dobbeltdiagnose. Fremdeles er det derfor overbelegg. I tillegg praktiseres for tidlig utskrivning, og uten at overgangen til tilværelsen hjemme er godt nok planlagt. Det har også vært klager fra pårørende i forbindelse med suicider.

Tilsynsmyndigheten i ett fylke fant ved tilsyn at kapasitetsproblemer særlig gjaldt i intermedieær og langtidsavdelinger, men at dette også fikk følger for akuttavdelingene. Gjennomsnittlig liggetid kan være lite påfallende, men dekke over at det både er mange langliggere og mange korttidsopphold.

### 3.4.5 Bruk av tvang<sup>11</sup>

For enkelte helseforetak er omfanget av tvangsinnleggelser langt høyere enn for sammenliknbare virksomheter. En mulig forklaring på at antallet tvangsvedtak blir høyt, er at man i den aktuelle virksomheten på grunn av høyt tidspress ikke tar seg tid til nødvendig dialog med pasientene.

I en samtale rapporteres det imidlertid at selv om kapasiteten totalt sett ligger under landsgjennomsnitt, er det ikke observert noe alarmerende når det gjelder tvang. Den akuttinstitusjonen som er godkjent for tvang, har også høy kompetanse, og rekrutterer godt.

### 3.4.6 Prioritering, utredning og behandling

Tilsynssaker og den dokumentgransk-

9) SAMDATA Psykisk helsevern 2005 (SINTEF Helse 2/06)

10) SAMDATA Psykisk helsevern 2005 (SINTEF Helse 2/06)

11) Vi viser til det som står i innledningen om tidligere rapport om tvang.

ingen som foretas som ledd i behandlingen av disse, gir tilsynsmyndigheten et innblikk i om det svikter i virksomhetenes arbeidsmåter; i måten de prioriterer pasienter, gjør vurderinger, diagnostiserer og gjennomfører behandling. Det er observert ulike sviktområder.

Ett Helsetilsyn i fylket/Fylkesmann har erfart at det er forskjeller på hvordan de ulike helseforetak og enheter praktiserer prioriteringsforskriften. Det vil si at det er ulikhet i vurderingen av hvilke pasienter som har rett på nødvendig helsehjelp. Det er eksempler på at denne vurderingen ikke baseres på hva som er pasientens problem og behov, men på hva de har tilgjengelig kompetanse til å gjennomføre.

I en annen samtale rapporteres det at de ved det aktuelle helseforetaket finner at journalføringen gjennomgående er sparsom og mangelfull, og det spørres:

*”Er grunnen at de ikke har så mye kontakt og samtaler med pasientene, og dermed ikke så mye å skrive, eller er grunnen at de ikke ser grunn til å skrive det de observerer?”*

Dette gir videre grunn til å stille spørsmål ved om pasientene blir godt nok utredet, og på en tverrfaglig måte, dvs. somatisk, psykiatrisk, med hensyn til rusmiddelproblematikk osv. De finner også at det ikke gjøres tilstrekkelig gode suicidalvurderinger og farlighetsvurderinger. Det samme gjelder utredninger av pasienter innlagt under tvang.

Det er også referert forhold rundt selve pasientbehandlingen som kan være kritikkverdige. Mange poliklinikker ved Distriktpsykiatriske sentre (DPS) synes å ha en utfordring med hensyn til å utrede, lage en behandlingsplan og evaluere tiltak. Pasienter går til enkeltpersoner (psykolog eller sykepleier) år ut og år inn uten evaluering, og uten at noen stopper opp for å vurdere nytten. Når enkeltpersonell kan ha fullt behandlingsansvar for enkeltpasienter, men uten at pasienten er diagnostisert, og uten at pasienten er vurdert av psykolog eller lege, tyder det på manglende samsvar mellom problem og kompetanse. Det er også et tilbakevendende

tema i klager fra pasienter og pårørende at behandlingen ikke er omfattende nok, og at pasienter skrives ut for tidlig.

Det er stilt spørsmål i noen av samtalene om opptrappingsplanens sentrale føringer om oppgave- og funksjonsfordeling i spesialisthelsetjenesten har vært for lite synlige for de ulike aktørene, og om veilederen om DPS fra Sosial- og helsedirektoratet er implementert godt nok.

Flere viser til at det har forekommet opphopning av selvmord, ett sted også i kommunene. Det kan bero på at pasientene ikke har vært tilstrekkelig vurdert. Det er derfor behov for å følge opp disse sakene.

### **3.4.7 Forståelse og oppfølging av regelverket; meldepraksis, avvikshåndtering, overordnet styring og internkontroll**

Alle pasienter i psykisk helsevern har rett til å få en individuell plan. Men å få dette tiltaket på plass, slik at alle som ønsker det og ville ha nytte av det faktisk får det, synes stadig å være langt fra virkelighet. Dette er en situasjon mange beskriver. Det er kjennskap til ansvaret i spesialisthelsetjenesten. Men et inntrykk som formidles i flere samtaler, er at spesialisthelsetjenesten generelt synes å være lite opptatt av lov-pålagte oppgaver i forbindelse med utarbeiding av individuell plan. De anser at det er kommunenes ansvar å ta initiativ. Det rapporteres at det blant flere av faggruppene i psykisk helsevern ser ut til å være aktiv motstand mot individuell plan. Det synes å være en utbredt oppfatning blant mange at arbeidet med individuell plan ikke skal påbegynnes på akuttavdelinger, og at det dessuten er en sak for sosionomer og ikke for leger. Det fremkommer i en av samtalene at det hadde vært investert mye i undervisning og møter, både i DPS-er og i avdelinger, men uten synlige resultater i form av endring. Tvert imot erfarte de en så aktiv problematisering av individuell plan, at det var å oppfatte som:

*”motarbeiding, og mer alvorlig enn manglende kompetanse og kapasitet – som betong!”*

Helsetilsynet oppsummerer etter lang tids dialog med det samme helseforetaket, at overlegen har dårlig kompetanse om regelverket for psykisk helsevern, dvs. psykisk helsevernloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven, og at:

*”vedtak er så dårlig begrunnet – blant annet fra ikke-norske leger – at de må returneres”.*

I en av helseregionene er det gjennomført et tilsyn med bruken av tvang. Ifølge samtale med et av fylkene viste dette tilsynet også at virksomhetene i regionen har stort forbedringspotensial med hensyn til å ivareta pasientrettigheter.

### **3.5 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenester og kommuner**

Det formidles i samtalene at mange, men ikke alle kommunene, har skrevet under egne samarbeidsavtaler med helseforetakene, men at det er behov for dialog om hvordan det går med utskrivninger, oppbygging av kompetanse, og samarbeidet om hvilket tilbud brukerne skal ha.

Noen steder som har hatt Distrikt-psykiatriske sentre (DPS) i lang tid, slik at DPS-et har rukket å bli godt innarbeidet, er kommunene svært fornøyd. Enkelte steder er det også gjennomført felles opplæring for DPS og kommuner, etablert ordninger for utveksling av personell mellom kommunenes helsetjeneste og DPS-ene, og utviklet et godt samarbeid.

Samtidig synes det også å være mange forskjellige slags utfordringer med hensyn til å få til et bedret samarbeide mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Mye er knyttet til at det kan være ulik forståelse for hva som er plikter, oppgaver og behov, noe er knyttet til at det er ulikheter i behandlingsformer og ideologi, eller at

*”spesialisthelsetjenesten er ikke tilpasset kommunenes behov”.*

Flere Helsetilsyn i fylket/Fylkesmenn

har erfart at det kan være forventningskonflikter mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten med hensyn til veiledningsplikten og hva som skal ligge i den. Kommunene ønsker mer generell veiledning, mens spesialisthelsetjenesten vil veilede og gi råd om konkrete pasienter. På den andre siden erkjenner ikke spesialisthelsetjenesten at de har noe å lære av kommunene. Oppfatningen er at det er i spesialisthelsetjenesten den beste kompetansen finnes, og det er følgelig liten interesse for å lære av kommunene:

*”I alle fora er det to likeverdige parter. Men mange i andrelinjen mener de kan mer, og er lite interessert i å lære av kommunene”.*

I en samtale fortelles at det tidlig i opptrappingsplanperioden var en terskel i forhold til kommunikasjon om enkelt-pasienter at kommunene ikke kunne gjennomføre tvang. Spesialisthelsetjenesten ga gjerne råd om tvang, og så ikke at kommunene ikke har dette virkemiddelet. Men mange av brukerne fungerer godt når de først er etablert i kommunen, og henter ut ressurser man ikke visste at de hadde. Rådgiverne fra andrelinjen snakker ut fra en annen virkelighet.

Psykisk utviklingshemmede er en gruppe som det synes vanskelig å samarbeide om. Det rapporteres at mange ikke får ivaretatt sin rett til helsehjelp for sine psykiske problemer, og at det er ulik forståelse av hva som trengs fra spesialisthelsetjenesten. Tilsynsmyndigheten i ett fylke forteller at de i mange år har vært i dialog med sykehuset om hva de kan yte, og sykehuset sier de har noen rom.

*”Men det er ikke rommet disse pasientene trenger. Derimot må andrelinjen komme dit pasientene er. Det kan være en langdryg prosess – personalet har reist ut en eller to ganger i uka for å venne en pasient til leiligheten. Det blir problemer når de ikke ansetter folk før pasienter er utflyttet”.*

Noen gir også eksempler på at det er laget egne samarbeidsteam for kommu-



ner og helseforetak, der man sammen tar opp de vanskeligste sakene.

I en samtale blir det fortalt at det er noen få enkeltpersoner som nekter å flytte tilbake til hjemkommunen. Dette er et viktig og vanskelig område, både praktisk, økonomisk og for pasienten selv. Det blir pekt på at dette også er et menneskerettighetsspørsmål:

*”langtidspasienter har ikke rett til selv å velge bostedskommune”.*

Økonomien begrenser også muligheten særlig for de små kommunene til å finne gode løsninger. Og generelt ser man at det er økonomien som i stor grad setter grenser for hva slags tilbud, hvilken faglighet og dermed også hva slags menneskelig utvikling som er mulig for pasienter med flere diagnoser og utagerende og dårlig impuls kontroll. I flere samtaler blir det anslått at det er rundt regnet 10-20 pasienter i fylket som trenger særlig mye av tjenestene, for eksempel hjelp fra flere enn en av gangen fordi de er vanskelige å takle på grunn av vold og manglende impuls kontroll. Mange av disse pasientene blir også værende i spesialisthelsetjenesten over lang tid.

## 4 Egeninitierte tilsyn med tjenester til mennesker med psykiske lidelser i 2005-2006

### 4.1 Innledning

Helsetilsynet i fylkene/Fylkesmannen gjennomførte i perioden 2005-2006 til sammen 38 egeninitierte tilsyn med tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Landsomfattende tilsyn på dette området fra årene forut er oppsummert i egne rapporter. Det gjelder landsomfattende tilsyn i 2002 med tjenestene til barn og unge med psykiske problemer i kommuner og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker<sup>12</sup> og landsomfattende tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser.<sup>13</sup> For en kortfattet sammenstilling av funn fra disse og fra egeninitierte tilsyn før 2005, se statusrapport 2005.<sup>14</sup>

I det følgende oppsummeres erfaringer og funn fra egeninitierte tilsyn i 2005 og 2006, med tanke på hva vi kan lære om situasjonen i tjenestene. Til forskjell fra landsomfattende tilsyn, der områder og tema besluttet av Statens helsetilsyn, og felles for hele landet, er det Helse-tilsynet i fylkene/Fylkesmannen selv som har valgt å gjennomføre disse tilsynene. Valg av sted og tema skjer delvis ut fra et mål om å føre tilsyn med virksomheter lokalt etter en viss frekvens, og delvis på bakgrunn av lokal kunnskap samt vurdering av hvilke deler av tjenesten og på hvilke steder det er fare for svikt. Av dette følger at funnene ikke kan forventes å gi noe representativt bilde av forholdene utover situasjonen det aktuelle sted. Vurdert på denne bakgrunnen, mener vi likevel at funnene gir viktig

kunnskap om tjenestefeltet. Målet med oppsummeringen er å få mer kunnskap om hvilke temaer tilsynsmyndigheten i fylkene har valgt å undersøke gjennom egeninitierte tilsyn med tjenestene til mennesker med psykiske lidelser i 2005 og 2006, og om hvilke funn som ble gjort. Funnene sier også noe om utfordringene på dette tjenesteområdet.

