

**Vedlegg til brev av 13. desember 2007 fra Statens helsetilsyn
til Helse- og omsorgsdepartementet**

**Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere:
Oppsummering og vurdering av funn og
erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006**

Saksbehandler: rådgiver Anne Werner, avd. II, 5. desember 2007

Godkjent av: avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig, avd. II, 12. desember 2007

Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	4
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn og formål	6
1.2 Avgrensninger og begrepet "tilsynserfaring"	7
2 Materiale og metode	9
2.1 (Kunnskaps)kilder: Statens helsetilsyns tilsynsaktiviteter på rusområdet i 2004-2006 ..	9
2.2 (Arbeids)metode.....	9
3. Resultater basert på systematisering og oppsummering av tilsynserfaringer på rusområdet i 2004-2006	12
3.1 Innledning	12
3.2 Tjenestetilbudets tilgjengelighet	14
3.2.1 Innledning	14
3.2.2 Manglende kapasitet.....	15
3.2.3 Geografiske forskjeller, ulik praksis eller andre variasjoner i tilgjengelighet	16
3.3 Tjenestetilbudets innhold	18
3.3.1 Innledning	18
3.3.2 Mangelfull kompetanse i tjenestene	19
3.3.3 Mangelfull kvalitet på tjenestene.....	19
3.3.4 Mangelfull etterlevelse av faglige retningslinjer og manglende retningslinjer.....	22
3.4 Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere og myndighetskrav	24
3.4.1 Innledning	24
3.4.2 Manglende kunnskap om myndighetskrav	25
3.4.3 Svakheter eller begrensninger ved lovgivningen.....	25
3.5 Tjenestetilbudets helhet og sammenheng	29
3.5.1 Innledning	29
3.5.2 Manglende samordning og tilretteleggelse for samarbeid.....	29
3.5.3 Manglende helhetlige og sammenhengende tjenester	31
3.5.4 Kommunens helhetlige ansvar for tjenestetilbudet - en særlig utfordring	32
3.6 Kunnskap om tjenestetilbudet	33
3.6.1 Innledning	33
3.6.2 Manglende kunnskap om behandlingsbehov og tjenestetilbudets tilgjengelighet	33
3.6.3 Manglende kunnskap om innholdet i tjenestetilbudet	34
3.6.4 Manglende lærings- og forbedringsarbeid i tjenestene.....	35
4. Statens helsetilsyns tiltak basert på tilsynserfaringer fra rusområdet i 2004-2006	38
4.1 Innledning.....	38
4.2 Statens helsetilsyns formidling av resultater og vurderinger	39
4.3 Tilsynserfaringer og politiske prioriteringer.....	40
5. Statens helsetilsyns vurderinger og konklusjon	42
5.1 Statens helsetilsyns vurderinger	42
5.2 Konklusjon	44
Litteraturliste	47

Vedlegg 1 Resultater fra tilsynsaktiviteter på rusområdet i 2004-2006	50
1.1 Tilsynsaktiviteter og funn på rusområdet i 2004	50
1.1.1 Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbudet	50
1.1.2 Kunnskapskilder om sosialtjenesten - med relevans for tilsynsmyndigheten.....	51
1.1.3 Landsomfattende tilsyn i 2004 med sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere	52
1.1.4 Pleie- og omsorgstjenester på strekk	52
1.1.5 Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2004	53
1.1.6 Vanedannende legemidler til rusmiddelmissbrukere (2004).....	54
1.2 Tilsynsaktiviteter og funn på rusområdet i 2005	55
1.2.1 Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?	55
1.2.2 Kartlegging av visse problemstillinger knyttet til tilbudet om LAR høsten 2005	56
1.2.3 Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2005	56
1.2.4 Behandling med vanedannende legemidler (2005)	57
1.3 Tilsynsaktiviteter og funn på rusområdet i 2006	58
1.3.1 "Kjem du levande inn, kjem du levande ut..."	58
1.3.2 Landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere .	58
1.3.3 Fem fylkesmannsembeter om sårbarhet og fare for svikt i sosialkontortjenesten	59
1.3.4 Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3	60
1.3.5 Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2006	61
1.3.6 Rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering (jf. fv1. § 35-saker)	61
1.3.7 Journalens innhold mangelfull - særlig ved rusbehandling	64

Sammendrag

Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere har gjennom flere år vært et prioritert område i Statens helsetilsyn. Formålet med denne oppsummering er å gi en samlet fremstilling av funn og erfaringer fra forskjellige tilsynsaktiviteter som Statens helsetilsyn har utført på rusområdet i treårsperioden etter rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Bakgrunnen for oppsummeringen er at vi fremfor å gjøre en ny kunnskapsinnhenting snarere anser det som viktig av vi nå sammenstiller våre erfaringer fra tilsynsaktiviteter på rusområdet¹, jamfør tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementets til Statens helsetilsyn den 22. januar 2007 hvor det står at Statens helsetilsyn skal "vurdere videre kunnskapsinnhenting på rusområdet." Oppsummeringen inngår som del av dette arbeidet. En slik systematisk oppsummering kan gi kunnskap om, og eventuelt hvor, det vil være viktig med ytterligere tilsynsaktiviteter på rusområdet i årene fremover - eller om det på nåværende tidspunkt er andre instanser som bør stå for videre oppfølging og iverksetting av tiltak.

Oppsummeringen er hovedsakelig basert på tidligere publiserte rapporter, artikler og brev fra Statens helsetilsyn i perioden 2004-2006. Det er først og fremst områder hvor vi har funnet svikt eller fare for svikt i tjenestetilbudet som beskrives, og ikke områder som synes å fungere godt. Kunnskapskildene som oppsummeringen bygger på gir verken et helhetlig bilde eller en fullstendig tilstandsvurdering av den enkelte tjenesten og det samlede tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Likevel kan de utfordringene, manglene og problemstillingene vi har funnet, også være aktuelle for det tjenestelandskapet som vi ikke har innhentet informasjon fra.

Resultatene fra de ulike tilsynsaktivitetene som Statens helsetilsyn har utført i perioden 2004-2006 viser at vi har funnet svikt og fare for svikt på en rekke områder når det gjelder tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Sammenstillingen viser følgende problemområder:

- Tjenestetilbudets tilgjengelighet:

¹ Med rusområdet menes her sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, og med rusmiddelmissbruk menes misbruk av alle typer rusmidler, både alkohol, narkotika og legemidler eller blanding av rusmidler.

Resultatene viser manglende tilgjengelighet eller begrensninger i tjenestetilbudets tilgjengelighet for rusmiddelmissbrukere. Dette synes å handle om både manglende kapasitet og geografiske forskjeller, ulik praksis eller andre variasjoner i tilgjengelighet, herunder tjenester som ikke anvendes i forhold til eller ikke er tilpasset rusmiddelmissbrukere.

- Tjenestetilbudets innhold:
Resultatene viser fare for svikt i innholdet i tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Dette synes dels å gjelde behovet for (nødvendig og tilstrekkelig) kompetanse i tjenestene, kvaliteten på tjenestene og (manglende eller mangelfull etterlevelse av) faglige retningslinjer i/for tjenestene.
- Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere og myndighetskrav:
Resultatene viser manglende etterlevelse av myndighetskrav, dels som følge av manglende kunnskap om lovbestemmelsene, og dels som følge av svakheter eller begrensninger i lovgivningen.
- Tjenestetilbudets helhet og sammenheng:
Resultatene viser manglende helhetlige og sammenhengende tjenester. Fragmentert organisering av tjenestene synes å bidra til manglende eller mangelfull samordning og tilretteleggelse for samarbeid innen og mellom behandlingsnivåer, inkludert mellom sosialtjenesten og helsetjenesten. Utfordringene synes særlig å gjelde kommunens helhetlige ansvar for sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere.
- Kunnskap om tjenestetilbudet:
Resultatene viser manglende eller mangelfull systematisk registrering og kunnskap på så vel nasjonalt nivå som i den enkelte tjeneste. Dette gjelder rusmiddelmissbrukeres behandlingsbehov, tjenestetilbudets tilgjengelighet og kapasitet. Virksomhetene synes dessuten å mangle systemer for lærings- og forbedringsarbeid.

De brudd på myndighetskravene som påpekes i de landsomfattende tilsynene blir fulgt opp av tilsynsmyndighetene i det enkelte fylket. Påpekte avvik blir fulgt opp til de er lukket.

Det ligger i Statens helsetilsyns mandat å gripe inn når vi får kunnskap om virksomheter eller helsepersonell som utøver sin virksomhet i strid med lovgivningen. I tillegg vurderes status og behov for ny tilsynsaktivitet på rusområdet i den årlige prosessen for prioritering av tilsyn.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere har gjennom flere år vært et prioritert område i Statens helsetilsyn. Med rusreformen, som trådte i kraft 1. januar 2004, ble ansvaret for behandling av rusmiddelmissbrukere overført fra fylkeskommunene til spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene (RHF).² Rusmiddelmissbrukere som henvises til tverrfaglige spesialiserte tjenester har med dette fått pasientrettigheter på linje med andre som henvises til spesialisthelsetjenesten. Stortingets overordnede mål med rusreformen er å sikre at hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere blir bedre og mer helhetlig; at tjenestene blir mer samordnet, slik at også behandlingsresultatene blir bedre (1). Ansvaret for tjenestene skal bli mer klargjort og gråsonene mellom rusbehandling, psykiatri og somatisk medisin skal bli redusert (2). Det skal dessuten kunne stilles samme krav til behandlingsapparatet overfor rusmiddelmissbrukere som man ellers stiller overfor spesialisthelsetjenesten.

Som tilsynsmyndighet er det vår oppgave å følge med på at regelverket etterleves i så vel spesialisthelsetjenestene som de kommunale sosial- og helsetjenestene. I Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Statens helsetilsyn den 22. januar 2007 står det følgende om satsningsområdet for 2007 på rusområdet:

"På bakgrunn av landsomfattende tilsyn i 2004 og 2006, kartleggingen av øyeblikkelig hjelp ved overdoser og oppsummering av materialet om LAR-tiltakene, skal Statens helsetilsyn vurdere videre kunnskapsinnhenting på rusområdet."

² Staten ved de regionale helseforetakene overtok ansvaret for de 32 fylkeskommunale behandlingstiltakene til rusmiddelmissbrukere. I tillegg trådte de regionale helseforetakene inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med private behandlingstiltak, som totalt utgjorde 42 tiltak. Som en følge av rusreformen ble også ansvaret for organiseringen av de legemiddelassisterte rehabiliteringene (LAR) overført til de regionale helseforetakene (1).

Denne oppsummeringen inngår som del av dette arbeidet.