De 38 tilsynene utført i 2005 og 2006 som skal oppsummeres her er utført i ulike deler av landet, og med ulike tema. Det ble konstatert avvik i 20 tilsyn. I de aller fleste tilfeller blir avvik lukket og forholdene utbedret relativt umiddelbart etter at tilsynet er avsluttet. Dersom det er påkrevet med større endringer og utbedringer, kan det ta noe lenger tid. Men av de tilsynene vi har gjennomgått er halvparten avsluttet, dvs. at avvik er lukket per juni 2007.

### 4.2 Områder for tilsyn

Av de tilsyn vi her skal gjennomgå, var det 10 tilsyn med tjenester til barn og 28 tilsyn med tjenester til voksne. 29 av tilsynene gjaldt spesialisthelsetjenestene (psykisk helsevern) og 9 kommunale helse- og /eller sosialtjenester. Se fordelingen i tabellen på neste side.

12) Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.

13) Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004.

14) Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Brev fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsministeren 17.3.2005.

Fylkesmann/Helsetilsynet i fylket	Område	Antall tilsyn
Hordaland, Sør-Trøndelag	Voksne/kommune	7
Oslo og Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane	Voksne/psykisk helsevern	21
Sør-Trøndelag, Hedmark	Barn/kommune	2
Østfold, Hedmark, Vestfold, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	Barn/psykisk helsevern	8
		38

Tilsynene gjaldt enten kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenester, og tjenestetilbudet til enten barn og unge eller voksne. Det var altså ingen tilsyn som omfattet begge forvaltningsnivåer (selv om mange enkelttilsyn kan omhandle også det andre forvaltningsnivået som samarbeidspart), eller både voksne og barn. Det er derfor naturlig å strukturere gjennomgangen av tilsynstema og funn i henhold til dette. Fordi det var relativt få tilsyn med tjenestene til barn og unge, behandles alle disse samlet.

Noen av temaene går igjen på tvers av denne inndelingen, og vi vil derfor avslutningsvis i dette kapittelet oppsummere noen gjennomgående funn.

### 4.3 Tema og funn

#### 4.3.1 Tema og funn i tilsyn med tjenester til barn og unge med psykiske problemer

I den perioden vi har sett på, var det to tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til barn og unge. Ett ble gjennomført i en mindre landkommune, og det ble der undersøkt om kommunens organisering og rutiner sikret et forsvarlig tilbud, om kommunen sørget for å ha tilstrekkelig kompetanse til å yte faglig forsvarlige tjenester, og om samarbeidet med foreldre og foresatte og mellom de ulike deltjenestene ble ivare tatt. En observasjon i dette tilsynet var at kommunen hadde dårlig oversikt over risikoutsatte barn under seks år og deres behov for tjenester. Det ble også påpekt at kommunen ikke i tilstrekkelig grad etterspurte og hadde oversikt over omfang og kvalitet på tjenestene til de yngste barna på en systematisk måte.

Oppfølging avheng av hvilken barnehage barna gikk i. Det var observasjoner som underbygget at denne kommunen hadde et forbedringspotensial med hensyn til samarbeid mellom de ulike deltjenestene. Spesielt kunne kommunikasjonen mellom helsetjenesten og barneverntjenesten bli bedre.

Det andre tilsynet ble gjennomført i en større landkommune. Det ble her undersøkt om elever i ungdomsskolen med psykiske problemer fikk individuelle undersøkelser og oppfølging, om samarbeidet i kommunen om tjenestene til disse ungdommene var sikret, og om de som ønsket det fikk individuell plan. Tilsynet fant at kommunen ikke sikret at elever med mistanke om psykiske problemer ble undersøkt av lege for å avklare om det lå annen sykdom bak. Kommunen hadde heller ikke sikret samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og andre instanser godt nok. Det gjaldt både fastleger, barnevern og pedagogisk psykologisk tjeneste. Endelig ble det konstatert at elever med behov for langvarige og koordinerte tjenester som ønsket individuell plan, ikke var sikret å få det.

I psykisk helsevern for barn og unge ble det i perioden gjennomført åtte tilsyn. Ett tilsyn gjaldt en hel barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling med poliklinikk, fylkesdekkende døgnavdeling, dagavdeling og familieenhet. Det var videre seks tilsyn med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker – blant annet har Helsetilsynene i en av helse-regionene samarbeidet om et felles tilsyn med fire poliklinikker. Endelig var det et tilsyn med en akuttpost for pasienter med alvorlige sinnslidelser, selvskadning og suicidalitetsproblematikk.

I tilsynet som gjaldt en hel barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling var temaer hvordan henvisninger ble håndtert – blant annet hvem som foretar vurderinger og prioriteringer og hva som ble vurdert, hvordan henvisende instans ble gitt tilbakemeldinger på henvisninger og på hvilken måte avdelingen ivaretok veiledningsplikten overfor kommunene. Bakgrunnen for dette tilsynet var kunnskap om at avdelingen gjennom flere år hadde lidd under utilstrekkelig ressurstilgang, uheldig ventelistepraksis og det Helsetilsynet i fylket betegnet som ”manglende balanse mellom administrativ ledelse i forhold til rigid faglig struktur”. Tilsynet fant at situasjonen var bedret på flere områder, og at avdelingen utnyttet tilgjengelig kompetanse på tvers av enhetene. Det ble ikke konstatert avvik eller gitt merknader, men det var observert at det ”savnes dokumentasjon av evaluering av om tiltak og innsats i tilstrekkelig grad kvalitetssikres, bl.a. slik at pasienter får et likeverdig tilbud uavhengig av hvor i fylket de bor”.

I det felles tilsynet med fire barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i en av helseregionene, ble det undersøkt om virksomhetene etterlevde kravene til forsvarlig virksomhet når det gjaldt rett til vurdering og nødvendig helsehjelp, diagnostisering, funksjonskartlegging og planlegging, oppfølging av barn i målgruppen, samt råd og veiledning til kommunene. I samtlige av disse tilsynene ble det konstatert at helseforetaket ikke sikret samhandlingen med kommunene i samsvar med myndighetskravene. Ingen av poliklinikkene hadde tatt i bruk individuell plan som et verktøy for å skape helhetlige og forutsigbare tjenester. De hadde også i liten grad skriftlige behandlingsplaner som pasient/foresatte hadde tilgang til. Helseforetakene hadde rutiner for veiledning til kommunene, men veiledningen foregikk for en stor del i forbindelse med enkeltsaker, og i mer varierende grad på generelt grunnlag.

Det var også flere tilfeller av svikt når det gjaldt håndtering av henvisninger og ivaretagelse av pasientenes rett til vurdering og til tilbakemelding på vurdering. I ett tilfelle fant man også at

helseforetaket ikke sikret at virksomheten overholdt fastsatte behandlingsfrister.

Forsvarlig vurdering av henvisninger, sikring av pasientenes rett til nødvendig helsehjelp og oppfølging av pasienter ved utskrivning og samarbeid med andre instanser, var også tema for de to siste poliklinikktilsynene. Det ene tilsynet fant at det ikke ble satt en tydelig frist for når hjelp skal ytes, og at frist ikke ble satt ut fra en forsvarlighetsvurdering. Videre ble det konstatert at det ikke framgikk tydelig om fristen utløste en rettighet for pasienten hvis den ble brutt. Det ble også funnet brudd på kravet om fastsatt frist for forsvarlig behandling. Foretaket hadde ikke sikret at pasientene fikk individuell plan. Det ble vurdert at poliklinikken hadde et forbedringspotensial med hensyn til å sikre tilfredsstillende kontinuitet i behandlingen. Også i det siste poliklinikktilsynet ble det konstatert brudd på krav om forsvarlig vurdering av henvisninger. Det var for eksempel observert at mangelfulle eller feilaktige henvisninger rutinemessig ble avvist uten realitetsbehandling. Det ble påpekt at dette kunne forsinke vurdering, utredning og behandling, slik at pasienten risikerte ikke å få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Tilsynet fant også manglende sikring av igangsetting og oppfølging av arbeidet med individuell plan.

I tilsynet med en akuttpost for unge med alvorlige sinnslidelser, ble det undersøkt om pasientene ble sikret rett til vurdering, om retten til nødvendig helsehjelp var ivarettatt, herunder om sentrale pasientrettigheter som retten til integritet, informasjon, medvirkning, individuell plan mv. ble sikret under oppholdet, og om utredning og behandling var sikret forsvarlig bredde. Oppfølging av pasienter, inklusive utskrivingspraksis og veiledning til samarbeidende instanser, ble også undersøkt. Det ble avdekket at posten hadde redusert kapasitet i forhold til hva som var planlagt, og at foretaket hadde store vansker med å rekruttere spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Helseilsynet i fylket fant dessuten at heller ikke akuttposten sikret at det ble igangsatt arbeid med individuell plan, eller at

dette arbeidet ble fulgt opp. Det ble videre funnet brudd på kravet om informasjon til pasient og pårørende ved vurdering av henvisninger og manglende sikring av retten til nødvendig helsehjelp. Endelig var det et funn at pasientenes personlige eiendeler systematisk ble gjennomgått uten vedtak eller dokumentasjon, og at alle pasientene gjennomgikk rutinemessig rusmiddelscreening. Slike rutiner er alvorlige inngrep i den personlige integriteten, og klare brudd på regelverket.

#### **4.3.2 Tema og funn i tilsyn med kommunale tjenester til voksne med psykiske lidelser**

Det ble gjennomført tilsyn med kommunale tjenester til voksne med psykiske lidelser i to fylker. Tilsynsmyndigheten i det ene fylket gjorde fire tilsyn, i det andre ble det gjort tre. Tilsynsmyndigheten i begge fylkene undersøkte om kommunene fulgte regelverket om brukermedvirkning, koordinering, individualisering og forsvarlig tjenesteyting. De så videre på hvordan kommunene håndterte henvendelser og søknader, og på utredning av tjenestebehov, iverksetting og tilrettelegging av tjenester og sikring av kontinuitet i tjenesteytingen, evaluering og håndtering av endringer. Det ene fylket så også på dokumentasjon. Temaområder og tilnærming i begge tilsynene lå tett opp til veileder for landsomfattende tilsyn i 2005 med kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov som bor utenfor institusjon, og i det ene tilfellet var denne lagt til grunn.

I en kommune fant tilsynsmyndigheten at tjenestemottakere med psykisk sykdom, langvarige og sammensatte behov og som bodde i egen bolig ikke alltid fikk forsvarlige tjenester. En del tjenestemottakere hadde heller ikke individuell plan og/eller ansvarsgruppe, og helse- og sosialtjenestene var ikke samordnet i tid, innhold og faglig tilnærming. Hjemmesykepleien som skulle dekke tjenestebehovet på kveldstid, i helger og høytider hadde ikke alltid den informasjonen eller den kompetansen som trengtes for å yte tjenester til personer med alvorlig psykisk

sykdom, og det var ikke tilrettelagt for at personell fikk kvalifisert veiledning.