Formålet med oppsummeringen er å gi en samlet fremstilling av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter utført av Statens helsetilsyn³ på rusområdet i perioden 2004-2006. Med rusområdet menes her sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Med rusmiddelmissbruk menes misbruk av alle typer rusmidler, både alkohol, narkotika og legemidler eller blanding av rusmidler.

Bakgrunnen for oppsummeringen er at vi fremfor å gjøre en ny kunnskapsinnhenting snarere anser det som viktig at vi nå sammenstiller våre erfaringer fra tilsynsaktiviteter med tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. En slik systematisk oppsummering kan gi kunnskap om, og eventuelt hvor, det vil være viktig med tilsynsaktiviteter på rusområdet i årene fremover - eller om det nå er andre instanser som bør stå for videre oppfølging og iverksetting av tiltak.

De funnene og erfaringene som Statens helsetilsyn presenterer i oppsummeringen er fra treårsperioden etter at rusreformen trådte i kraft i 2004 og til og med 31. desember 2006. Hensikten her er ikke å gjøre en ny vurdering av våre tidligere tilsynsmessige vurderinger, men snarere å sammenstille, systematisere og oppsummere funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter på rusområdet med fokus på om det er noen temaer eller mønstre som går igjen.

1.2 Avgrensninger og begrepet "tilsynserfaring"

Tilsynserfaringer er et begrep som vi har brukt tidligere i vår rapportserie, Rapport fra Helsetilsynet. Begrepet er definert i et av delprosjektene i et større prosjekt i Statens

³ De landsomfattende tilsynene utføres av Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene som systemrevisjoner etter en felles veileder utarbeidet av Statens helsetilsyn. Etter hvert tilsyn skrives en rapport - en tilsynsrapport - om eventuelle forhold som ikke er i samsvar med kravene i lovgivningen (avvik) og om forhold som ikke er i strid med lovkrav, men som tilsynsmyndighetene i fylket ønsker å påpeke som mulighet for forbedring (merknad). Statens helsetilsyn oppsummerer tilsynsrapportene som er utarbeidet etter hvert enkelt tilsyn. Oppsummeringsrapporten fra hvert landsomfattende tilsyn publiseres i serien Rapport fra Helsetilsynet. Se for øvrig fotnote 5.

helsetilsyn, "Tilsynsmyndighetens områdeovervåkningsprosjekt" (TOP).⁴ I sluttrapporten fra delprosjektet "Systematisering av tilsynserfaringer" (5), står det følgende om begrepet:

"Tilsynserfaringer vil si de erfaringer tilsynet har, gjør og får i kraft av den rollen de har med å ivareta tilsyn på sitt område. Kilder til slike tilsynserfaringer er definert som skriftlige og muntlige, registrerte og uregistrerte kilder til erfaringer fra tilsyn som finnes i Helsetilsynet i fylkene, hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn på sosial- og helseområdet." (5).

Foreliggende oppsummering er basert på tilsynserfaringer fra:

- landsomfattende tilsyn⁵
- andre aktiviteter som Statens helsetilsyn har gjennomført på rusområdet, herunder kartleggingsundersøkelser og andre former for kunnskapsinnhenting samt tilsynssaker og rettighetsklager på sosial- og helsetjenesteområdet
- tilsynssaker som angår legers forskrivningspraksis og behandling med vanedannende legemidler. Disse sakene er inkludert da dette har relevans for tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Tilsynssaker som primært angår rusmiddelmissbruk hos helsepersonell er ikke et tema i denne oppsummeringen.

⁴ Se informasjon om "Tilsynsmyndighetens områdeovervåkningsprosjekt" (TOP) og prosjektplan for *Områdeovervåkningsprosjektet* (6) på våre nettsider

⁵ Landsomfattende tilsyn betyr at fylkesmennene og/eller Helsetilsynet i fylkene gjennomfører tilsyn med samme tema i alle fylker, vanligvis som systemrevisjoner (3). Systemrevisjon som tilsynsmetode tar utgangspunkt i at sosial- og helsetjenestene har plikt til å styre sin virksomhet (ha internkontroll) slik at brukerne får de tjenester som er fastsatt i lov og forskrift (4). Tilsynsmyndigheten undersøker om krav i helse- og sosiallovgivningen etterleves, og om de som er ansvarlige for tjenestene, styrer slik at lovkrav, for eksempel kravet til forsvarlige tjenester, etterleves. Under systemrevisjonen innhenter fylkesmennene eller Helsetilsynet i fylkene opplysninger fra flere kilder for å beskrive praksis og faktiske forhold ved virksomheten. Kildene er interne dokumenter om styring og resultater, intervjuer med ledere og ansatte og ofte en stikkprøve eller befaring med observasjon av faktiske forhold. Når informasjon om forholdene/praksisen i den aktuelle virksomheten er innhentet, vurderes dette opp mot myndighetskravene for de områdene som revisjonen gjelder for. Etter hvert tilsyn skrives en rapport – en tilsynsrapport - om eventuelle forhold som ikke er i samsvar med kravene i lovgivningen (avvik). Forhold som ikke er i strid med lovkrav, men som tilsynsmyndighetene i fylket ønsker å påpeke som mulighet for forbedring tas også med som merknad(er) i tilsynsrapporten. Fylkesmennene eller Helsetilsynet i fylkene følger opp inntil virksomhetene har sørget for at forholdene er i samsvar med lovgivningen.

2 Materiale og metode

2.1 (Kunnskaps)kilder: Statens helsetilsyns tilsynsaktiviteter på rusområdet i 2004-2006

Oppsummeringen er hovedsakelig basert på tidligere publiserte rapporter, artikler og brev fra Statens helsetilsyn til ansvarlige instanser på ulike nivåer innen sosial- og helsetjenestene. Ett unntak er to interne rapporter som er tilgjengelig for Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene på tilsynsmyndighetens intranett (Losen). I vedlegg 1 presenterer vi de forskjellige aktivitetene som Statens helsetilsyn har gjennomført på rusområdet i tidsperioden 2004-2006 og gir en kort oppsummering av funnene.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har også utført en del tilsynsaktiviteter på rusområdet i perioden som denne oppsummeringen omfatter. Dette er lokale aktiviteter som ikke inngår i de landsomfattende tilsynene. Innenfor tidsrammer for denne oppsummeringen har det ikke vært anledning til å sammenstille Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannens aktiviteter. Deres funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter på rusområdet er derfor ikke inkludert.

2.2 (Arbeids)metode

Målt i antall sider er det et omfattende materiale Statens helsetilsyn har om tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere fra perioden 2004-2006. Materialet representerer følgelig en stor mengde informasjon. For å gjøre det håndterbart og mulig å oppsummere på tvers av funnene og erfaringene fra ulike tilsynsaktiviteter, har vi brukt en analysemetode utviklet og beskrevet for analyse av kvalitative data (9). Analysen gjennomføres i følgende fire trinn:

- 1) å lese igjennom materialet for å danne seg et helhetsinntrykk,⁶
- 2) å identifisere meningsbærende enheter ved å bryte opp teksten i mindre deler som representerer ulike aspekt ved tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere,⁷
- 3) å sammenfatte innholdet i de meningsbærende (tekst)enhetene, og
- 4) å sammenfatte betydningen av dette i form av nye beskrivelser eller begreper.

Det overordnede spørsmålet vi søkte svar på i materialet var hva tilsynserfaringene kan fortelle oss om hvorvidt rusmiddelmissbrukere får de sosial- og helsetjenestene de har krav på - både i kvantitet og i kvalitet. Gjennom den systematiske lesningen av våre erfaringer og oppsummeringen på rusområdet fant vi noen felles temaer eller mønstre. I kapittel 3 presenterer vi resultater fra oppsummeringen.

Ved å velge ut noen deler fra rapporter, artikler og brev på rusområdet fra Statens helsetilsyn på denne måten, har vi samtidig redusert materialet betraktelig. Dette innebærer en betydelig filtrering der store deler av det opprinnelige tekstematerialet er lagt til side (9). For å få utfyllende informasjon om bakgrunn, metode, funn og Statens helsetilsyns vurderinger, vil vi henvise leserne til originaltekstene av rapporter og artikler samt utvalgte brev, som er tilgjengelig på Statens helsetilsyns nettsider www.helsetilsynet.no. Se for øvrig vedlegg 1 i denne oppsummeringen for en oversikt over de enkelte tilsynsaktivitetene og resultatene på rusområdet fra tidsperioden 2004-2006.

Vår intensjon har vært å innhente kunnskap som kan gi indikasjoner på områder med fare for svikt i tjenestetilbudet og påpeke potensielle sårbarhetsområder. Oppsummeringen gir ikke grunnlag for å generalisere på nasjonalt nivå når det gjelder sosial- og helsetjenestetilbudene til rusmiddelmissbrukere. Kunnskapskildene som denne oppsummeringen bygger på gir verken et helhetlig bilde eller en fullstendig tilstandsvurdering av de enkelte tjenestene og det samlede tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Oppsummeringen kan følgelig ikke beskrive eller forklare omfang, mengder eller fordelinger - eller hvor utbredt noe er - når det gjelder svikt eller fare for svikt i tjenestetilbudene til rusmiddelmissbrukere. Likevel kan de utfordringene, manglene

⁶ Hvilke temaer kan vi skimte i materialet? Temaene representerer et første steg i organiseringen.

⁷ Vi velger ut deler av teksten som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn.

og problemstillingene vi har funnet, også være aktuelle for det tjenestelandskapet som vi ikke har innhentet informasjon fra. Oppsummeringen gir også kunnskap som kan benyttes i vurderingen av behov for ytterligere tilsynsmessig innsats.

3. Resultater basert på systematisering og oppsummering av tilsynserfaringer på rusområdet i 2004-2006

3.1 Innledning

Resultater fra ulike tilsynsaktiviteter utført på rusområdet i perioden 2004-2006 viser at vi har funnet svikt og fare for svikt på en rekke områder når det gjelder tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Dette omfatter forhold knyttet til:

- tjenestetilbudets tilgjengelighet
- tjenestetilbudets innhold
- tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere og myndighetskrav
- tjenestetilbudets helhet og sammenheng
- kunnskap om tjenestetilbudet

Statens helsetilsyn har utført en rekke tilsynsaktiviteter på rusområdet i den aktuelle perioden. Det har blitt gjennomført to landsomfattende tilsyn på rusområdet, hvorav ett omhandlet kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere (11). Det landsomfattende tilsynet i 2006 gjaldt derimot tverrfaglige spesialiserte tjenester, som er en del av spesialisthelsetjenestene til rusmiddelmissbrukere (12). Andre tilsynsaktiviteter, slik som kartleggingsundersøkelser og andre former for kunnskapsinnhenting, fokuserer også fortrinnsvis på spesialisthelsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Det er dessuten utført fire kartleggingsundersøkelser eller andre former for kunnskapsinnhenting på rusområdet i den aktuelle perioden (13, 14, 15, 16).