I to andre kommuner ble det konstatert at kommunen ikke sikret dokumentasjon av nødvendige opplysninger. I det ene tilfellet ble det observert at kommunen ikke hadde avklart hva som skulle dokumenteres, med den konsekvens at praksis med hensyn til dokumentasjon varierte. Denne kommunen hadde heller ikke avklart hvilken tilgang de ulike tjenestene skulle ha til opplysningene i elektronisk journal, og personalet var ikke tilstrekkelig opplært i å bruke journalsystemet. I den andre kommunen ble det avdekket mangelfull dokumentasjon av tjenestetilbudet. I ytterligere tre av kommunene vurderte tilsynsmyndigheten at dokumentasjonspraksis kunne bli bedre, og bemerket spesielt at det manglet nedtegnelser av de tilfellene der tjenestemottakeren ikke ønsket individuell plan.

I fire av kommunene ble det påpekt at brukerne ikke var sikret et samordnet tjenestetilbud. Uten formelle strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling lå ikke forholdene til rette for å gjøre helhetlige vurderinger av tjenestemottakernes behov, slik at tjenestene samlet sett kunne dekke tjenestebehovene. I en kommune var i tillegg ansvars- og myndighetsfordelingen mellom de ulike tjenestene og funksjonene uklar. For eksempel var det ikke tydelig for alle hvem som hadde det medisinske faglige ansvaret for psykisk helsearbeid i kommunen.

Endelig var det i noen av tilsynene påpekt mangel på system for å håndtere avvik og lære av feil.

#### **4.3.3 Tema og funn i tilsyn med psykisk helsevern for voksne**

Mer enn halvparten av de egeninitierte tilsynene med tjenestene til mennesker med psykiske lidelser som ble gjennomført i 2005 og 2006 gjaldt spesialisthelsetjenester (psykisk helsevern) for voksne. Av de 21 tilsynene var det ett tilsyn med en avdeling for behandling av spiseforstyrrelser, ett tilsyn med en alderspsykiatrisk poliklinikk, ett tilsyn med en utrednings- behandlings- og



rehabiliteringsenhet for personer under 30 år med alvorlig psykisk sykdom og rusproblem, åtte tilsyn med akuttavdelinger eller -poster, to tilsyn med psykiatriske avdelinger som også omfatter akuttposter og åtte tilsyn med distriktspsykiatriske sentra (DPS).

I hvert tilsyn undersøkes vanligvis flere temaer. Mange av de undersøkte temaområdene var overlappende, og det varierte noe hvordan spørsmål var formulert, og hvilke aspekter som ble undersøkt i hvor mange tilsyn.

#### *Temaer, grovt skissert og fordelt*

Pasientrettigheter, vurdering av henvisninger, rett til nødvendig helsehjelp, medvirkning og informasjon, individuell plan	8
Samarbeid innen psykisk helsevern, med kommuner og somatiske avdelinger	14
Inn- og utskriving	10
Opplæring/kompetanse	5
Utredning, diagnostisering, funksjonskartlegging og planlegging	3
Tjenestetilbudet	10
Pasientansvarlig lege	1
Tvungent psykisk helsevern – etablering og gjennomføring	5
Kvalitetsarbeid, bruk av pasienterfaringer, avvikshåndtering osv.	1

#### *Samarbeid og sammenheng i spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud*

I en helseregion ble det i 2005 gjennomført tilsyn med seks akuttpsykiatriske avdelinger. De områdene som ble undersøkt var om utskrivingspraksis (utskriving og overføring) fra psykiatrisk akuttavdeling var forsvarlig og om spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud framsto som en sammenhengende kjede.

I fem av seks tilsyn var konklusjonen at de pasientene som ble lagt inn i akuttpsykiatriske avdelinger ikke var sikret et forsvarlig samlet behandlingstilbud. Av observasjonene gikk det fram at dette skyldtes forhold både i akuttavdelingene, lange ventetider og manglende tilbud i andre enheter til de av pasientene som trengte langvarig behandling. Den overordnede styringen med tilbudene var også for dårlig ved enkelte av sykehusene.

Denne konklusjonen var basert på at det var til dels langvarig og stort overbelegg ved flere av enhetene. Til dette kom at varigheten på pasientopphold ikke alltid var bestemt av behandlings-

behovet til pasienten, men kunne skyldes manglende kapasitet og tilgjengelighet i andre deler av behandlingsskjeden, for eksempel i DPS eller i intermedial- eller rehabiliteringsavdeling. Løsninger for akuttavdelingene kunne da være å gi poliklinisk oppfølging til pasienter som ikke fikk tilbud andre steder, eller å overføre døgnpasienter til dagtilbud. Kjennskap til at andre avdelinger hadde dårlig eller ingen kapasitet, førte til at man unnlot å henvise. Forholdene lå altså ikke til rette for at utskriving kunne skje på forsvarlig måte. Mangelfulle prosedyrer for utskriving og varierende kapasitet på overleger, var også observert flere steder. Det økte også risikoen for svikt ved utskriving. Ved ett sykehus manglet det i tillegg prosedyrer for suicidvurderinger – til tross for at en stor andel av innleggelsene gjaldt pasienter med selvmordsfare.

Ved et av de største helseforetakene ble det påpekt at funksjonsbeskrivelse og oppgavefordeling mellom avdelingene var uklar. Et gjennomgående funn ved tilsynene var at det syntes å mangle en overgripende styring med pasientflyten.

Det framkom også ved disse tilsynene med akuttavdelinger, at enkelte DPS-er hadde problemer med å rekruttere personell med de kvalifikasjoner som er nødvendig for å ta imot den type pasienter de er tiltenkt.

Et annet sviktområde som ble avdekket i tilsynet med akuttavdelinger, var at det ikke systematisk ble sendt epikriser innen forsvarlig tid (normalt en uke), og heller ikke systematisk til fastlegen. Dette er brudd på forskrift om pasientjournal. Hensikten med denne bestemmelsen er å sikre at de som skal følge opp pasienten etter utskriving har de opplysningene de trenger for å gi forsvarlig oppfølging. Epikrisen er derfor en viktig betingelse for å sikre kontinuitet i tilbudet til pasienten.

I psykisk helsevern har alle pasienter rett til individuell plan. Tilsynet fant at to av avdelingene viste seg ikke å sikre at alle pasienter fikk dette. Tilsynet fant også et eksempel på at selv om det forelå individuell plan og det var etablert kontakt med det lokale hjelpeapparatet før utskriving, var ikke koordinatoransvaret for videreføring, ferdigstilling og gjennomføring av pasientens individuelle plan etter utskriving alltid avklart. Det representerer fare for svikt i oppfølgingen.

#### *Samhandling og kommunikasjon med instanser utenfor psykisk helsevern*

Samhandling og kommunikasjon med somatisk spesialisthelsetjeneste ble undersøkt i et tilsyn med en avdeling for behandling av spiseforstyrrelser. I en slik avdeling anses det som avgjørende for behandlingen at både psykiske og somatiske forhold følges opp og vurderes i sammenheng. Funnet var at samarbeidet ikke var sikret tilstrekkelig. Pasientene var heller ikke sikret pasientansvarlig lege.

I noen flere av tilsynene var det sett på samhandlingen med kommunene, og et gjentakende funn var at fastleger i liten grad fikk regelmessig informasjon om pasienter i langvarige behandlingsforløp. Samarbeid med og veiledning til kommunene skjedde også stort sett i tilknytning til enkeltpasienter, og i mindre utstrekning på generelt grunnlag

#### *Pasientrettigheter mv.*

Tilsynene som undersøkte pasientrettigheter og vurdering og håndtering av henvisninger avdekket til dels alvorlige mangler i virksomhetenes etterlevelse av regelverkskravene på disse områdene. I forbindelse med vurdering og håndtering av henvisninger er det eksempler på litt ulike typer av svikt: At ikke alle søknader og henvisninger ble vurdert, og i rimelig tid, at det ikke var opplyst om klagerett ved avslag, at det ikke ble gitt tilbud om opphold eller oppgitt dato for når behandling kunne påregnes der pasienten var innvilget rett til nødvendig helsehjelp, eller at pasientene i det hele tatt ikke var informert om resultatet av vurderingen.

Ved en virksomhet ble det for eksempel observert at henvisninger hadde blitt liggende i lengre tid uten å bli vurdert. Både her og i flere andre av de tilsynene som har undersøkt pasientrettigheter, var det et gjennomgående funn at tilbakemeldinger til pasient ikke ga korrekt informasjon om klagerett, om pasienten var vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp og/eller frist for eventuell behandling. I ett tilsyn ble det også bemerket at det var uklart om den fristen pasientene fikk oppgitt for når helsehjelp skulle gis var satt ut fra en medisinsk faglig vurdering, eller om det var en dato fastsatt ut fra kapasitetsvurdering eller andre forhold.

#### *Kompetanse*

Mangel på tilstrekkelig kvalifisert personell ble avdekket ved en del Distriktpsikiatriske sentre (DPS). I ett tilfelle fant tilsynsmyndigheten at en sengeavdeling ikke etterlevde kravet til forsvarlig behandling på grunn av manglende tilgang til psykiatrisk og psykiologisk kompetanse. Psykiater i deltidsstilling gjorde nødvendige vedtak i forhold til pasienter under tvungent psykisk helsevern og fulgte opp legemiddelbehandlingen, men kunne ikke tilby noe utover dette. Avdelingen kunne bare ta imot pasienter som var utredet andre steder, og som ikke trengte mer enn legemiddelbehandling. Det var heller ikke klart hvem som hadde medisinsk faglig ansvar for pasientene. Utilstrekkelig tilgang til kvalifisert personell er også funnet ved andre

institusjonstyper. En behandlingstusjon for rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser kunne ikke ta inn pasienter med alvorlig psykisk sykdom fordi avdelingen ikke hadde tilgang til psykiater. Innlagte pasienter fikk heller ikke alltid forsvarlig utredning og behandling for sin psykiske sykdom. Denne institusjonen kunne ikke gi behandling med psykofarmaka, og psykotiske pasienter måtte overføres annen avdeling.

#### *Tvang i psykisk helsevern*

I en av helseregionene ble det gjennomført et felles tilsyn med helseforetak i regionen, men med hovedfokus på bruken av tvang. Det ble valgt ut enheter for tilsynet der det ble fattet et stort antall tvangsvedtak eller der flesteparten av pasientene var innlagt under tvang. Det ble ikke avdekket alvorlig svikt som ga grunnlag for avvik i disse tilsynene, men en del mangler ble påpekt. Blant annet ble det ett sted avdekket at det ikke var etablert system for å sikre at det i alle deler av virksomheten blir gjort kontrollundersøkelser i rett tid før forlengelse av vedtak utover ett år. I rapporten fra tilsynet med et annet helseforetak ble det bemerket at det ikke alltid framgikk av pasientjournalen hva som var behandlers løpende vurdering av pasientens helse-tilstand og av grunnlaget for fortsatt tvungent psykisk helsevern.

#### *Læring av egne erfaringer*

I henhold til internkontrollplikten, skal virksomhetene sørge for å bruke egne erfaringer i forbedringsarbeid. De skal også på en systematisk måte samle inn og gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring. Det var et funn i flere av tilsynene med spesialisthelsetjenesten at dette i liten grad var en realitet.

### **4.4 Oppsummering – noen gjennomgående funn**

Det er mange ulike områder og tema som er undersøkt i de 38 egeninitierte tilsynene som her er gjennomgått. Likevel er det noen mønstre som trer fram. Vi vil peke på noen gjennomgående funn, under overskriftene

pasientrettigheter, kompetanse og kapasitet og samarbeid og samhandling. Temaene blir riktignok over i hverandre: Individuell plan er for eksempel samtidig et viktig samhandlingsverktøy og en pasientrettighet.

#### *Pasientrettigheter*

Som i det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser i 2003, er det også i disse senere tilsynene funnet mangler i etterlevelsen av regelverket om retten til vurdering og prioritering. Det gjaldt både i psykisk helsevern til voksne og i BUP. Det er eksempler på at behandlingsfrister ikke settes med utgangspunkt i faglige vurderinger, men ut fra kapasitet, at fastsatte frister brytes, og at pasienter og pårørende ikke informeres om sine rettigheter. Det er også eksempler på at henvisninger har blitt avvist uten å ha vært realitetsbehandlet, fordi de var mangelfulle eller feilaktige. Konsekvensen kan bli at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp, eller at helsehjelpen blir forsinket.

Enkelte av de gjennomgåtte tilsynene har særlig sett på rettssikkerhetsspørsmål. Blant annet er det i en behandlingstusjon for unge personer med rusmisbruksproblemer funnet at regelverket som skal beskytte mot integritetskrenkelse systematisk blir brutt; pasientenes eiendeler blir gjennomgått og alle screenes for rusmidler uten vedtak. Det er også eksempler på at regelverket om tvang ikke følges grundig nok opp.

#### *Kompetanse og kapasitet*

Det fremkommer at det i deler av psykisk helsevern er bemanningsproblemer. Særlig er det beskrevet vansker med å rekruttere leger og psykologer (og med spesialitet) i barne- og ungdomspsykiatrien og i enkelte distriktspsykiatriske sentra i visse deler av landet. Dette kan få konsekvenser for behandlingstilbudet, enten ved å gi begrensninger på hvilke pasientgrupper som får et tilbud, eller ved at virksomhetene ikke kan yte forsvarlig utredning og behandling. Manglende kapasitet og kompetanse i ett ledd er også observert å få ringvirkninger i neste ledd, ved å forlenge oppholdstiden utover hva det



er behov for eller hva som er forsvarlig, og forårsake overbelegg.

*vern er i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse”.*<sup>15</sup>

#### *Samarbeid og samhandling*

Tilsynene har avdekket mangelfullt samarbeid og samhandling både mellom ulike kommunale deltjenester og sektorer, mellom enhetene innen psykisk helsevern, mellom psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste og mellom forvaltningsnivåene.

I flere kommuner var det konstatert at tjenestene til voksne med sammensatte behov ikke var forsvarlige, blant annet fordi de ikke var samordnet i tilstrekkelig grad til å sikre helhetlige behovsvurderinger og sammenhengende tjenester. Dette kunne blant annet skyldes uavklarte myndighets- og ansvarsforhold.

Individuell plan er et tema som er undersøkt i mange av tilsynene, og et gjennomgående funn var at arbeidet med individuell plan ikke er godt nok ivare tatt. Dette gjaldt mange av kommunene, men ikke minst i psykisk helsevern for voksne og barn og unge. Svært mange av pasientene hadde et sammensatt tjenestetilbud med behov for at helheten ble ivaretatt gjennom samhandling mellom de ulike tjenesteyterne, men uten at individuell plan var tatt i bruk etter intensjonen.

Det er videre i flere tilsyn konstatert at utskriving fra institusjon i psykisk helsevern ikke skjer på en forsvarlig måte. Flere steder oppsummerer tilsynsmyndigheten at psykisk helsevern ikke har sikret et sammenhengende behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, og at det mangler en overgripende styring med pasientflyten.

I en oppsummering av tilsynene i medisinmeldingen for 2005, stilte et av Helsetilsynene spørsmålet om belastningen mellom funksjonene blir skjevt fordelt innen psykisk helsevern:

*”Erfaringene fra tilsynene gir grunnlag for å reise tvil om dagens organisering legger til rette for en helhetlig forsvarlig behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelser, og videre om utviklingen i psykisk helse-*

15) Medisinmelding 2005 Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Helseavdelingen, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

## 5 Andre tilsynserfaringer

### 5.1 Meldesentralen

I henhold til § 3-3 i Spesialisthelsetjenesteloven påligger det spesialisthelsetjenesten en plikt til å melde fra skriftlig til Helsetilsynet i fylket ”betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade”. Samtlige meldinger som mottas hos Helsetilsynet i fylkene, blir oversendt Statens helsetilsyn, og registrert i den såkalte meldesentralen, som er en sentral database.

Av 1 902 meldinger med hendelsesdato i 2005, var det 261 fra psykisk helsevern. Av disse gjaldt 165 selvpåførte skader; selvmord, selvmordsforsøk, selvskadning, overdoser og annet.

I tillegg gjaldt 25 meldinger vold, enten en pasient som var påført skade av en annen pasient, eller en pasient som utøvde vold mot en annen pasient eller mot personale.<sup>16</sup>

### 5.2 Prosjekt om selvmord i psykisk helsevern

Statens helsetilsyn har i 2005 og 2006 registrert alle selvmord begått av pasienter innskrevet i psykisk helsevern der selvmordene ble innrapportert til Helsetilsynet i fylkene, og sakene avsluttet hos tilsynsmyndighetene i løpet av de to årene. De fleste av disse sakene vil også være meldinger etter § 3-3, jf

forrige avsnitt.<sup>17</sup> Formålet med kartleggingen har vært å få en pålitelig oversikt over antall rapporterte saker til Helsetilsynet i fylkene, samt å kvalitets sikre den tilsynsmessige behandlingen av sakene.

Innsamling av data ble avsluttet 31. desember 2006, og arbeidet med oppsummering av dataene pågår.

En foreløpig gjennomgang av sakene viser svikt på mange av de samme områdene som tidligere: Helsepersonell har for dårlig kompetanse til å utføre korrekt vurdering av selvmordsrisiko, og virksomheten mangler rutiner på opplæring i vurdering av selvmordsrisiko og i selvmordsforebygging. Oppholdene på døgnavdeling er ikke tilstrekkelig lange til å fastsette diagnose, det iverksettes ikke tilstrekkelige vernetiltak i forbindelse med de sårbare overgangsfasene i behandlingen, og dokumentasjonen er mangelfull.

Statens helsetilsyn har valgt å undersøke om det er sider ved hvordan virksomhetene organiserer og styrer arbeidet sitt som kan bidra til å forklare uønskede hendelser. Vi er kjent med at stadig flere virksomheter iverksetter opplæring og andre tiltak for å forebygge selvmord. Våre tall tyder imidlertid på at disse tiltakene ikke er godt implementert i den kliniske hverdag, og at helseforetakene fortsatt har et betydelig forbedringspotensial på dette området. Statens helsetilsyn vil komme nærmere inn på de konkrete forholdene i en egen rapport som skal publiseres i 2007.

16) Meldesentralen – årsrapport 2005. Rapport fra Helsetilsynet 1/2007.

17) De sakene som ikke er meldt etter § 3-3, er klagesaker fra pårørende, eller de er fanget opp av media, men skulle i de fleste tilfeller også vært meldt av virksomheten. For noen saker er det rettsmedisinsk institutt som er kilden (etter obduksjon).

### 5.3 Raskere utrykning ved alvorlige hendelser

Kompetansesenteret for Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri for Helse-regionene Øst og Sør reiste i brev til Statens helsetilsyn av 1. februar 2005 spørsmål om opprettelse av en vurderingskommisjon for helsevesenets rolle i saker der mennesker med mulig eller manifest psykisk lidelse begår alvorlig voldshandling eller alvorlig selvbeskadigelse. Statens helsetilsyn svarte 9. mars 2005 at vi ikke fant grunnlag for å opprette en særskilt vurderingskommisjon, men bekreftet viktigheten av rask respons fra tilsynsmyndighetene og godt samarbeid med politi og påtalemyndighet. I tildelingsbrevet fra Helse- og Omsorgsdepartementet for 2006 heter det:

*”På bakgrunn av de forhold som er avdekket i psykisk helsevern skal Statens helsetilsyn intensivere tilsynet med denne tjenesten. Helsetilsynet skal spesielt legge vekt på å etterse de ledelsesmessige og organisatoriske forhold som må ligge til grunn for en faglig forsvarlig tjeneste. Ved alvorlige hendelser skal Helsetilsynet tilstrebe en rask reaksjon slik at saksforholdet kan utredes tidlig, at de berørte kan få rask tilbakemelding og at eventuelle feil og mangler kan avdekkes og rettes opp for å unngå fremtidige hendelser”.*

Helsetilsynet skrev på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en redegjørelse til Sosial- og helsedirektoratet i oktober 2006 (med kopi til departementet) om erfaringer som bidrag til kartlegging av kunnskapsgrunnlaget for arbeid med sikkerhet i psykisk helsevern.<sup>18</sup>

Det framgår av dette brevet at Helsetilsynet i noen alvorlige saker har tatt i bruk oppsøkende metoder for å få en rask oversikt over hva som har hendt. Et eksempel er Helsetilsynet i Hordalands håndtering av den meget alvorlige saken som kalles Hylkje-drapet. Det dreide seg om en person som rømte fra psykiatrisk avdeling og få dager senere drepte en kvinnelig bekjent. Sykehuset varslet selv om-

gående Helsetilsynet i fylket. Helse-tilsynet i Hordaland rykket ut og intervjuet helsepersonell og teknisk personell som hadde vært involvert, samt institusjonens ledelse. Det ble innhentet dokumentasjon fra Politi og Kriminalomsorg samt fra helsetjenesten i Bergen fengsel. Det ble oppnevnt sakkyndig spesialist og saken er klar til avslutning så snart den sakkyndige har kommet med sin erklæring.

Helsetilsynet i Oslo-Akershus brukte en liknende metode i tilsynssaken mot en norsk-pakistansk mann som angivelig har drept sine tre søstre.

I Helsetilsynets årsrapport for 2006 oppsummeres: ”I forbindelse med at Statens helsetilsyn i 2005 og 2006 utarbeidet en oversikt over selvmord begått av pasienter innskrevet i psykisk helsevern, gjennom rapportering fra Helsetilsynet i fylkene, har vi vurdert den tilsynsmessige behandlingen av sakene. Det er lagt vekt på systemperspektivet. Erfaringen fra disse sakene vil bli benyttet ved tilsyn med institusjoner i psykisk helsevern, både når det gjelder selvmord og andre dramatiske hendelser. Dette inngår i det prosjektet som pågår i Statens helsetilsyn når det gjelder å synliggjøre virksomhetens ansvar knyttet til uventede hendelser”.<sup>19</sup>

### 5.4 Kartlegging av spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser

Statens helsetilsyn har undersøkt pågående prosjekter og annen aktivitet for å finne kunnskap om tjenestetilbudet til innsatte med psykiske lidelser. Sosial- og helsedirektoratet gjorde i mars 2004 en henvendelse til kompetansesentrene for sikkerhets-, fængsels- og rettspsykiatri om hvilke tilbud som gis av psykisk helsevern til fængselsinnsatte.

Undersøkelsen viste at 19 av 31 fængsler ikke hadde fast avtale om tjenestetilbud, og at 9 andre fængsler hadde kun 5-10 prosent psykologstilling. De fleste hadde ikke fast DPS å henvende seg til. Sosial- og helsedirektoratet ba i brev av 20. april 2005 RHF-ene og kommuner

18) Oppdrag i forbindelse med sikkerhet i psykisk helsevern. Brev til Sosial- og helsedirektoratet 10. oktober 2006.