I forbindelse med rusreformen synes det generelt å ha vært mye fokus på de regionale helseforetakene (RHF) og spesialisthelsetjenesten. Kommunenes ansvar synes å ha kommet litt i bakgrunnen. Likevel blir kommunenes koordinerende og overordnede ansvar

for sosial- og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere påpekt spesielt i flere av våre tilsynsaktiviteter i tilknytning til funn som tyder på manglende helhetlig behandlingstilbud og manglende sammenhengende tiltakskjede for denne gruppen.

Flere rapporter og undersøkelser har vist at det er i kommunene de største utfordringene ligger. Dette fremgår av "Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008" (10). Blant annet viste en rapport fra SINTEF, i forkant av rusreformen, at tilbud som er grunnleggende for rehabiliteringen av rusmiddelmissbrukere var dårlig dekket (28). Riksrevisjonen fremhevet også i sin rapport fra 2004-2005, om styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmissbrukere, at mange rusmiddelmissbrukere ikke følges opp slik de har krav på av den kommunale sosialtjenesten (29).

I perioden 2004-2006 har Statens helsetilsyn også skrevet enkelte artikler fra tilsynssaker og rettighetsklager som gjelder tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Tre av artiklene ser på forskrivning av, og behandling med, vanedannende legemidler (18, 19, 20). En av artiklene ser på pasientdokumentasjon og journalføringsplikt generelt og spesielt i forhold til pasienter med rusmiddelproblemer (21). Det er også skrevet en artikkel i 2006 som gjelder rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering og om omgjøring av vedtak etter forvaltningsloven § 35 (omgjøring av vedtak uten klage) (25).⁸

I tillegg har tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere blitt omtalt i tre andre rapporter, men uten at rusområdet har vært hovedfokuset i disse tilsynsaktivitetene (7, 8, 17). En av disse tre rapportene er publisert i serien Rapport fra Helsetilsynet (17).

Statens helsetilsyn har også sammenstilt fylkesmennenes rapporteringer om klagesaker etter sosialtjenesteloven fra årene 2004 (22), 2005 (23) og 2006 (24), som også inkluderer klager som gjelder tjenester til rusmiddelmissbrukere.

⁸ Statens helsetilsyn er overordnet organ når det gjelder rettighetsklager som Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har behandlet etter sosial- og helselovgivningen (25). Dette innebærer et ansvar for å bidra til mest mulig ensartet og god praktisering av regelverket over hele landet. Vedtak truffet av Helsetilsynet i fylket er i utgangspunktet endelige og kan ikke påklages. Statens helsetilsyn kan imidlertid som overordnet organ vurdere om vedtak skal omgjøres etter forvaltningsloven (fvl.) § 35 (omgjøring av vedtak uten klage).

Det ligger i sakens natur at når Statens helsetilsyn skal oppsummere funn, er det først og fremst områder hvor vi har funnet svikt eller fare for svikt i tjenestetilbudet som beskrives, og ikke områder som synes å fungere godt. I utvelgelse av tjenestegrener og temaer er det også innebygd en skjevhet i tråd med at tilsynets oppmerksomhet skal være basert på en vurdering av hvor fare for svikt er størst, der konsekvensene av disse vil være store for de/n det gjelder og der pasientene eller brukerne i mindre grad selv kan forventes å ivareta sine interesser.

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter på rusområdet i treårsperioden etter rusreformen. Temaene eller mønstrene vi har funnet har vi systematisert under fem overskrifter. Dette er ikke gjensidig utelukkende kategorier, men temaer som tildels glir over i hverandre og her er skilt fra hverandre i analytisk øyemed.

3.2 Tjenestetilbudets tilgjengelighet

3.2.1 Innledning

Tjenestetilbudets tilgjengelighet er et tema som går igjen i flere tilsynsaktiviteter i denne perioden. Resultatene viser manglende tilgjengelighet eller begrensninger i tjenestetilbudets tilgjengelighet for rusmiddelmissbrukere. Dette synes blant annet å handle om:

- manglende kapasitet, og
- geografiske forskjeller, ulik praksis eller andre variasjoner i tilgjengelighet, herunder også tjenestetilbud som ikke anvendes i forhold til eller ikke er tilpasset rusmiddelmissbrukere og derfor ikke, eller i liten grad, anvendes overfor denne gruppen.

God tilgjengelighet til tjenester forutsetter at det ikke er for store terskler av noen art for tilgang til tjenestetilbudet (13). Tradisjonelt har tilgjengelighet blitt vurdert på basis av tall for ventelister og ventetid. Tilbud og etterspørsel påvirker imidlertid hverandre, og ventetiden vil derfor være utilstrekkelig som eneste parameter. Det reelle

behandlingsbehovet kan være større enn hva ventelistedata indikerer. Kravet om tilgjengelighet til tjenester innebærer at befolkningen har lik tilgang til tjenester og at tjenestetilbudet er tilpasset pasientenes behov. Om tilbud er tilgjengelige uavhengig av bosted og om de samme vurderingskriteriene ved tildeling gjelder for alle, indikerer om tilbud er likeverdige (13).

Seks av våre tilsynsaktiviteter, hvorav to landsomfattende tilsyn (11, 12) og fire kartleggingsundersøkelser eller andre former for kunnskapsinnhenting (13, 14, 15, 16), viser på forskjellige måter og i ulik grad manglende tilgjengelighet eller begrensninger i tilgjengeligheten til ulike tjenestetilbud for rusmiddelmissbrukere. I det følgende skal vi se nærmere på de to aspektene ved tilgjengelighet som våre resultater på rusområdet synes å handle om.

3.2.2 Manglende kapasitet

To av våre kunnskapsinnhentingene på rusområdet konkluderte med manglende kapasitet i tjenestetilbudet (13, 15). I den brede kunnskapsoppsummeringen fra 2004 om rusmiddelmissbrukeres helsetilstand, det helsetjenestetilbudet de mottar og tilgjengeligheten av dette, viste vi til at selv om det innhentede kunnskapsgrunnlaget må sies å være mangelfullt, var det Statens helsetilsyns hovedinntrykk at mange rusmiddelmissbrukere ikke fikk de tjenestene de hadde behov for (13).⁹ Det ble vist til at kapasitetsproblemer og ventetider for utredning og behandling for rusmiddelmissbruket i flere regioner ga grunn til bekymring, ikke minst for såkalte dobbeltdiagnosepasienter (alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk), og for de som er aktuelle for legemiddelassistert rehabilitering.

Også i kartleggingen av alle landets legemiddelassisterte rehabiliteringstiltak fra 2005 viste vi til manglende kapasitet i LAR-tiltakene (15). Det ble vist til at det ut fra tilbakemeldingene fra LAR-tiltakene syntes som om anslåtte behov oversteg daværende kapasitet på landsbasis. Resultater fra kartleggingen syntes å peke i retning av at det var pasienter med behov for legemiddelassistert rehabilitering som ikke fikk tilgang til denne behandlingsformen. I LAR-tiltakenes forklaring på hvorfor fastsatte ventetidsrammer ikke

⁹ Særlig bekymringsfullt ble de tunge rusmiddelmissbrukernes helseproblemer funnet, de dels alvorlige psykiske og somatiske lidelsene og den høye mortaliteten som preger denne gruppen (13).

ble overholdt, ble det også vist til mangel på avrusningsplasser. Det ble i tillegg vist til manglende kapasitet i det kommunale tjenesteapparatet. Dette bidro til ressursmessig og budsjettmessig knapphet i deler av spesialisthelsetjenesten og i det kommunale tjenesteapparatet.

Det landsomfattende tilsynet i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere viste også til manglende kapasitet (12). Rapporten viste til at det på grunn av manglende kompetanse ved noen av virksomhetene ikke var kapasitet til å gjennomføre somatiske undersøkelser av henviste pasienter.

3.2.3 Geografiske forskjeller, ulik praksis eller andre variasjoner i tilgjengelighet

Geografiske forskjeller, ulik praksis eller andre variasjoner er et annet aspekt ved tjenestetilbudets tilgjengelighet for rusmiddelmissbrukere som fremkom i fire av Statens helsetilsyns kunnskapsinnhentinger på rusområdet (11, 14, 15, 16). Eksempelvis viste LAR-kartleggingen (15) betydelige variasjoner i ventetider både når det gjaldt såkalte søkerlister og ventelister. Forskjellene syntes å eksistere mellom regionene, og det var fylkesvise forskjeller innad i regionene. Resultater fra LAR-kartleggingen viste også til ulik praksis LAR-tiltakene i mellom i forhold til sondering mellom pasienter som ble vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp og pasienter som ikke ble ansett som rettighetspasienter. Dette tydet på at pasienter med sammenliknbare behov fikk ulik tilgang til legemiddelassistert rehabilitering.

Resultater fra kunnskapsinnhentingen i 2006, om oppfølgingstilbudet etter en alkoholforgiftning, viste også forskjeller i tjenestetilbudets tilgjengelighet (16). Dette skyldtes dels geografiske forhold og dels tilfeldigheter. Blant annet tydet informasjon fra ressurspersoner fra forskning og tjenesteapparat på at (akutte) avrusningsplasser fortrinnsvis fantes i Oslo og i liten grad andre steder i landet. Våre funn tydet dessuten på at psykiatrien ikke tok imot personer med ren rusproblematikk - og heller ikke (be)rusede personer - og at rusinstitusjoner som regel krevde inntakssamtale for å sjekke behandlingsmotivasjon før plass ble tilbudt. Manglende akutt-/avrusningsplasser, forskjeller i interne rutiner, forskjeller i personalets kompetanse om oppfølgingstilbud og

oppfølgingsbehov samt tidspress, som særlig personalet på to storbylegevakter opplevde, syntes også å være av betydning for hvorvidt det ble gitt tilbud om oppfølging. En av ressurspersonene fra en storbylegevakt uttrykte det slik:

" "Du rykker stadig tilbake i køen...", sier vi gjerne hos oss. Du vet du skal ta 18 telefoner for å finne en åpen dør for en bestemt pasient. Det er alltid noen det haster mer med enn når det bare er rus."

Her kan også nevnes de variasjonene vi fant i tilgjengeligheten av tjenestetilbudet i øyeblikkelig hjelptjenestene avhengig av om man antok at alkohol var involvert (14). Dette var en undersøkelse av det akuttmedisinske tjenestetilbudet til bevisstløse personer hvor man antok at bevisstløsheten skyldtes inntak av rusmidler, som Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin (NAKOS) utførte på oppdrag av Statens helsetilsyn i 2005. Undersøkelsen antydte at dersom akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) antok at alkohol var involvert, brukte AMK mer tid på å kartlegge omstendighetene rundt øyeblikkelig hjelphenvendelsen før akuttmedisinsk respons¹⁰ ble iverksatt, enn dersom de antok at hendelsen kunne skyldes andre rusmidler. Undersøkelsen ga derimot ikke holdepunkter for at AMK hadde unnlatt å kalle ut ambulanse eller lege til de aktuelle pasientene i datamaterialet som ble undersøkt.

Statens helsetilsyn har stilt spørsmål ved om ulikhetene vi har funnet i tjenester til rusmiddelmissbrukere var av en slik art at det kunne bidra til uønskede forskjeller i behandlingstilbudet og således svekke pasientenes rettssikkerhet. Dette spørsmålet ble blant annet stilt i forbindelse med resultater fra noen av tilsynsaktivitetene på rusområdet. Eksempelvis ga LAR-kartleggingen i 2005 informasjon om ulikheter og variasjoner på landsbasis i organisering og gjennomføring av legemiddelassistert rehabilitering (15).

Sosiale tjenester ble i liten grad benyttet overfor rusmiddelmissbrukere, ble det påvist i det landsomfattende tilsynet i 2004 med kommunale sosialtjenester (11). Dette gjaldt ulike hjelpetiltak, jmfør kapittel 4 i sosialtjenesteloven (sosiale tjenester m.v., for eksempel praktisk bistand og opplæring samt støttekontakt, jf. sotjl. § 4-2). Resultater fra tilsynet

¹⁰ Med *akuttmedisinsk respons* menes her både utkalling av ambulanse og/eller lege og AMKs helsefaglige rådgivning/veiledning til innringer i påvente av at ambulanse og/ eller lege ankommer hendelsesstedet (14).

viste dessuten at der tjenestene var tilgjengelige, ble de mange steder ikke benyttet fordi innretningen av dem var mer tilpasset eldre og funksjonshemmede enn rusmiddelmissbrukere.

3.3 Tjenestetilbudets innhold

3.3.1 Innledning

Spørsmålet om hvorvidt rusmiddelmissbrukere får de tjenestene de har krav på, handler ikke kun om tilgjengelighet av tjenestetilbudet. Tjenestetilbudet må også være faglig forsvarlig, jamfør helselovgivningens (35) krav til faglig forsvarlighet.

Fare for svikt i innholdet i tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere eller faglig uforsvarlige tjenester fremkommer i resultater fra flere av våre tilsynsaktiviteter på rusområdet i 2004-2006.

Tilstrekkelighet er ett av flere kriterier som legges til grunn ved vurdering av faglig forsvarlighet (17). Dersom tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig, er det heller ikke faglig forsvarlig. Utøvelsen av tjenestene er et annet og sentralt aspekt ved forsvarlighetsvurderinger. Forsvarlig utredning, vurdering og behandling forutsetter også tilgang på nødvendig kompetanse og at kompetansen utvikles og vedlikeholdes (12).

Ti av Statens helsetilsyns aktiviteter på rusområdet viser på forskjellige måter og i ulik grad til uforsvarlige tjenester eller fare for svikt i tjenesteutøvelsen med hensyn til innholdet i tjenestene. Dette gjaldt funn fra to landsomfattende tilsyn (11, 12) og fire kunnskapsinnhentinger (13, 14, 15, 16) samt erfaringer fra tilsynssaker (18, 19, 20) og rettighetsklager¹¹ (25).

¹¹ En *rettighetsklage* er en klage fra pasient, pårørende eller andre på manglende oppfyllelse av rettigheter gitt i sosial- og helselovgivningen. En *tilsynssak* er en sak som Helsetilsynet i fylket behandler på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenesten.

3.3.2 Mangelfull kompetanse i tjenestene

Mangelfull kompetanse eller svikt i kompetansen hos personell og virksomhet fremkommer i resultater fra tre av våre tilsynsaktiviteter (12, 13, 16). Eksempelvis viste oppsummeringen av det landsomfattende tilsynet i 2006 (12) at flere virksomheter ikke ga forsvarlige tjenester fordi de ikke hadde den nødvendige kompetansen for å foreta forsvarlig tverrfaglig vurdering, utredning og behandling. Dette kom blant annet til uttrykk ved at det ikke var tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse i virksomhetene til å sikre at pasienten fikk diagnose i henhold til WHO's diagnoseklassifikasjonssystem ICD-10. Noen virksomheter sikret heller ikke at det var tilgjengelig nødvendig tverrfaglig kompetanse slik at vurderingen ble forsvarlig utført, noe som kunne innebære at pasientenes behov ikke i tilstrekkelig grad ble avdekket. Det kunne dermed oppstå feil i vurdering av om pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Et behandlingstilbud preget av tilfeldigheter og variasjon i oppfølgingstilbudet etter en alkoholforgiftning ble påvist i kunnskapsinnhenting i 2006 (16). Det syntes blant annet å være forskjeller både i personalets holdninger til rusproblemer og kompetanse om oppfølgingsbehov og behandlingstilbud. En ressursperson fra et av sykehusene det ble innhentet informasjon fra, fortalte blant annet at flere pasienter hadde blitt skrevet ut uten å ha blitt spurt om alkohol- eller rusproblemer. Personalet opplevde det som ubehagelig å spørre om alkoholforbruk og rusproblemer.¹²

Her kan nevnes at manglende ruskompetanse blant mange fastleger og personell i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste var et tema som også ble påpekt i kunnskapsoppsummeringen fra 2004 (13).

3.3.3 Mangelfull kvalitet på tjenestene

Svikt eller fare for svikt i kvaliteten på tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere fremkommer i åtte av våre (tilsyns)aktiviteter på rusområdet. Dette er basert på resultater fra ett landsomfattende tilsyn (11), tre kunnskapsinnhentinger (13, 14, 15) samt fire artikler om tilsynssaker (18, 19, 20) og rettighetsklager (25).

¹² Ved dette sykehuset hadde de derfor jobbet med å øke personalets kompetanse for å kommunisere bedre med pasienter med rusproblemer om rusproblemene (16).

I kunnskapsoppsummering fra 2004 (13) konkluderte Statens helsetilsyn med at hovedinntrykket var at mange rusmiddelmissbrukere ikke fikk de tjenestene de hadde behov for - verken i kvalitet eller kvantitet. På bakgrunn av kunnskapsinnhenting konkluderte vi det med "at det er klare indikasjoner på at mange rusmiddelmissbrukere ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp." Videre viste vi til at "Dette kan tyde på at forsvarlighetskrav brytes eller at pasientrettigheter ikke innfris."

"Utstrakt bekymring for at rusmiddelmissbrukere ikke får riktige og tilstrekkelige tjenester" viste Statens helsetilsyns oppsummering av samtaler om særlige sårbare områder i sosialkontortjenesten med fem fylkesmannsembeter i 2006 (8). Dette gjaldt både økonomiske ytelser etter kapittel 5 og sosiale tjenester etter kapitel 4 i sosialtjenesteloven.

I det landsomfattende tilsynet i 2004 (11) ble det i litt under halvparten av de 58 kommunene som det ble gjennomført tilsyn med påvist svikt i sikringen av midlertidig husvære med forsvarlig kvalitet. Situasjonen var bedre når det gjaldt innretningen av råd- og veiledningstjenesten, midlertidig husvære og oppfølgingen for de som var under behandling, men også her viste tilsynet at mange kommuner hadde mangelfulle tjenester.

Undersøkelsen av AMK¹³ i 2005 (14) tydet på at AMK ved behov for øyeblikkelig hjelp ikke alltid hadde innhentet tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner, slik som bevissthetsgrad, respirasjon og sirkulasjon, til å ha et godt nok beslutningsgrunnlag til å vurdere forvarlige (akuttmedisinsk) respons (14). Resultater i rapporten viste at ved flere av hendelsene ble det bedt om opplysninger om navn og fødselsdato (personalia) før bevissthet og respirasjon ble avklart. Ved flere av henvendelsene var det ikke innhentet tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner til å ha et godt nok beslutningsgrunnlag for å vurdere forsvarlig akuttmedisinsk respons. Ved mange av nødmeldingene ble ikke relevant veiledning i førstehjelp gitt innringer i påvente av ambulanse.

¹³ Formålet med denne tjenesten er å sikre direkte kontakt mellom befolkningen og helsepersonell, mellom helsepersonell i og utenfor sykehus og mellom sykehusene i nødsituasjoner, slik at det skjer en effektiv varslingsressurs og veiledning av pasient eller den som varsler, inntil profesjonell hjelp ankommer hendelsesstedet (14).

Statens helsetilsyn har de senere årene hatt flere saker hvor man har vurdert forsvarligheten av behandlingen til pasienter med erkjent rusmiddelmissbruk: Leger klages inn fordi forskrivning av vanedannende legemidler oppfattes som uforsvarlig (19), jamfør helselovgivningens krav til faglig forsvarlige tjenester.¹⁴ Dette fremgår av tre artikler fra Statens helsetilsyn som oppsummerer erfaringer fra tilsynssaker i 2004 og 2005 knyttet til legers forskrivningspraksis og behandling med vanedannende legemidler (18, 19, 20). I 2004 mistet fire leger retten til å rekvirere A- og B-preparater på grunn av uforsvarlig behandling av rusmiddelmissbrukere (18). I 2005 mistet 12 leger rekvireringsretten, mens 11 fikk advarsel (19). Pasientstyrt og planløs forskrivning av legemidler er noe som går igjen i saker som fører til reaksjoner fra Statens helsetilsyn i form av advarsel eller tap av rekvireringsrett. Forskrivningene var preget av å være styrt av pasientens ønske om legemiddel, dose og behandlingens lengde uten at legen hadde vurdert behandlingseffekt eller så det i en bredere sammenheng.

I LAR-kartleggingen fra 2005 fant Statens helsetilsyn grunn til å stille spørsmål til de ansvarlige for tjenesten om de variasjonene man fant åpnet for uønskede kvalitetsforskjeller (15). Svarene i kartleggingen tydet på forskjeller tiltakene imellom når det gjaldt hvordan oppfølgingen av pasienter og samarbeidende tjenester (fastlege, kommunale tjenester) ble organisert. LAR-tiltakene hadde dessuten valgt ulike ordninger når det gjaldt oppgaver knyttet til forskrivning/dosering og gjennomføring av urinkontroll både i innstillings- og vedlikeholdsfasen. I samme kartlegging ble det funnet at virksomhetene i varierende grad stilte krav til kvalitet/innhold i søknad om LAR-behandling (15).

Her kan også nevnes at i en artikkel i 2006 om rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering (25) viste vi til at:

"Pasientgruppen mener at kriteriene for inntak i og utskrivning fra LAR er for strenge og i mange tilfeller uforsvarlige, viser erfaringene våre."