19) Statens helsetilsyn Årsrapport 2006. Utarbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet til etatsstyringsmøtet mars 2007.

med fengsler om å inngå faste avtaler om ytelser fra psykisk helsevern til innsette med psykiske problemer.

Statens helsetilsyn har hatt kontakt med aktuelle fagmiljøer i 2005, holdt innlegg og deltatt på møter med ansatte ved institusjoner som gir tjenester inn i fengsler. ”Vår kartlegging har vist at tilgangen til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste syntes godt ivaretatt ved en del av våre største fengselsavdelinger, men samlet sett var tilbudet utilfredsstillende. Statens helsetilsyn har registrert et særlig behov for oppdaterte retningslinjer for medisinerer i fengslene. Andre problemstillinger som bør avklares er taushetsplikt, rett til ny vurdering av helsetilstanden, rett til fritt sykehusvalg m.m.”<sup>20</sup>

## 5.5 Helse Vest

Den såkalte ”Helse Vest-saken” gjelder forhold ved Helse Bergen HF. Saken har vært fulgt av tilsynsmyndigheten siden 1999, først ved Helsetilsynet i Hordaland og senere også ved Statens helsetilsyn. Helse Bergen HF ble gitt pålegg i 2002, senere er Helse Vest RHF gitt et pålegg i mars 2005.

Saken gjelder vedvarende overbelegg og korridorpasienter ved akuttposter ved daværende Sandviken sykehus. Disse problemene ble først kjent for Helsetilsynet i Hordaland ved tilsyn i 1999, da det ble avdekket at korttidsavdelingen hadde hatt et betydelig overbelegg over flere år, og at tvangsinnlagte pasienter ble lagt på korridor. Utilstrekkelig bemanning førte også til at pasientene ikke fikk tilstrekkelig observasjon, behandling og omsorg.

Pålegget var begrunnet i at driften kunne ha skadelige følger for pasientene, og at dette måtte anses uforvarlig. Det ble lagt særlig vekt på at overbelegget var svært høyt, at tvangsinnlagte pasienter lå i korridorene, og at overbelegget hadde vært høyt i flere år.

Helsetilsynet i Hordaland har fulgt utviklingen ved sykehuset, og har mottatt rapporter fra Helse Bergen HF om beleggssituasjonen og om ulike

bygningsmessige, organisatoriske og andre tiltak som har blitt iverksatt for å bedre situasjonen. Tiltakene har ikke gitt ønsket effekt; helseforetaket har hatt kontinuerlig overbelegg gjennom hele perioden. Pålegget til Helse Vest RHF ble gitt ut fra at RHF-et har et overordnet sørge-for-ansvar, som innebærer ansvar for å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud, og for at tjenestene er forsvarlige. Antallet korridorpasienter har gått noe ned, men problemet har vedvart i samtlige måneder fram til i dag. Helse Vest RHF viser til ulike årsaker til overbelegget, og til at iverksatte tiltak ikke har virket etter intensjonen: I perioden har det for eksempel vært en stor økning i pasienttilgang, og tilbakeføringen av langtidspasienter til kommunen har tatt lenger tid enn forventet og planlagt.

Statens helsetilsyn konstaterte at pålegget av 9. mars 2005 til Helse Vest RHF ikke er oppfylt, og sendte i juni 2007 et varsel om vedtak om tvangsmulkt til Helse Vest RHF fra 1. oktober 2007.<sup>21</sup> Varselet ble gitt i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 7-2, jf § 7-1 første ledd. Tvangsmulkten er på 600 000 kroner per måned, inntil plegget om å sørge for forsvarlig helsetjeneste er oppfylt. Dette er nærmere presisert til at det ikke skal forekomme korridorpasienter i noen psykiatriske akuttposter og korttidsavdelinger. Helse Vest RHF må ivareta sitt ansvar for å sørge for at befolkningen i helse-regionen blir tilbudt spesialisthelsetjeneste, og at helsetjenesten som ytes er forsvarlig.

## 5.6 Saker knyttet til behandling av mennesker med psykiske lidelser

RegRoT er et register for rettighetsklager og tilsynssaker i helsetjenesten,<sup>22</sup> der opplysninger om alle slike saker som behandles hos Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen blir registrert.

Det ble i 2005 fattet 71 vedtak i rettighetsklager hos Helsetilsynet i fylkene som gjaldt helsetjenester til personer med psykiske lidelser. I 2006 ble det fattet 96 slike vedtak.

20) Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 30. september 2005.

21) Brev fra Statens helsetilsyn til Helse Vest RHF om varsel om vedtak om tvangsmulkt av 11. juni 2007.

22) En rettighetssak er en sak som vurderer klage fra pasient, pårørende eller andre på manglende oppfyllelse av rettigheter gitt i helse- og sosiallovgivningen. En tilsynssak vurderer kvaliteten på den tjenesten som er mottatt, og kan oppstå på grunnlag av en klage eller en rapportert hendelse.

Om lag halvparten av sakene begge år gjaldt rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg gjaldt et stort antall saker andre pasientrettigheter, som retten til vurdering, individuell plan, rett til valg av sykehus, rett til medvirkning og rett til, på visse vilkår, å få endret eller slettet deler av innholdet i medisinsk journal. Klager ble gitt medhold i ca. en tredel av tilfellene i 2005, i nær halvparten av tilfellene i 2006.

Det var i årene 2005 og 2006 også registrert henholdsvis 246 og 267 tilsynssaker mot spesialisthelsetjenesten med "psykiatri" som nærmestliggende medisinsk område. Flesteparten av disse sakene gjaldt begge årene forsvarlig behandling, men mange saker gjaldt også forsvarlig diagnostikk, undersøkelse eller medisinerings. En annen kategori saker gjaldt personellet oppførsel, som i 1995 gjaldt 18 saker og i 1996 gjaldt 27 saker. Det var også begge år et antall saker som gjaldt taushetsplikt og opplysningsrett og journalplikt. Utfallet i rundt 40 prosent av de sakene var i begge år "ingen bemerkning", mens utfallet for flerparten av de øvrige sakene fordelte seg på "råd og veiledning gitt" og "påpekt pliktbrudd".<sup>23</sup> Saker som vurderes som så alvorlige at de kan tenkes å medføre advarsel eller tilbakekall av autorisasjon, oversendes Statens helsetilsyn for behandling der. Rundt 20-30 saker ble begge år oversendt Statens helsetilsyn.

For å kunne trekke ut mer kunnskap om sviktområder i tjenestene, er det nødvendig å gå innholdsmessig inn i de enkelte sakene. Helsetilsynet har planlagt å foreta en gjennomgang og oppsummering av tilsynssaker og erfaring fra klagesaker innen psykisk helsevern i 2008.

23) Pliktbrudd brukes som betegnelse på situasjoner der helsepersonell ikke overholder plikter gitt i helsepersonelloven.



## 6 Drøfting og anbefalinger

### 6.1 Innledning

Formålet med den innsamlingen og sammenstillingen av kunnskap som presenteres i denne rapporten er å identifisere sårbare områder i tjenestene til personer med psykiske lidelser, og å avdekke hvor det er fare for svikt i tjenestetilbudet. Drøftingen er basert på temaer og problemstillinger som er formidlet i samtaler hos Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylkene, og på andre tilsynserfaringer. Vi vil sammenholde noen av disse erfaringene og vurderingene med funn i nyere forsknings- og evalueringsslitteratur på området.

Kunnskapen skal benyttes som grunnlag for å vurdere hva det er viktig at vi som tilsynsmyndighet griper tak i, undersøker nærmere, og eventuelt prioriterer for videre tilsynsvirksomhet. Som det framgår av St.prp. nr 1 for 2007, Satsningsområder for 2007, skal Statens helsetilsyn også "fortsett følge utviklingen når det gjelder tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser, herunder gjøre nødvendige forberedelser med sikte på landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til personer med psykiske lidelser i 2008 eller 2009". Dette tilsynet er som tidligere nevnt besluttet gjennomført i 2008.

Vi ønsker også å peke på noen utfordringer og problemstillinger som det ligger innenfor andre instansers ansvarsområder å følge opp videre.

Mange av de temaer og problemstillinger vi har fått presentert gjennom samtaler med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene er godt kjent både fra tidligere tilsyn og forskning. For eksempel var en av konklusjonene i den statusrapporten Statens helsetilsyn leverte til Helse- og omsorgsministeren i mars 2005 at det syntes å mangle en overordnet styring med tjenestene til mennesker med psykiske lidelser.<sup>24</sup> Videre har det vært et gjennomgående funn både i tilsyn og forskning at samarbeid og samhandling innen og mellom tjenestenivåene er utilstrekkelig. Også manglende sikring av individuell plan, svært varierende involvering fra fastleger i samarbeid om tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, svikt i håndteringen av henvisninger til spesialisthelsetjenesten, lange ventelister enkelte steder, og manglende kunnskap om, forståelse for og etterlevelse av deler av regelverket, er eksempler på viktige tema som vi kjenner fra før, og som er formidlet i samtalen.<sup>25</sup>

Vi vil samle noen momenter fra samtalen under de fire overskriftene organisering og samhandling, kapasitet og kompetanse, tilgjengelighet og tilpassede tjenestetilbud.

### 6.2 Organisering og samhandling

*Individuell plan – fra motvilje i spesialisthelsetjenesten til velvilje uten gjennomføringsevne i kommunene?*  
Et av de forholdene som trer klart fram i samtalen, er manglende, man-

24) Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Brev fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsministeren 17.3.2005.

25) Se for eksempel Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003, og Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004

gelfull og lite smidig samhandling innen og mellom nivåene i sosial- og helsetjenestene, og at dette kan få alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne. Det er en komplisert organisering av tjenester til mennesker med psykiske lidelser, med mange ulike enheter og instanser og mange ulike yrkesgrupper som skal samordne tenkning og tiltak. Erfaringer fra tilsyn tilsier at individuell plan mange steder og for mange pasienter ikke er tatt i bruk som det samarbeids- og planleggingsverktøyet det er ment å være. Riksrevisjonen har nylig undersøkt tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. En gjennomgang av 202 journaler viste at mindre enn tre prosent av pasientene hadde en individuell plan. Halvparten av poliklinikkene svarte at de i stor grad utarbeider utrednings- og behandlingsplaner for pasienten. Likevel var slike planer omtrent fraværende for de pasientene som journalgjennomgangen omfattet. Dette gjaldt også kommunene.<sup>26</sup>

Innføringen av individuell plan er også undersøkt av andre. Resultatene fra evalueringsstudier er ikke fullt så nedslående som Riksrevisjonens, men tyder likevel på at det er svært forskjellig hvor langt ulike kommuner og helseforetak har kommet.<sup>27</sup> Det er imidlertid ikke nødvendigvis tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som individuell plan legger opp til er ivaretatt.

Individuell plan er også undersøkt i en rekke landsomfattende og lokalt initierte tilsyn, og gjennom flere år, uten at situasjonen er dramatisk bedret. Vi er sterkt i tvil om tilsyn er det mest egnede virkemiddelet for å bidra til økt og forbedret bruk av verktøyet individuell plan. Samtidig kan tilsynsmyndigheten ikke unnlate å ha fokus på et så vesentlig tema som tilpassing, samarbeid og koordinering av tjenestetilbudene til den enkelte.