¹⁴ Jamfør helsepersonelloven (hlspl.) §§ 4, 11(35), spesialisthelsetjenesteloven (sphsl.) § 2-2 (36) samt Rundskriv IK-2755 (37), som gir retningslinjer for forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler.

Artikkelen oppsummerte Statens helsetilsyns vurderinger i behandlingen av en rettighetsklage om legemiddelassistert rehabilitering. Videre viste vi til at "I noen saker har vi sett at det tverrfaglige hjelpeapparatet rundt pasienten ikke har fungert slik LAR-forskriften forutsetter" (25).

3.3.4 Mangelfull etterlevelse av faglige retningslinjer og manglende retningslinjer

Mangelfull etterlevelse av etablerte faglige retningslinjer, manglende faglige retningslinjer og behovet for å oppdatere eller utvikle faglige retningslinjer for tjenester til rusmiddelmissbrukere, påpekes i resultater fra forskjellige tilsynsaktiviteter på rusområdet (13, 14, 15, 16).

I resultater fra to av våre tilsynsaktiviteter på rusområdet vises det til mangelfull etterlevelse av faglige retningslinjer (14, 16). Resultater fra AMK-undersøkelsen i 2005, viste at AMK hadde etablert rutiner og prosedyrer, blant annet basert på oppslagsverktøyet "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp"¹⁵, som skal brukes og som ansatte og ledere i AMK rapporterte at ble brukt ved melding om behov for øyeblikkelig hjelp (14). Likevel viste et utvalg ambulansejournaler og lydlogger¹⁶ fra AMK at ved mange av øyeblikkelig hjelpmeldingene hvor det ble antatt at bevisstløsheten kunne skyldes inntak av rusmidler hadde hendelsene ikke blitt håndtert i tråd med faglige retningslinjer. Som nevnt i kapittel 3.2.2 viste resultater i undersøkelsen at ved flere av nødmeldingene ba AMK om opplysninger om personalia før bevissthet og respirasjon var avklart. Ved mange av nødmeldingene ble ikke relevant veiledning i førstehjelp gitt innringer i påvente av ambulanse/lege. Dette stod i sterk kontrast til prosedyrer beskrevet i oppslagsverktøyet for medisinsk nødhjelp og rutiner som ledere og ansatte ved AMK sa de hadde og at de fulgte.¹⁷

¹⁵ Oppslagsverktøyet "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp" er et hjelpemiddel for at nødmeldetjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte (14). Verktøyet hjelper AMK-operatøren til å velge hastegrad for utsendelse av akuttmedisinsk respons på bakgrunn av et strukturert intervju med innringer.

¹⁶ Lydlogg er båndopptak av all tale som formidles via telefon og radiokommunikasjonslinjer i AMK-sentralen, deriblant samtale mellom AMK-operatør og innringer til medisinsk nødtelefon - 113 (14).

¹⁷ Undersøkelsen ga derimot ikke holdepunkter for at AMK hadde unnlatt å kalle ut ambulanse eller lege til pasientene i journalmaterialet som ble undersøkt (14). Undersøkelsen ga heller ikke svar på om hendelser som antas å være rusrelaterte håndteres annerledes enn dersom bevisstløsheten antas å ha andre årsaker.

Oppfølgingstilbudet til personer brakt til legevakt og/eller sykehus etter en akutt alkoholforgiftning syntes å variere, viste resultater fra Statens helsetilsyns kunnskapsinnhenting i 2006 (16). Det ble funnet variasjoner både helsepersonell i mellom og mellom legevakt og sykehus med hensyn til hvor systematisk pasientens behov for videre oppfølging ble kartlagt og vurdert. Informasjon tydet på at det i første rekke var på det akuttmedisinske området hvor det var rutiner for vurdering av pasientene. Det syntes følgelig i liten grad å eksistere rutiner for å kartlegge personens forbruk av og problemer knyttet til alkohol og andre rusmidler eller rutiner for hvordan personer med alkoholforgiftning skulle følges opp. Det syntes heller ikke å eksistere rutiner for å kartlegge hvorvidt personen var gjenganger eller om det var første gang vedkommende hadde en alkoholforgiftning.

I denne kunnskapsinnhenting fra 2006 (16) viste vi også til at det ikke var utarbeidet spesifikke krav til eller retningslinjer for hva helseforetakene eller de kommunale legevaktene skulle gjøre ved alkoholforgiftninger (16). I rapporten vises det til at Sosial- og helsedirektoratet har hatt et generelt fokus på at alle som blir tatt i mot på akuttmottak får god og betryggende behandling, også de som legges inn for alkoholforgiftning. Tjenestetilbudet ved alkoholforgiftninger er imidlertid et område som direktoratet ikke har fokusert spesielt på, men det er gitt midler til enkeltprosjekter.

Behovet for å oppdatere eller utvikle faglige retningslinjer på rusområdet påpekes i resultater fra fire av våre kunnskapsinnhentinger på rusområdet (13, 14, 15, 16). I kunnskapsinnhenting fra 2006 (16) påpekte Statens helsetilsyn at faglige standarder og retningslinjer, som er utydelig formulert eller ikke beskrevet, kan utgjøre en risiko (16). Her kan nevnes kartleggingsundersøkelsen av LAR-tiltakene i 2005 (15) hvor Statens helsetilsyn viste til behovet for å utvikle enhetlige krav til utarbeidelse av (kvaliteten/innholdet i) søknader om inntak i LAR for å sikre lik tildeling (15).

I kunnskapsoppsummeringen fra 2004 (13) viste vi også til at det var behov for oppdaterte og kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på flere områder når det gjaldt behandlingsformer og behandlingsomfang på rusområdet. I rapporten uttrykte vi bekymring for at det på mange områder i rusbehandlingen verken var faglig konsensus

eller kunnskapsbasert behandlingspraksis som kunne gi et egnet grunnlag for forsvarlighetsvurderinger, noe som særlig gjaldt tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Videre viste vi i kunnskapsoppsummeringen til at oppdatering og/eller utvikling av faglige retningslinjer var viktige både for at fagmiljøet skal kunne gi en rimelig ensartet behandling og for at Statens helsetilsyn, Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene skal kunne vurdere tjenestetilbudenes faglige forsvarlighet.

3.4 Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere og myndighetskrav

3.4.1 Innledning

Mangelfull etterlevelse av myndighetskrav i tjenester til rusmiddelmissbrukere synes å være en følge av både manglende bevissthet om og kunnskap om regelverket og svakheter eller begrensninger i sosial- og helselovgivningen. Dette fremgår av resultater fra fire av Statens helsetilsyns aktiviteter på rusområdet, henholdsvis rapporten fra to landsomfattende tilsyn i henholdsvis 2004 (11) og 2006 (12), kunnskapsoppsummeringen (13) i 2004 samt en artikkel som oppsummerer resultater knyttet til pasientdokumentasjon (21).

I det følgende skal vi se på resultater fra tilsynserfaringer på rusområdet som viser til manglende etterlevelse av myndighetskrav, dels som følge av manglende kunnskap om lovbestemmelsene, og dels som følge av svakheter eller begrensninger i lovgivningen. I resultatene har Statens helsetilsyn pekt på behovet for regelverksavklaringer og/eller regelverksendringer som angår tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Vi har vist til behovet for å:

- tydeliggjøre og styrke sosialtjenestelovens bestemmelser som regulerer rusmiddelmissbrukeres rettigheter
- tydeliggjøre rusmiddelmissbrukeres rettskrav på sosiale tjenester overfor kommunene
- presisere og tydeliggjøre helsetjenestens og helsepersonellens plikt til å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at det blir tilgjengelig uten for store krav til tilpasning og struktur fra pasientenes side.

3.4.2 Manglende kunnskap om myndighetskrav

Både i det landsomfattende tilsynet i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (12) og i artikkelen om pasientdokumentasjon (21), vises det til at journalføringen ofte var innholdsmessig mangelfull. I artikkelen fra enkeltsaker fremgikk det at journalene ofte ikke inneholdt tilstrekkelig informasjon om sykehistorie, observasjon og funn til at man i ettertid kunne se hva som lå til grunn for de behandlingsbeslutningene som ble tatt (21). Resultater fra det landsomfattende tilsynet i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester avdekket også flere tilfeller med mangelfull nedtegnelse av pasientopplysninger i journaler samt uforsvarlig oppbevaring av opplysninger (12). Det ble påvist svakheter i forhold til det å føre fortløpende journal. Blant annet var innholdet i flere tilfeller utilstrekkelig i forhold til å beskrive pasientens tilstand. I noen virksomheter ble det påvist at legemiddelhåndteringen ikke var i samsvar med regelverkets krav. Resultater fra det landsomfattende tilsynet i 2006 viste dessuten at virksomhetene som det ble ført tilsyn med ikke sikret at henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling ble vurdert i tverrfaglige vurderingsteam innen fristen på 30 virkedager, jamfør pasientrettighetsloven § 2-2 (rett til vurdering av helsetilstand innen 30 dager) (38).

I artikkelen om pasientdokumentasjon (21) vises det til at det ikke er noen enkel forklaring på hvorfor journalføringen mange ganger svikter, men at:

"En hovedforklaring er trolig manglende bevissthet i deler av helsetjenesten om behovet for god dokumentasjon, og kanskje også manglende kunnskap om de krav som regelverket stiller til de som fører journal."

Statens helsetilsyn konkluderte med at "Alle som fører journal bør som et minstekrav være kjent med innholdet i journalforskriften" (21).

3.4.3 Svakheter eller begrensninger ved lovgivningen

Manglende bevissthet om innholdet i lovbestemmelsene skyldes imidlertid ikke kun manglende kunnskap om myndighetskrav når det gjelder tjenester til rusmiddelmissbrukere. I resultater fra Statens helsetilsyns landsomfattende tilsyn (11) og kunnskapsoppsummering (13) i 2004 pekes det på svakheter eller begrensninger i

lovgivningen som en mulig årsak til manglende bevissthet om og etterlevelse av myndighetskravene.

Rusmiddelmissbrukere tildeles i svært begrenset grad sosiale tjenester regulert i sosialtjenestelovens § 4-2 (som lister opp hva de sosiale tjenestene skal omfatte), viste det landsomfattende tilsynet i 2004 (11).¹⁸ Spesielt praktisk bistand og opplæring, men også støttekontakttjeneste, ble gitt et mer begrenset innhold enn hva lovgiver hadde forutsatt. Resultatene viste at en utbredt praksis var at tjenestene ikke ble regulert i vedtak. Dette gjaldt særlig miljøarbeidertjenester/boveiledning, som flere steder ble regulert i kontrakter, men ikke vurdert etter bestemmelsene i sosialtjenesteloven. Funn i tilsynet kunne tyde på at kommunene som hadde miljøarbeidertjeneste hadde forsøkt å innrette tjenesten i tråd med behovet for støttetiltak, og slik at den fremstod som en kombinasjon av praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Tjenesten var imidlertid ikke nærmere definert, slik at det ikke fremgikk om utmålingen var i samsvar med ønsker og hjelpebehov:

"Kommunene presenterer disse tjenestene nærmest som noe annet enn sosiale tjenester rusmiddelmissbrukerne kan ha krav på. Dermed går det ikke fram at den som mottar slike tjenester har et rettskrav som også innebærer retten til å påklage tjenestens innhold og omfang." (11).¹⁹

I det landsomfattende tilsynet viste vi til at sosialtjenestelovens fragmentariske karakter og den manglende synliggjøringen av rusmiddelmissbrukere som målgruppe i kapittel 4 (hjelpetiltak) i sosialtjenesteloven, kunne ha betydning for at kommunenes ansatte ikke var bevisst rusmiddelmissbrukeres rett til disse tjenestene. Det fremkom i rapporten at rusmiddelmissbrukeres rettskrav på tjenestene verken tydeliggjøres i bestemmelsen eller i forarbeidene til bestemmelsen. Rusmiddelmissbrukere som hjelpetrengende gruppe synliggjøres i kapittel 6 i sosialtjenesteloven, som er det kapittelet som regulerer

¹⁸ Likevel er det mange kommuner som yter omfattende støttetiltak, men da ved bruk av boveiledere, miljøarbeidere eller andre, ofte tilknyttet kommunale boliger for rusmiddelmissbrukere (11). Slike botiltak er ikke å regne som institusjoner, men enkelte kan ha leieforhold som ikke følger reglene i husleieloven.

¹⁹ Sosialtjenesteloven § 4-3 fastsetter hvem som har krav på tjenester når visse vilkår er oppfylt og hvilke tjenester retten omfatter (11). Den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d (som lister opp hva de sosiale tjenestene skal omfatte). I merknader til loven vises det til den som på grunn av høy alder eller funksjonshemming ikke kan dra omsorg for seg selv. De som omfattes av bestemmelsene har rettskrav på tjenester fra kommunen. Kommunen har følgelig en rettslig plikt til å gi tjenesten som søkeren har krav på og å stille nødvendige ressurser til rådighet for at dette skal kunne oppfylles.

kommunens ansvar for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere (11).²⁰ I rapporten vises det til at fragmenteringen av rettighetsbestemmelsene kan ha bidratt til at rusmiddelmissbrukeres rettskrav til tjenester ble uklart og kan ha ført til ulik praktisering i kommunene uten at det kan tilbakeføres til individuelle forskjeller.

Kunnskapsoppsummeringen i 2004 (13) viste også til konsekvenser av sosialtjenestelovens bestemmelser:

"Loven [er] slik utformet at det i stor grad vil være opp til de lokale politikerne å bestemme omfanget av tjenestene og delen av kommunens samlede ressurser som skal benyttes til tjenester overfor rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelmissbrukere må derfor konkurrere med andre tjenestemottakere som eldre og funksjonshemmede om de samme ressursene, og bare få av rusmiddelmissbrukerne vil være dekket av rettighetsbestemmelsene i sosialtjenesteloven § 4-3 som gir de mest hjelpetrengende rett til et minimumstilbud av omsorgs- og sosiale støttetjenester fra kommunen.²¹ (...) Tilgangen til de tjenestene som rusmiddelmissbrukere har behov for er således fortsatt underlagt kommunestyrets prioriteringer. Dersom individuell plan ikke realiseres av ressursmessige hensyn, er følgen at planen primært bidrar til å tydeliggjøre udekte behov, men ikke nødvendig oppfyllelse av dem."

I det landsomfattende tilsynet (11) påpekte Statens helsetilsyn at det "ikke kan aksepteres at innretningen på tjenestene er slik at en gruppe (rusmiddelmissbrukere) med store og sammensatte behov ikke er sikret lovpålagte tjenester som de har krav på." Det ble vist til at det også er alvorlig at tjenestene i noen tilfeller er innrettet slik at rusmiddelmissbrukeres

²⁰ Av § 6-1 første ledd framgår det at sosialtjenesten med hjelpetiltak etter §§ 4-1 og 4-2 skal bistå den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler (11). Bestemmelsene suppleres med krav til midlertidige tiltak i påvente av institusjonsbehandling, oppfølging under behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig hjemmebesøk, og plikten til å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et institusjonsopphold. De som har et absolutt rettskrav på tjenester beskrives ikke i kapittel 6, men bare i § 4-3, uten at rusmiddelmissbrukere synliggjøres som gruppe i denne bestemmelsen.

²¹ "Rusmiddelmissbrukere som utskrives fra behandlingsinstitusjon vil ofte ha behov for bistand og oppfølging fra sosialtjenesten. Likevel kan de ikke påberope seg rett til tjenester som kommunen kan pålegges å oppfylle umiddelbart. Dette vil i praksis kunne innebære at de har en rett til å "stå i en kø", men kommunen kan vedta at andre med større behov blir prioritert. Videre er kommunens plikter til å skaffe en varig bolig vag og upresis (13). Kvaliteten på de midlertidige husvære som kommunene er forpliktet til å tilby, viser seg ofte å være dårlig egnet når rehabilitering av rusmiddelmissbrukeren er siktemålet. Et annet poeng er at selv om kommunene nå har en plikt, både etter helselovgivningen og sosiallovgivningen, til å delta i utformingen av individuell planer, så utløser ikke planen i seg selv større forpliktelser fra kommunen enn det som følger av loven." (13).

rettssikkerhet er svekket når det gjelder muligheten til å klage på avslag, omfang eller innhold i tjenestene de mottar.

Både i det landsomfattende tilsynet (11) og kunnskapsoppsummeringen (13) i 2004 påpekte Statens helsetilsyn behovet for å tydeliggjøre og styrke sosialtjenestelovens bestemmelser som regulerer rusmiddelmisbrukeres rettigheter (13):

"for eksempel med en bestemmelse der brukeren sikres en rett [til] å motta de tjenester som defineres som nødvendig i en individuell plan for at brukeren skal lykkes i en rehabilitering."

Hensynet var at det skulle være en klar plikt for kommunene til samhandling med andre nivåer, blant annet for å yte materielle tjenester på det tidspunktet rusmiddelmisbrukeren har behov for dem (13). I det landsomfattende tilsynet (11) foreslo vi at det burde vurderes om behovet for fleksibilitet i tjenesteutformingen for rusmiddelmisbrukere i aktive rusfaser burde tydeliggjøres. Vi viste til at etter vår vurdering burde rusmiddelmisbrukeres rettighetskrav på sosiale tjenester, jf. sosialtjenestelovens § 4-2 a-d (som lister opp hva de sosiale tjenestene skal omfatte), utvides til også å omfatte tjenester for å vedlikeholde resultater.²²

I det landsomfattende tilsynet i 2004 (11) anbefalte Statens helsetilsyn at rusmiddelmisbrukeres rettskrav på sosiale tjenester ble tydeliggjort overfor kommunene i form av rundskriv og/eller veiledningsmaterieill knyttet opp mot saksbehandling, tildeling og oppfølging. Vi påpekte at dersom rusmiddelmisbrukere og andre skal "sikres tilstrekkelige og forsvarlige tjenester er det nødvendig å tydeliggjøre både for kommunene og rusmiddelmisbrukere hva som kan være innholdet i de ulike tjenestene, og at dette innholdet formes mer ut fra rusmiddelmisbrukeres behov enn funksjonshemmede og eldres behov."²³ Videre viste vi til at det bør vurderes om behovet for fleksibilitet i tjenesteutformingen for rusmiddelmisbrukere i aktive rusfaser burde tydeliggjøres.

²² Rusmiddelmisbrukeres særlige behov for oppfølging i fasen etter institusjonsbehandling, kan tilsi at deres rettigheter til sosiale tjenester bør styrkes (13).

²³ Hvilke plikter som påhviler kommunen, synes å være uklart i tjenestene (11). Fragmentering av rettighetsbestemmelser bidrar til at rusmiddelmisbrukeres rettskrav til tjenester blir uklart og kan føre til ulik praktisering i kommunene uten at det kan tilbakeføres til individuelle forskjeller.

I kunnskapsoppsummeringen fra 2004 (13) viste vi dessuten til at det i helselovgivningen i større grad burde presiseres og tydeliggjøres en plikt for helsetjenesten og helsepersonell til å tilrettelegge tjenestetilbudet, slik at det blir tilgjengelig "uten for store krav til tilpasning og struktur fra pasientenes side."²⁴

3.5 Tjenestetilbudets helhet og sammenheng

3.5.1 Innledning

Manglende helhetlige og sammenhengende tjenester fremkommer i åtte av Statens helsetilsyns aktiviteter på rusområdet (8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Funnene er basert på henholdsvis to landsomfattende tilsyn (11, 12), fem kunnskapsinnhentinger (8, 13, 14, 15, 16), en rapport som blant annet oppsummerte to av våre tidligere kunnskapsinnhentinger på rusområdet fra 2004 (17) samt en artikkel fra rettighetsklage på legemiddelassistert rehabilitering (25).

Fragmentert organisering av tjenestene synes å bidra til manglende eller mangelfull samordning og tilrettelegging for samarbeid innen og mellom behandlingsnivåer, inkludert mellom sosialtjenesten og helsetjenesten, viser funn fra seks av våre tilsynsaktiviteter på rusområdet (8, 11, 12, 13, 15, 16). Utfordringene synes særlig å gjelde kommunens helhetlige ansvar for sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere.

3.5.2 Manglende samordning og tilretteleggelse for samarbeid

Manglende samordning og tilretteleggelse for samarbeid innen og mellom tjenestene fremkommer i resultater fra fire av våre tilsynsaktiviteter som gjelder sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere (12, 13, 15, 16).

²⁴ Videre viste vi til at det var "viktig at tilbudet om akuttbehandling innen spesialisthelsetjenesten, og da særlig avrusningstilbudet, utbygges og blir tilgjengelig når rusmiddelmissbrukere er motivert for behandling (13). I spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a er det en forskrifthjemmel om at Kongen kan gi bestemmelser om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk. For å tydeliggjøre hensikt med plassene og sikre at de finnes i alle helseregioner bør det vurderes om plikten bør forskriftsfestes."