*Fastlegene og psykisk helsearbeid*  
Fastlegen er en viktig aktør i kommunehelsetjenesten. En intensjon med fastlegereformen var å bidra til større stabilitet i allmennlegetjenesten til befolkningen, ved at legene fikk et befolkningsansvar for pasienter på sin liste, og med mulighet for tettere oppfølging av hver enkelt over tid. Det framgår av både samtaler og tilsynene at fastleger mange steder har en relativt perifer rolle i forhold til personer med alvorlige psykiske lidelser i kommunene og i forhold til det øvrige kommunale tjenesteapparat. Fastlegens tilbud og involvering i psykisk helsearbeid har vært et viktig tema i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, og vært gjensstand for flere undersøkelser. Resultatene tyder på at tilgjengeligheten til fastlegen er god, men at det ofte ikke er tid, oppmerksomhet (og kompetanse) under selve konsultasjonen til å gå inn på de psykiske problemene i vesentlig grad. Tendensen er at fastleger følger opp somatiske problemstillinger og legemiddelbruk, er lite involvert i arbeidet med individuelle planer, sjelden fungerer som koordinator, og i liten grad samarbeider med andre kommunale deltjenester. Fastleger har et mer utstrakt samarbeid med psykisk helsevern enn med psykisk helsearbeid i kommunene, og oftere om yngre enn om eldre pasienter.<sup>28,29</sup>

**6.3 Kapasitet og kompetanse**

Målet om 2 300 nye årsverk til psykisk helsevern for voksne er snart nådd på nasjonalt nivå, og det har samtidig vært en stor økning i kvalifisert personell. Utviklingen har gått i retning av utjevning mellom regionene, og alle regionene vil nå bemanningsmålet dersom denne utviklingen fortsetter.

Antall årsverk per døgnplass har også økt betydelig, spesielt blant fagpersonell, som har økt fra 1,9 årsverk per døgnplass i 1998 til 2,8 årsverk i 2003. I tillegg har det skjedd en utjevning mellom regionene gjennom perioden.<sup>30</sup>

Også i kommunene har det skjedd en betydelig økning både i antall årsverk og heving av kompetanse hos dem som er ansatt.

Likevel pekes det i samtaler på at det mange steder er for dårlig tilgang på kvalifisert personell. I deler av barne- og ungdomspsykiatrien er det vansker

26) Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Riksrevisjonen Dokument 3:7 (2006 – 2007).

27) Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002 – 2005. Ved Myrvold TM. NBIR-rapport 2006:11.

28) Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Av Ådnanes M m.fl., SINTEF Helse 2005.

29) Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Av Ådnanes M og Bjørngaard JH, Rapport SINTEF Helse 2006.

30) Opptrappingsplanen etter fem år – utviklingen i helse-regionene. SINTEF Helse 2005.

med å rekruttere spesialister – både leger og psykologer. I kommunene er det særlig det utilstrekkelige faglige tilbudet til barn og unge i barnevernet som har vært trukket fram. I tillegg har flere lagt merke til at personellsituasjonen i små kommuner er sårbar, blant annet fordi hele tilbudet er avhengig av noen få personer som har de nødvendige kvalifikasjonene. Kompetansen i kommunene om barns og unges psykiske helse er utpekt som et særlig sårbart område. Dette gjelder også gruppen med dobbeldiagnoser.

En rapport som omhandler kommunenes organisering av psykisk helsearbeid konkluderer for det første med at psykisk helsearbeid for yngre aldersgrupper har en mer uklar forankring enn tjenestene til voksne, og for det andre at særlig små kommuner finner det problematisk at fagmiljøene blir for små. De greier derfor bare i begrenset grad å etablere nødvendige samarbeidsrelasjoner med andre kommuner eller med spesialisthelsetjenesten.<sup>31</sup>

Mange distriktpsykiatriske sentra sliter også med å rekruttere fagpersonell. Resultatet er lite målrettet arbeid, for dårlig utredning og diagnosesetting, mangel på behandlingsplaner, og til syvende og sist risiko for lite virksom eller uforsvarlig behandling. Det er påpekt i samtaleene at en del DPS-er ikke har ”de rette pasientene”, at de mangler legespesialister, at de har lang ventetid, ikke god nok oppfølging, og ikke yter adekvat behandling. Også i spesialisthelsetjenesten er pasienter med samtidig rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser anført å få et dårligere tilbud enn andre.

En rapport som oppsummerer data fra tre nasjonale kartlegginger av pasienter i psykisk helsevern og rustiltak i 2003 og 2004, konkluderer at flere pasienter med psykiske lidelser i rustiltakene manglet behandlingstilbud for sine psykiske lidelser på grunn av manglende kompetanse og kapasitet enn pasienter med bare rusmiddellidelser. Tilsvarende var det flere pasienter i psykisk helsevern som fikk utilstrekkelig behandlingstilbud for sitt rusmiddelmisbruk på grunn av manglende behandlingskom-

petanse enn andre pasienter.<sup>32</sup>

## 6.4 Tilgjengelighet til tjenester

Tilgjengelighet til tjenester har både fysiske (i tid og rom), geografiske, sosiale, kulturelle og språklige dimensjoner. God tilgjengelighet til tjenester forutsetter at det ikke er for store terskler av noen art for tilgangen. Tradisjonelt har tilgjengelighet vært vurdert på basis av tall for ventelister og ventetid. Men tilbud og etterspørsel påvirker hverandre, og ventetid vil derfor være utilstrekkelig som eneste parameter. Et annet aspekt ved tilgjengelighet vil være om tilbud er tilgjengelige uavhengig av bosted. Det indikerer om tilbud er likeverdig.

### *Tilgjengelighet for barn og unge*

Det fremgår av samtaleene at det har skjedd en endring i hvilke grupper som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien, og at det blant annet er langt flere enn tidligere som henvises for ADHD. En observert konsekvens er at tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester dermed er forringet for andre grupper. Det framgår også av samtaleene at tilgjengeligheten for kommunene til spesialisthelsetjenestens tjenester og veiledning mange steder ikke er god nok, og at dette også går ut over kvaliteten på det kommunale tilbudet.

En undersøkelse av hvordan behandlere og brukere vurderer behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge finner at behandlingstilbudet varierer geografisk og at det fortsatt er lang ventetid og kapasitetsproblemer.<sup>33</sup>

Riksrevisjonens nye undersøkelse,<sup>34</sup> som omhandler tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer konkluderer at behandlingstilbudet ikke er likeverdig. For eksempel er sammensetningen av kompetanse i poliklinikkene undersøkt. Et funn er at region nord samlet sett kommer dårligere ut med hensyn til andel spesialister i poliklinikkene enn resten av landet, og det stilles spørsmål ved om disse poliklinikkene har tilstrekkelig kompetanse til å møte behovet hos pasientene med de mest alvorlige problemene. Denne rapporten

31) Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering av tjenestetilbudet. Av Myrvold TM. NIBR-rapport 2004:12

32) Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Av Gråwe RW, SINTEF Helse 2006.

33) Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. Av Andersson HW. Rapport SINTEF Helse 2006.

34) Riksrevisjonen op.cit. Det er i undersøkelsen lagt til grunn statistiske data fra Samdata, NPR (Norsk pasientregister) og SSB, journaler, en spørreundersøkelse og dokumentgjennomgang. Spørreundersøkelsen omfatter alle landets poliklinikker, og dessuten helsestasjoner, PP-tjeneste og barnevern i 152 kommuner.



finner imidlertid ingen sammenheng mellom kapasitet og ventetid. Et svært interessant funn er at poliklinikkens vurdering av hva som er forsvarlig ventetid ved alvorlige psykiske reaksjoner for denne gruppa varierer mellom 7 og 180 dager. Dette bidrar også til manglende likeverdighet i tilbud. I fagmiljøet var det en klar oppfatning at mange pasienter venter lenger enn det som er faglig forsvarlig.

Riksrevisjonens undersøkelse finner at bare et fåtall av de kommunale tjenesteyterne har oversikt over hvor stor del av ressursene som går til barn og unge med psykiske problemer, og videre at kapasiteten i de kommunale tjenestene som er undersøkt (skolehelsetjeneste, PP-tjeneste og barnevern) varierer fra kommune til kommune. Det bemerkes også at det ikke finnes styringsinformasjon om hvor stor andel av personellinnsatsen i kommunene som brukes på psykisk helsearbeid generelt, eller på psykisk helsearbeid til barn og unge spesielt. Konklusjonen hva gjelder kommunene er at ”de geografiske forskjellene i kapasitet er så store at det reiser spørsmål ved om kommunene i tilstrekkelig grad prioriterer utbyggingen av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer”.<sup>35</sup>

#### *Voksne*

For en del voksne brukere gir også den tjenesteorganisering og tilbudsutforming enkelte kommuner har valgt beskrankninger i tilgjengeligheten. Dersom det ikke finnes oppsøkende tjenester, vil for eksempel mange ikke kunne nås. Det er også brukere som kan ha vel så store tjenestebehov om natten eller i helgen som på hverdager 9-16. Dersom alle ressurser er satt inn i hverdagstjenester, vil disse ikke få det tilbudet de trenger. Noen steder er også tjenestene lite synlige og vanskelige å finne fram til.

Resultater fra en landsomfattende registrering av 21 000 voksne i poliklinisk behandling i i psykisk helsevern to uker i september 2004, viser en økning på mer enn 50 prosent i antall behandlede pasienter siden 2000. Selv om vi vet at flere enn tidligere har lidelser som skyldes bruk av rusmidler, er ikke syk-

domsbilde og diagnoser endret i poliklinikkene. Bare seks prosent av pasientene var registrert med rusmisbruk. Det stilles derfor spørsmål om for få blir henvist, og om poliklinikkene har for liten kompetanse til å diagnostisere og behandle rusmisbrukere.<sup>36</sup>

Av poliklinikkteilingen framgår det videre at nesten 80 prosent av pasientene var mellom 18 og 50 år.<sup>37</sup> Det kan gi grunn for å stille spørsmål ved om eldre mennesker systematisk har dårligere tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester enn yngre. I en undersøkelse av hvordan kommunene vurderer distriktpsikiatriske tilbud, går det fram at kommuneansatte mente at pasienter med alderspsykiatriske lidelser får et dårlig tilbud. Det samme gjaldt pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk og pasienter med personlighetsforstyrrelser. Det er i denne undersøkelsen kommunale helse- og sosialtjenester og et utvalg fastleger i 45 kommuner og bydeler som har besvart et spørreskjema om hvordan de vurderte det distriktpsikiatriske senteret i området. Kommunene var minst fornøyd med ventetid på behandling og DPS-enes vilje til å ta på seg vanskelige saker. DPS-ene vurderes å gi best tilbud til de gruppene som tradisjonelt har vært viktige målgrupper, mens pasienter som krever mer sammensatt kompetanse, ifølge kommunene får dårligere tilbud enn andre.<sup>38</sup>

### **6.5 Er tjenestetilbudet tilpasset pasientenes behov?**

Gjennom samtalen har flere omtalt at det er en del grupper som faller utenfor eller ikke ivaretas tilstrekkelig i det ordinære tjenestetilbudet. Dette gjelder blant annet brukere med store og sammensatte behov, for eksempel psykoselidelser eller dobbeldiagnoser (rus eller psykisk utviklingshemming). Andre grupper som er nevnt, er barn av rusmiddelmisbrukere og barn og unge av psykisk syke foreldre, eldre med psykiske lidelser, personer med ADHD og innvandrere, flyktninger og asylsøkere. De som behandler kan ikke nok, og mangler gode virkemidler.

35) Riksrevisjonens op.cit.

36) Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne. Gråwe RW m.fl. SINTEF Helse 2005.

37) Gråwe RW 2005.

38) Kommunenes vurdering av distriktpsikiatriske tilbud. SINTEF Helse 2006.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i flere fylker vurderte at det er kommunene som har ansvar for mange av de aller sykeste pasientene. Erfaringen er at en del brukere med langvarige og sammensatte behov trenger kompetanse det er knapphet på, og noen trenger minimum to personell hele døgnet. Mange av disse passer ikke inn i DPS, men de tilbudene kommunene har, er heller ikke tilpasset behovene. Det skorter mange steder både på kapasitet og på nødvendig kompetanse.