Kunnskapsoppsummeringen i 2004 viste til at manglende samordning innen og mellom behandlingsnivåene, inkludert mellom sosial- og helsetjenestene, ofte var til hinder for at behandlingsmålene ble oppnådd (13). Dersom pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har foretakene plikt til å sikre at pasienten får tilbud om individuell plan, jmfør spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 (36). Det fremgår av departementets kommentarer til forskrift om individuell plan at hvem som har ansvar for å ta initiativ til å sette i gang planprosesser vil kunne variere.²⁵ Statens helsetilsyn påpekte i kunnskapsoppsummeringen i 2004 (13) at det må forventes at helsepersonell har en praksis som innebærer at pasienter med omfattende behov for sosial- og helsetjenester henvises videre for å sikre at pasienten kan få oppfylt sin rett til å få utarbeidet en slik plan. I praksis betyr dette at også helsepersonell i ambulansetjeneste og legevaktsordninger har en viktig informasjons- og videreformidlingsoppgave for å sikre at rett til nødvendige helsetjenester kan realiseres for rusmiddelmissbrukere (13, 14).

Her kan også nevnes at AMK-undersøkelsen i 2005 (14) tydet på fare for svikt i samarbeidet og manglende samarbeidsrutiner mellom AMK og politiet i forbindelse med øyeblikkelig hjelphenvendelser hvor det ble antatt at bevisstløsheten kunne skyldes inntak av rusmidler.

LAR-kartleggingen i 2005 tydet på forskjeller mellom tiltakene/sentrene når det gjaldt hvordan oppfølging av pasienter og samarbeidende tjenester - slik som fastlege og kommunale tjenester - ble organisert (15).

Manglende samordning og tilrettelegging for samarbeid innen og mellom tjenestene fremkommer også i to tilsynsaktiviteter med sosialtjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere (8, 11). I det landsomfattende tilsynet i 2004 (11) ble det funnet at i omtrent en tredel av kommunene var oppfølging av brukere under behandling mangelfull - sårbar og personavhengig. Resultatene viste at oppfølgingen var overlatt til den enkelte saksbehandler og at det ikke var innarbeidet rutiner for å sikre oppfølging av brukerne ved

²⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 forutsetter at helseinstitusjonen som omfattes av loven må sikre at pasienter som mottar helsetjenester gis tilstrekkelig informasjon for å kunne ivareta sine rettigheter etter pasientrettighetsloven. Det samme gjelder for kommunale helsetjenester, jmfør kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a, jmfør § 6-2a, som regulerer vilkårene for tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere (13).

sykdom og ferier eller skifte av ansatte. I tilsynet ble det konkludert med at organiseringen av tjenestene var til hinder for å tilpasse helhetlige sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere. I tilsynet ble det funnet at det ikke ble opplyst om rettigheter. En fragmentert organisering syntes dessuten å mangle samhandlingsarenaer for å koordinere og tilpasse tjenestene til rusmiddelmissbrukere.

Å få til samordning av tjenester til rusmiddelmissbrukere - tjenester som ble levert fra flere steder i kommunen - var en særlig utfordring, viste informasjon som Statens helsetilsyn fikk i samtaler med fem fylkesmannsembeter i 2006 (8). Noen av de vi snakket med mente at fokuset i stor grad var flyttet mot narkotikamisbrukere, og særlig mot de som hadde fått avtale om LAR-tiltak. Arbeidet i forhold til alkoholmisbruk og tjenestetilbud til alkoholikere hadde ikke samme oppmerksomhet.

3.5.3 Manglende helhetlige og sammenhengende tjenester

Tilsynsaktiviteter med sosialtjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere og med helse- og spesialisthelsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, viser Statens helsetilsyns resultater til utfordringer knyttet til manglende helhetlige og sammenhengende tjenester. For eksempel viste kunnskapsinnhentingene i 2006 (16) til et manglende helhetlig behandlingstilbud preget av tilfeldigheter og variasjon i oppfølgingstilbudet etter en alkoholforgiftning.

I det landsomfattende tilsynet i 2006 (12) ble det påvist manglende mulighet for å tilby pasientene sammenhengende tiltakskjeder. Dette skyldtes at samarbeidet med andre spesialisthelsetjenester og med kommunenes sosial- og helsetjenester ikke var tilfredsstillende. Det ble funnet svikt når det gjaldt å legge til rette for helhet og sammenheng i tjenesten ved at det ikke ble lagt til rette for å lage individuell plan. Det ble også funnet at det ikke var lagt til rette for samarbeid med andre spesialisthelsetjenester og kommunale sosial- og helsetjenester.

Her kan også nevnes en rettighetsklage der Statens helsetilsyn omgjorde vedtaket som Helsetilsynet i fylket hadde fattet (omgjøring av vedtak uten klage etter forvaltningsloven § 35) (25). Klagen var knyttet til utskrivning av en pasient fra legemiddelassistert behandling og henholdsvis LAR-tiltaket og Helsetilsynet i fylkets vurderinger av denne klagen.

Statens helsetilsyn konkluderte med at vedtaket om utskrivning fra LAR skulle ha vært basert på en mer helhetlig vurdering av pasientens situasjon.

Rusmiddelmissbrukerne hadde behov som tjenesten ikke kunne dekke fordi behovene ikke svarte til kommunens organisering og inndeling av tjenester, viste resultatene fra samtaler med fem fylkesmannsembeter (8). Når rus og psykiatri ble lagt til ulike virksomheter i kommunen, skaper dette ofte problemer for brukere som trengte et helhetlig tilbud. Flere nevnte at fragmentering av tjenestene førte til at noen brukere "faller mellom flere stoler": Brukerne hadde behov som tjenesten ikke kunne dekke da behovene ikke svarte til kommunens organisering og inndeling av tjenester. Det ble påpekt at når rus og psykiatri var lagt til ulike virksomheter i kommunen, skapte dette ofte problemer for brukere som trenger et helhetlig tilbud.

3.5.4 Kommunens helhetlige ansvar for tjenestetilbudet - en særlig utfordring

Utfordringene knyttet til manglende helhetlig tjenestetilbud og sammenhengende tiltakskjede syntes særlig å gjelde kommunenes helhetlige ansvar for sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Dette viste resultater fra fire av våre tilsynsaktiviteter, henholdsvis det landsomfattende tilsynet i 2004 (11), det landsomfattende tilsynet i 2006 (12), oppsummering av samtaler med fem fylkesmannsembeter (8) samt kunnskapsoppsummeringen i 2004 fra pleie- og omsorgstjenester (17).

I rapporten "Pleie- og omsorgstjenester på strekk" (17) oppsummerte Statens helsetilsyn blant annet funn og erfaringer fra to tidligere rapporter om tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, henholdsvis det landsomfattende tilsynet (11) og kunnskapsoppsummeringen i 2004 (13). Oppsummeringen konkluderte med at det fortsatt syntes å gjenstå mye arbeid på kommunalt nivå:

"På bakgrunn av de ulike tilsynsaktivitetene Statens helsetilsyn har gjennomført de siste par årene med fokus på de helsemessige, medisinske og sosiale behov rusmiddelmissbrukere har og det tjenestetilbudet de får, synes det å være grunnlag for å konkludere med at det gjenstår mye arbeid på kommunalt nivå før gruppen får

det tjenestetilbudet de har behov for og rett til. Enten det gjelder hjelp til og opplæring for å holde orden i egen bolig og husholdning eller det dreier seg om å etablere et sosialt nettverk som er stabilt og støttende, gir tilsynserfaringene inntrykk av at dagens tjenestetilbud til gruppen er begrenset både i omfang, innhold og innretning. Kommunenes ansvar omfatter å sikre tilpassede tjenester, både i og utenfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg."

I kunnskapsoppsummeringen fra 2004 (13) pekte vi på at samarbeid og kommunikasjon mellom fastlege og resten av det kommunale hjelpeapparatet, og mellom de kommunale sosial- og helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere.

3.6 Kunnskap om tjenestetilbudet

3.6.1 Innledning

Manglende eller mangelfull systematisk registrering og kunnskap på så vel nasjonalt nivå som i den enkelte tjeneste påpekes i resultater fra seks av Helsetilsynets aktiviteter på rusområdet. Dette gjelder:

- rusmiddelmissbrukeres behandlingsbehov og tjenestetilbudets tilgjengelighet og kapasitet
- (innholdet i) tjenestetilbudet
- lærings- og forbedringsarbeidet i tjenestene

Funnene stammer fra henholdsvis fem kunnskapsinnhentinger (8, 13, 15, 14, 16), det landsomfattende tilsynet i 2006 (12) og en artikkel som oppsummerer erfaringer fra tilsynssaker (21).

3.6.2 Manglende kunnskap om behandlingsbehov og tjenestetilbudets tilgjengelighet

Mangelfull systematisk registrering og kunnskap på nasjonalt nivå og i tjenestene når det gjelder rusmiddelmissbrukeres behandlingsbehov, viser resultater fra tre av våre

kunnskapsinnhentinger på rusområdet (13, 15, 16). Eksempelvis viste LAR-kartleggingen i 2005 (15) at det på landsbasis ikke var gjennomført standardiserte og systematiske kartlegginger av behovet for tilbud om legemiddelassistert rehabilitering. Det ble dessuten funnet at ventetidsregistre ikke ble utført på enhetlig måte slik at det kunne gjøres sikre og fortløpende sammenlikninger på nasjonalt nivå.

I kunnskapsoppsummeringen i 2004 (13) ble det vist til mangelfull registrering og kunnskap om så vel behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere som tilgjengeligheten av tilbudet. I rapporten pekte vi på at nasjonale registreringssystemer på rusfeltet hadde lite tilgjengelige data om klient- eller pasientstrøm og at det fantes lite data om de behandlingsmetodene som ble gitt gruppen og hvilke behandlingsresultater man fikk (13). Vi viste til at kartleggingssystemer, registre og annen tilgjengelig statistikk var mangelfulle for å kunne gjennomføre løpende tilsynsmessig overvåkning av tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Dette skyldtes først og fremst vansker med å identifisere og avgrense rusmiddelmissbrukere som gruppe i de generelle databasene. Andre årsaker var at registrene til dels var ufullstendige og hadde kvalitetsmangler, noe som gjaldt så vel de nasjonale registreringssystemene på rusfeltet som de generelle registrene.

Kunnskapsinnhentingen i 2006 (16) viste at det ikke eksisterte noen systematisk oversikt over verken hvem personer med alkoholforgiftninger er med hensyn til alder, kjønn, sosiale bakgrunnsvariabler og så videre, og hvor eller hvordan personer med alkoholforgiftning sorteres, det vil si hvor mange alkoholforgiftninger som ble behandlet på legevakten eller annet sted.

3.6.3 Manglende kunnskap om innholdet i tjenestetilbudet

Manglende eller mangelfull systematisk registrering og kunnskap om (innholdet i) behandlingstilbudet som tilbys eller ytes, viser resultater fra tre av Statens helsetilsyns aktiviteter på rusområdet (12, 16, 21).