Et annet moment, er at det er grupper som kommunene ikke har adekvate tilbud til. I dette bildet hører det med at det er store udekkede boligbehov, i tillegg til at en del har boliger som ikke er egnet. For noen tjenestemottakere, for eksempel personer med dobbeldiagnoser, erfarer fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene at mange kommuner finner det vanskelig å etablere boligtilbud med tilstrekkelige tjenester – og tjenester som brukerne ønsker å ta imot. Resultatet er at mange voksne med langvarige og sammensatte behov som bor i egen bolig ikke får et forsvarelig tjenestetilbud.

Det har vært gjort ulike forsøk på å estimere omfanget av udekkede boligbehov. Registreringen av pasienter i døgnavdelinger i november 2003 finner at det er i overkant av 1000 pasienter som ikke har egen bolig.<sup>39</sup> En nyere gjennomgang av boligbehov foretatt av SINTEF Byggforsk, basert på flere ulike kilder, konkluderer at det trengs rundt 3500 flere boliger enn hva kommunene har fått tilsagn om per 2004.<sup>40</sup>

Det er likevel ikke bare et spørsmål om å skaffe til veie et tilstrekkelig antall boliger, utfordringen er også å få etablert tilpassede tjenester i bolig. En kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser utført av FAFO i 2005, omfattet både personer som bodde i kommunene og personer som bodde i institusjoner, men som det var planlagt skulle flytte tilbake til hjemkommunen. Et hovedfunn var at hele tre av fem institusjonspasienter var vurdert å trenge heldøgns hjelp når de skulle flytte tilbake til kommunen, og dette

gjaldt over halvparten av pasientene hjemmehørende i Oslo. Bare i underkant av ti prosent var vurdert å trenge hjelp av og til. Også i denne kartleggingen kom det fram at gruppen med dobbeldiagnoser var ansett ikke å få den hjelpen de har behov for, blant annet grunnet manglende kompetanse lokalt.<sup>41</sup> Men i tillegg er det et problem både for de enkeltbrukerne det gjelder og for kapasiteten i psykisk helsevern, at et antall pasienter i døgnavdelingene i psykisk helsevern ikke kan tilbakeføres til kommunene på grunn av manglende tilbud der. En del av disse trenger et svært omfattende og sammensatt tilbud.

## 6.6 Planlagte tiltak og anbefalinger om videre arbeid

Det har foregått en stor omlegging og en formidabel volumøkning på dette tjenestefeltet. Flere mennesker mottar flere tjenester og med bedre kvalitet, enn for få år tilbake.

I mange tilfeller er det likevel ikke tjeneste- og tilbudsbehovet hos befolkningen, men fagpersonenes kompetanse som styrer tilbudene. Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, er det dokumentert manglende samsvar mellom problem og kompetanse.

*Tiltak for tilsynsmyndighetene*  
Med bakgrunn i de funn som framkommer i rapporten, ser Statens helse-tilsyn det som nødvendig med ytterligere tilsynsaktivitet rettet mot tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. I tillegg til ferdigstilling av foreliggende rapport, skal Helsetilsynet gjennomføre et landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser i 2007. I tillegg skal det utarbeides en rapport fra prosjektet om selvmord i psykisk helsevern.

I 2008 er det planlagt følgende tilsynsaktiviteter rettet mot tjenester til personer med psykiske lidelser:

- Oppsummeringsrapport om erfaringer og funn etter landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med

39) Bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport fra Helse-tilsynet 4/2006.

40) Boligbehov i psykisk helsevern. Byggforsknotat 77. SINTEF Byggforsk 2005.

41) Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. Hansen ILS og Ytrehus S, FAFO 2005.

psykiske lidelser. Videre oppfølging fra tilsynsmyndighetenes side blir vurdert

- Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser
- Landsomfattende tilsyn med kommunale barnevern og sosial- og helse-tjenester til barn i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet
- Samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet om barns behov for helhetlige sosial- og helsetjenester. Behovet for å innhente særskilt kunnskap om sosial- og helsetjenester til barn generelt og spesielt om barne- og ungdomspsykiatriens tilbud til barn som mottar tjenester fra kommunalt eller statlig barnevern, vil bli vurdert
- Tilsynsaktiviteter rettet mot korridor-pasienter i psykiatriske akuttposter/korttidsavdelinger
- Gjennomgang og oppsummering av tilsynssaker og erfaring fra klagesaker innenfor psykisk helsevern
- Fortsette innhenting av kunnskap om helsetjenester til psykisk utviklingshemmede og autister som er påbegynt i 2007

#### *Forslag til tiltak innen andre instansers ansvarsområde*

Tilbud om bolig og om forskjellige former for tilrettelagte boligløsninger er en viktig del av kommunenes arbeid overfor voksne med psykiske lidelser. Psykisk syke kan ha vanskeligheter med å få innpass på det ordinære boligmarkedet. Redusert boevne kan være en vesentlig del av sykdomsbildet, slik at det også er nødvendig med boligløsninger som er særskilt tilrettelagt. Disse problemstillingene er viet mye plass i Sosial- og helsedirektoratets veileder om Psykisk helsearbeid for voksne.<sup>42</sup> Tematisk sett burde kommunens arbeid med å skaffe egnede boliger ha inngått i det landsomfattende tilsynet som pågår i 2007. I henhold til sosialtjenesteloven § 3-4 har kommunen plikt til å ”medvirke til å skaffe boliger til personer

som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker”. Kommunens plikt på dette området er relativt svakt regulert, og gir ingen rettigheter til innbyggerne. Bestemmelsen faller også utenfor de områder Fylkesmannen har hjemmel til å føre tilsyn med, og kunne derfor ikke inngå som del av dette tilsynet. Det å bo er et grunnleggende behov, og dessuten en forutsetning for å kunne motta nødvendige sosial- og helsetjenester. Det er trolig personer som går glipp av de tjenestene de har behov for fordi de ikke har en bolig. Derfor mener Statens helsetilsyn at berørte departementer, i tillegg til økonomiske og pedagogiske virkemidler som statlige handlingsplaner mv., bør vurdere å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting.

Et tilstrekkelig tjenestetilbud med for-svarlig kvalitet forutsetter nødvendig kompetanse. For å sikre den kompetansen som trengs både i kommunene og i spesialisthelsetjenestens ulike deler, kan det synes å være behov for at det i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse vurderes om det finnes andre virkemidler enn tilbud om kompetanseoppbygging. Blant annet kan det synes å være behov for å en normering og tydeliggjøring av kvalifikasjonskrav for ulike oppgaver, og for å ta i bruk enda sterkere virkemidler for å øke konsensusen om faglige tilnærminger. Situasjonen utfordrer spesielt de regionale helseforetakene som skal sørge for tjenester som kan imøtekomme de behovene brukerne faktisk har. RHF-ene har et overordnet styringsansvar. I dette ligger et ansvar for å planlegge og å iverksette nødvendige tiltak for å skaffe forsvarlige tilbud i et tilstrekkelig omfang til mange ulike grupper, inklusive eldre mennesker med psykiske lidelser, innvandrere og flyktninger, personer med dobbeldiagnoser og barn og unge.

Helsetilsynet har hatt fokus på samhandling og samarbeid innen og mellom nivåer og/eller sektorer i alle de senere års landsomfattende tilsyn, også på

42) Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder. Sosial- og helsedirektoratet 2005.

psykisk helsefeltet. Det blir gjennom tilsyn og enkeltsaker bekreftet at det ofte er her det svikter; utskrevne pasienter blir ikke forsvarlig tatt imot eller fulgt opp, det er mange steder lang ventetid på behandling, tiltak fra ulike instanser i kommunen er ikke godt nok koordinert, osv. Det påligger alle ansvarlige aktører et stort ansvar for å bedre denne situasjonen.

De regionale helseforetakene må ha oversikt over hvordan helseforetakene og de forskjellige underliggende tjenestestedene samvirker.

Helseforetakene må sørge for en funksjonell fordeling av oppgaver, personell og kompetanse og legge praktisk til rette for at de ulike enhetene trekker i samme retning. Kommunene på sin side må ta sin del av ansvaret for å yte de tjenestene som trengs.

Vi vil i denne sammenheng særlig minne om at spesialisthelsetjenesten er gitt en særlig plikt gjennom veiledningsplikten til å gi kommunehelsetjenesten råd og veiledning, jf spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Veiledningsplikten har som målsetting å bidra til å skape en helhetlig helsetjeneste, og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsning og kvalitetsbrudd som konsekvens.

Veiledningsplikten gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunen har eller overtar ansvaret for, og i forhold til kommunehelsetjenestens generelle lovpålagte oppgaver. Plikten er absolutt i den forstand at veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten kan altså ikke unnlate å oppfylle plikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning.<sup>43</sup>

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) forutsettes det at alle kommuner og respektive helseforetak innen utløpet av 2005 skulle ha etablert et fast, strukturert samarbeid om psykiske tjenester både til barn, unge og voksne:

”Det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk sam-

beid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Brukerorganisasjonene forutsettes trukket inn i samarbeidet. Kommunene forutsettes innen samme tidsfrist å ha etablert fast samarbeid med brukere/pårørende og/eller deres organisasjoner. Kommuner og foretak vil bli bedt om å utarbeide felles skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuell plan. I 2005 vil etablerte skriftlige rutiner bli satt som vilkår for øremerkede tilskudd til kommunene.”

Vi oppfatter dette som en svært sterk føring, og som konkretiserer noen av de kravene som er gitt av veiledningsplikten. Det vil antakelig være nødvendig at ansvarlige instanser følger opp både om disse avtalene er på plass og om de gjennomføres.

43) Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001. Rapport fra Helsetilsynet 10/2002.

## Litteraturliste

- Andersson HW, Ose SO, Sitter M. Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. Rapport STF 78 A055009. Oslo: SINTEF Helse, 2005
- Bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport fra Helsetilsynet 4/2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006. Finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).
- Dyb, E og Nordlund. Boligbehov i psykisk helsevern: kartlegging av behov for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser 2005-2008. H S Byggforsknotat: bolig, bygd, miljø og samfunn; 77. Oslo: Norges Byggforskningssinstitutt (nå SINTEF Byggforsk), 2005
- Gråwe RW et al. Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne - september 2004. Rapport STF 78 A055013, Oslo: SINTEF Helse, 2005
- Gråwe RW og Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Rapport SINTEF A59. Oslo: SINTEF Helse, 2006
- Hansen ILS og Ytrehus S. Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. FAFO-rapport 494. Oslo: FAFO, 2005. Finnes i fulltekst på [www.faf.no](http://www.faf.no).
- Medisinalmelding 2005. Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Helseavdelingen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Oslo: Fylkesmannen, 2006. Finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).
- Meldesentralen – årsrapport 2005. Rapport fra Helsetilsynet 1/2007, Oslo: Statens helsetilsyn, 2007. Finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).
- Myrvold TM. Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005. NIBR-rapport 2006:11. Oslo: NIBR, 2006. Finnes i fulltekst på [www.nibr.no](http://www.nibr.no).
- Myrvold TM. Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering av tjenestetilbudet. NIBR-rapport 2004:12. Oslo: NIBR, 2004
- Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004, Oslo: Statens helsetilsyn, 2004. Finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).
- Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003. Finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).
- Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Veileder IS-1405. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007. Finnes i fulltekst på [www.shdir.no](http://www.shdir.no).



Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder IS-1332. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet IS-1332 2005. Finnes i fulltekst på [www.shdir.no](http://www.shdir.no).

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr 3:7 (2006-2007). Oslo: Riksrevisjonen, 2007. Finnes i fulltekst på [www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no).

Ruud T. Kommunenes vurdering av distriktpsikiatriske tilbud. Rapport SINTEF A259. Oslo: SINTEF Helse, 2006

SAMDATA Psykisk helsevern 2005. Rapport 2/06. Oslo: SINTEF Helse, 2006

St.prp. nr. 1 (2004-2005). Statsbudsjettet for 2005 Helse- og omsorgsdepartementet. Finnes i fulltekst på [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).

Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Brev fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsministeren 17.3.2005. Finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Ådnanes M og Bjørngaard JH. Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Rapport SINTEF A230. Oslo: SINTEF Helse, 2006

Ådnanes M, Kalset J og Ose S: Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Rapport STF 78 A55004. Oslo: SINTEF Helse, 2005

Ådnanes M, Kalset J og Ose S. Opptrappingsplanen etter fem år – utviklingen i helseregionene. Rapport STF 78 A055004, Oslo: SINTEF Helse, 2005.

## Tilsyn med tjenestene til barn og unge med psykiske problemer

### Østfold

- Sykehuset Østfold HF Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Moss (2006)
- Sykehuset Østfold HF Divisjon for psykisk helsevern Post 20 Veum (2005)

### Hedmark

- Helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer ved Sykehuset Innlandet HF, BUP Hamar og Østerdalen, poliklinikken i Hamar (2006)
- Helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i Stange kommune (2006)

### Vestfold

- Psykiatrien i Vestfold HF (PiV HF), Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) (2005)

### Møre og Romsdal

- Helse Sunnmøre HF Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Ålesund
- Helse Nordmøre og Romsdal Psykisk helsevern poliklinikk Molde

### Sør-Trøndelag

- St. Olavs Hospital HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, poliklinikken i Klostergata i Trondheim
- Rissa kommune

### Nord-Trøndelag

- Helse Nord-Trøndelag HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, poliklinikken på sykehuset Levanger

## Tilsyn med tjenestene til voksne med psykiske lidelser

### Oslo og Akershus

- Ullevål universitetssykehus HF, Regional avdeling for spiseforstyrrelser (2006)
- Lovisenberg Diakonale Sykehus – tilsyn med tilbud til akuttpsykiatriske pasienter (2005)
- Diakonhjemmet sykehus AS – tilsyn med tilbud til akuttpsykiatriske pasienter (2005)
- Aker universitetssykehus HF – tilsyn med tilbud til akuttpsykiatriske pasienter (2005)
- Ullevål universitetssykehus HF – tilsyn med tilbud til akuttpsykiatriske pasienter (2005)
- Sykehuset Asker og Bærum HF – tilsyn med tilbud til akuttpsykiatriske pasienter (2005)
- Akershus Universitetssykehus HF – tilsyn med tilbud til akuttpsykiatriske pasienter (2005)

### **Buskerud**

- Psykiatrisk klinikk, Psykiatrisk avdeling Lier, ved Sykehuset Buskerud HF (2006)

### **Vestfold**

- Tilsyn med kvalitetsarbeid ved Psykiatrien i Vestfold HF, Psykiatrisk fylkesavdeling (2005)
- Søndre Vestfold DPS, Psykiatrien i Vestfold HF (2005)

### **Telemark**

- Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark HF (2005)

### **Aust-Agder**

- Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus HF, Arendal (2005)

### **Vest-Agder**

- Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand (2005)

### **Rogaland**

- Helse Stavanger HF, Ryfylke DPS Randaberg (2006)
- Helse Stavanger HF, Gauselskogen utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsenhet (2006)
- Helse Stavanger HF, Alderspsykiatrisk poliklinikk, Psykiatrisk klinikk (2005)

### **Hordaland**

- Helse Bergen HF, Fjell og Årstad DPS, Seksjon Knappentunet (2006)
- Helse Bergen HF, Poliklinikk for voksne, Voksenpsykiatrisk senter, Betanien DPS (2005)
- Helse- og sosialtenester til voksne personar med psykisk sjukdom Bergen kommune, tenesteområde Laksevåg (2005)
- Helse- og sosialtenester til voksne personar med psykisk sjukdom i Bergen kommune, tenesteområde Årstad (2006)
- Helse- og sosialtenester til voksne personar med psykisk sjukdom i Fjell kommune (2006)
- Helse- og sosialtenester til voksne personar med psykisk sjukdom Øygarden kommune (2006)

### **Sogn og Fjordane**

- Indre Sogn psykiatrisenter (2006)
- Psykiatrisk klinikk, Førde sentralsjukehus (2005)
- Nordfjord psykiatrisenter (2005)

### **Sør-Trøndelag**

- Sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser i Oppdal kommune (2005)
- Sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser i Frøya kommune (2005)
- Sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser i Selbu kommune (2005)

## Bálvalusfálaldat olbmuide geain leat psyhkalaš gillámušat

### Dearvvašvuodageahču Raportta 8/2007 čoahkkáigeassu

Stáhta dearvvašvuodageahčču háliida dáinna raporttain gaskkustit iežamet vásáhusaid geahčus mii lea leamaš dearvvašvuodafálaldagaid hárrái olbmuide geain leat psyhkalaš gillámušat. Raporttas bohtet ovdan makkár hástalusaid spesialistadearvva švuodabálvalus ja suohkanat deaividit, ja gokko min mielas berre lasihit resurssaid ja gelbbolašvuoda buoridan dihte fálaldaga.

Raporttas bohtet ovdan vásáhusat ja gávdnosat geahčuin 2005:s ja 2006:s. Doppe čilgejuvvojit vásáhusat, árvvoštallamat ja oainnut mat leat bohtán ovdan ságastallamiin muhtun fylkkaid Dearvvašvuodageahčuiguin ja fylkkamánniiguin. Loahpas árvvoštallojuvvojit geahččovásáhusat odđaset dutkan- ja evalueringirjjálašvuoda olis.

Ollu suohkanat ja ásahusat rahčēt bargiid rekrutteremiin ja doalahemiin, ja maddái dohkálaš fálaldagaid organisermiin oalle iešgudetlágán olbmuide. Váikkuhussan dás lea ahte soames joavkkuide lea váddáseabbo oážžut fálaldaga, ja ahte lea unnán ulbmillaš bargu. Vaikko fálaldat lea ollu jagiid nannejuvvon, de lea ain váilevaš bálvalus oallugiidda geat dárbbahivčče viiddis ja mánggabealat fálaldagaid, ja dat leat unnán heivehuvvon dárbbuide. Dan dihte berre árvvoštallojuvvo leat go váikkuhandoaimmat doarvái buorit.

Geahččoeiseválddit fuolastuvvet dainna go mángga sajis lea unnán máhttu njuolggadusaid birra, ja go maddái lea unnán áddejupmi dasa ahte njuolggadusaid ulbmil lea sihkkarastit dohkálaš divššu ja vuhtii váldit vudolaš riektesihkarvuoda.

Stáhta dearvvašvuodageahčču ávžžuha guoskevaš departemeantta árvvoštallat čavget suohkaniid geatnegasvuoda háhkat ruovttuhis olbmuide, geain leat psyhkalaš gillámušat, orrunsaaji vuoigatvuoda nannema bokte. Psyhkalaš dearvvašvuoda buorideami plána (Opptappingsplanen for psykisk helse) olis berre árvvoštallojuvvo movt sihkkarastit dárbbášlaš gelbbolašvuoda buot dásiin. Bálvalusain lea iešheanalís geatnegasvuodta buoridit ovttasdoaimmama iešgudet surggiid ja dásiid gaskka, ja dáidá maid leat dárbbášlaš čuovvolit gustovaš ovttasbargošiehtadusaid suohkaniid ja dearvvašvuodadoaimmahagaid gaskka, gč. St.prp. nr. 1 (2004-2005).

## Services for People with Mental Disorders

### Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 8/2007

The aim of this report is to share our experiences gained from supervision of services for people with mental disorders. In the report, we identify challenges for specialist health services and the municipalities, and we describe areas that in our view require extra resources and more and better skilled personnel in order to improve the services.

The report presents the results of supervision carried out in 2005 and 2006. We describe our experiences, assessments and opinions based on interviews with a selection of the Norwegian Board of Health Supervision in the Counties and the Offices of the County Governors. Finally, experience gained from supervision is discussed in the light of recent research results.

Many municipalities and health institutions struggle to recruit and keep hold of personnel, and to organize services that are in line with sound professional standards to groups of people with greatly differing needs. The result can be reduced availability of services for certain groups, and services that are not entirely appropriate for the people they are aimed at. Despite significant improvements over the last few years, services for many people who need comprehensive and varied services are still inadequate and often not adapted to individual needs. It should therefore be considered whether the measures provided are good enough.

The supervision authorities are concerned that in many places there is insufficient knowledge about the legislation and little understanding about the significance of the legislation for ensuring provision of treatment that is in line with sound professional standards and that meets people's basic legal rights.

The Norwegian Board of Health Supervision recommends that the relevant ministries should give homeless people with mental disorders the right established by law to permanent housing. In connection with the development plan for mental health, it should be considered using more effective means to ensure that necessary skills and competence are available at all levels. The services have responsibility for improving cooperation between different sectors and levels. It may also be necessary to follow up agreements for cooperation between the municipalities and the health trusts, in accordance with the Proposition to the Storting No.1 (2004-2005).



# 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 sykdommar og kreftsjukdommar 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 utviklingshemming

**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](http://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](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## 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 utviklingshemming

**6/2007** Klager på økonomisk stønad. En analyse av fylkesmennenes klagesaksbehandling etter kapittel 5 i sosialtjenesteloven for årene 1995–2005

**7/2007** Klagesaker etter sosialtjenesteloven 2006 – sammenstilling av fylkesmennenes rapportering

**8/2007** Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser

## 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](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

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](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 8/2007

### **Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser**

Statens helsetilsyn vil med denne rapporten formidle våre tilsynserfaringer om tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. I rapporten identifiseres utfordringer spesialisthelsetjenesten og kommunene står overfor, og områder der det etter vårt syn bør settes inn ressurser og kompetanse for å bedre tilbudet.

I rapporten presenteres erfaringer og funn fra tilsyn i 2005 og 2006. Det redegjøres for erfaringer, vurderinger og synspunkter fra samtaler med fylkesmenn og Helsetilsynet i et utvalg fylker. Til slutt drøftes tilsynserfaringene i lys av nyere forsknings- og evalueringslitteratur.

Mange kommuner og virksomheter strever med å rekruttere og beholde personell, og med å organisere et faglig forsvarlig tilbud til en svært ulikeartet gruppe. Konsekvensene er redusert tilgjengelighet til tjenester for enkelte grupper, og lite målrettet arbeid. Til tross for betydelig styrking over flere år, er tjenestene til mange av dem som trenger omfattende og sammensatte tilbud fortsatt utilstrekkelige, og i liten grad tilpasset behovene. Det bør derfor vurderes om virkemidlene er gode nok.

Tilsynsmyndigheten er bekymret for at det mange steder er dårlig kompetanse om regelverket, og også liten forståelse for regelverkets betydning for å sikre forsvarlig behandling og ivaretagelse av grunnleggende rettssikkerhet.

Statens helsetilsyn anbefaler at berørte departementer vurderer å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bostedsløse mennesker med psykiske lidelser bolig gjennom rettighetsfesting. I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse bør det vurderes nye og sterkere virkemidler for å sikre nødvendig kompetanse i alle ledd. Tjenestene har et selvstendig ansvar for å bedre samvirket mellom ulike sektorer og nivåer, antakeligvis vil det også være nødvendig å følge opp inngåtte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005).