I kunnskapsinnhentingen i 2006 (16) ble det funnet gjennomgående lite kunnskap om tjeneste- og oppfølgingstilbudet i forbindelse med en akutt alkoholforgiftning - blant annet hva som ble tilbudt av videre oppfølging etter at den akutte forgiftningsfasen var over.

Mangelfull dokumentasjon eller innholdsmessig mangelfull journalføring viste resultater både fra det landsomfattende tilsynet i 2006 (12) og en artikkel som oppsummerer resultater fra tilsynssaker knyttet til pasientdokumentasjon (21). Som nevnt i kapittel 3.3. fremgikk det i artikkelen om enkeltsaker at journalene ofte ikke inneholdt tilstrekkelig informasjon om sykehistorie, observasjon og funn, slik at man i ettertid kunne se hva som lå til grunn for de behandlingsbeslutningene som ble tatt (21). Det var dessuten ikke nedtegnet informasjon om videre plan for oppfølging av pasientene, noe som særlig gjaldt i behandling av pasienter med rusmiddelproblemer. Resultater fra det landsomfattende tilsynet i 2006 (12) avdekket også flere tilfeller med mangelfull nedtegnelse av pasientopplysninger i journaler. I en del tilfeller manglet behandlingsplaner, noe som gjorde det vanskelig å gjennomføre kontinuerlig evaluering av behandlingsforløp. Det ble påvist svakheter i forhold til det å føre fortløpende journal. Blant annet var innholdet i flere tilfeller utilstrekkelig i forhold til å beskrive pasientens tilstand. Det ble påvist tilfeller der medisinske opplysninger etter konsultasjon hos allmennlege ikke var ført inn i pasientjournalen ved institusjonen (12).

3.6.4 Manglende lærings- og forbedringsarbeid i tjenestene

Den enkelte virksomhet/tjeneste har ansvar for å etablere systemer som i størst mulig grad kan forebygge og fange opp uplanlagte hendelser/feil både for å begrense skadevirkninger og å unngå at tilsvarende feil skjer igjen. Dette fremgår av internkontrollforskriften, som er et hjelpemiddel for systematisk styring - kort sagt for å "holde orden i eget hus" (30). Det forventes av virksomheter lærer av så vel egne som andres erfaringer og på denne bakgrunn blant annet sørger for kompetansehevende tiltak.

Lærings- og forbedrings- eller utviklingsarbeid i tjenestene er et tema som Statens helsetilsyn i økende grad har tematisert i rapporter fra tilsynsaktiviteter de siste årene. Tjenestene hadde i mange tilfeller ikke systemer for å lære av egne erfaringer og uønskede hendelser viser resultater fra to av våre tilsynsaktiviteter på rusområdet (12, 14).

I det landsomfattende tilsynet i 2006 (12) ble det funnet tilfeller med svikt i systematikken knyttet til om en virksomhet registrerte feil og uplanlagte hendelser og brukte disse aktivt i sin interne læring og kontinuerlige forbedring. Det ble for eksempel i liten grad lagt opp til

at uønsket eller uplanlagt drop-out²⁶ var situasjoner som skulle brukes til å forbedre egen virksomhet. Her kan også nevnes at det ble pekt på mangler ved styringssystemene i en tredjedel av virksomhetene som det ble ført tilsyn med, selv om internkontroll ikke var et eget tema i dette tilsynet (12).

Virksomhetene syntes i liten grad å utnytte eksisterende muligheter - og i noen tilfeller heller ikke å bruke allerede etablerte systemer - i forbedringsøyemed, viste resultater fra undersøkelse som Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) gjorde på oppdrag av Statens helsetilsyn (14). Kun en av de åtte akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK)²⁷, som det ble innhentet informasjon om i 2005, syntes å ha organisert et godt system for blant annet læring i form av gjennomgang av lydlogger.²⁸ Med ett unntak benyttet ikke AMK-sentralene som vi undersøkte de mulighetene som allerede fantes i eget system til lærings- og forbedringsarbeid i virksomheten. Eksempelvis lyttet de ikke på lydlogger fra egne og andres nødmeldinger med hensyn til hvilke vurderinger, prioriteringer og iverksettelse av respons som ble gjort, inkludert hvilke veiledningstiltak som ble gitt innringer ved melding om øyeblikkelig hjelp. Det syntes dessuten å eksistere hindre i AMKs registreringsverktøy;²⁹ Det var vanskelig å korrigere eventuell feilinformasjon om pasientens symptomer og tilstand registrert ved den enkelte medisinske nødmelding.

Avslutningsvis kan det nevnes at i foredraget "Hva gjør Helsetilsynet med uretten de oppdager?", som direktør for Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen, holdt på Ruspolitisk seminar den 16. mars 2007, viste han også til virksomhetenes forbedringsarbeid (26):

"Vår erfaring er at avvikene³⁰ blir lukket, men vi savner et utvidet læringsperspektiv – vi savner at kommuner eller HF/RHF spør seg selv om det

²⁶ Med *drop-out* menes at pasienten avbryter behandlingsopplegget helt eller for en kort periode.

²⁷ AMK = akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (den medisinske nødmeldetjenesten 113).

²⁸ *Lydlogg* er båndopptak av all tale som formidles via telefon og radiokommunikasjonslinjer i AMK-sentralen, deriblant samtale mellom AMK-operatør og innringer til medisinsk nødtelefon – 113 (14).

²⁹ Databasen *AMIS*, som er forkortelse for det akuttmedisinske informasjonssystemet, er AMK-sentralenes arbeidsredskap for registrering av hendelser som ringes inn til medisinsk nødnummer 113 (14).

³⁰ *Avvik* er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeket mulighet for forbedring.

tilsynsmyndigheten fant kan være en systematisk feil som også kan finnes i andre deler av den virksomheten de har ansvar for."

4. Statens helsetilsyns tiltak basert på tilsynserfaringer fra rusområdet i 2004-2006

4.1 Innledning

Foreliggende oppsummering er basert på ulike tilsynsaktiviteter på rusområdet som Statens helsetilsyn har utført i treårsperioden 2004-2006. Vi viser til vedlegg 1 for en kronologisk oversikt over de ulike aktivitetene. Der gis en kort presentasjon av funn, erfaringer og tilsynsmessige vurderinger knyttet til den enkelte aktivitet.

I kapittel 3 i denne oppsummeringen har vi søkt å sammenstille og oppsummere erfaringer og funn fra de ulike tilsynsaktivitetene. Kunnskapen danner grunnlag for Statens helsetilsyns vurderinger av fare for svikt på rusområdet og er sentral i prosessen, som fører frem til våre vurderinger av tilstandene i tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, samt beslutninger om prioritering av områder for tilsyn. Hensikten med oppsummeringen er følgelig også å gi grunnlag for å beslutte eventuelle nye tilsynsaktiviteter på rusområdet.

Statens helsetilsyn søker å ha en langsiktighet og sammenheng i prioriteringen av tilsynsressursene. Vi søker å bruke tilsynserfaringer fra aktiviteter gjennomført med ulike metoder. Den årlige prosessen for prioritering av tilsynsområder for kommende år, bygger således blant annet på erfaringer, funn og vurderinger fra tidligere og pågående tilsynsaktiviteter.

Som det fremgår av vedlegg 1 har det vært gjennomført ulike tilsynsaktiviteter på rusområdet hvert av årene i denne perioden. Resultater fra disse aktivitetene har blitt spilt inn i prioriteringsprosessen for neste år og slik bidratt til grunnlaget for beslutning om aktuell tilsynsaktivitet på rusområdet kommende år. Vårt kunnskapsgrunnlag baseres også på kunnskap fra andre kunnskapsprodusenter. I tillegg vil prioritering mellom områder, samt en rekke andre forhold, være avgjørende. Statens helsetilsyns ressurser er begrensede og må prioriteres.

4.2 Statens helsetilsyns formidling av resultater og vurderinger

Resultater, tilsynsmessige vurderinger og forslag til tiltak, både for Statens helsetilsyn og innen andre instansers ansvarsområde, har blitt publisert ved avslutning av den enkelte aktivitet. Eksempelvis er det utarbeidet oppsummeringsrapporter for hvert av de landsomfattende tilsynene. På samme måte er det utarbeidet egne rapporter fra våre kartlegginger og kunnskapsoppsummeringer. Alle rapportene er publisert i Statens helsetilsyns rapportserie, som er tilgjengelig på vår nettside

I tillegg har det blitt utarbeidet særskilte oversendelsesbrev for hver rapport til aktuelle departementer, sosial- og helsedirektoratet og til de som eier og driver tjenestene. I oversendelsesbrevene til aktuelle instanser har vi pekt på de viktigste resultatene og våre vurderinger av disse. Vi har presentert de viktigste funnene, våre tilsynsmessige vurderinger og påpekt de ulike aktørenes ansvar for å iverksette aktuelle tiltak innen eget ansvarsområde.

Resultater fra oppsummeringer av tilsynssaker og rettighetsklager har blitt publisert dels som artikler i den årlige utgaven av Statens helsetilsyns "Tilsynsmelding", dels som artikler i aktuelle tidsskrifter, i Statens helsetilsyns elektroniske publikasjon **TILSYNSINFO**, og også som brev til aktuelle instanser.

I våre ulike publikasjoner og brev har vi presentert våre funn og tilsynsmessige vurderinger. Vi har påpekt der det er behov for forbedringer og/eller endringer innenfor ulike aktørers ansvarsområde; eksempelvis der det er behov for forbedring eller utvikling av samarbeidsrutiner innen og/eller mellom behandlingsnivåer, avklaring av spørsmål knyttet til faglige standarder og retningslinjer for tjenesten eller presisering og tydeliggjøring av rettigheter og plikter i lovbestemmelser, mer systematisk registrering og kunnskap om tjenestetilbud og tjenestebehov, oppgradering eller forbedring av kartleggingssystemer eller registerdata og at sosial- og helsetjenester etterser eller forbedrer sine rutiner (26).

I 2007 har Statens helsetilsyn, i tillegg til å utarbeide foreliggende oppsummering om tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere, også inkludert noen problemstillinger om rusmiddelmisbruk i ett av de pågående landsomfattende tilsynene. I veileder for det

landsomfattende tilsynet i 2007 med kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser står det at tilsynet også skal omfatte personer med sammensatte problemer, slik som "samtidig alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk eller utviklingshemming" (27).³¹

4.3 Tilsynserfaringer og politiske prioriteringer

I lys av helsepolitiske mål og prioriteringer på rusområdet, synes det som Statens helsetilsyns tilsynserfaringer på flere områder sammenfaller med utfordringer som er påpekt i og som følges opp blant annet i de satsningsområdene som er løftet fram i "Regjeringens handlingsplan mot rusmidler 2006-2008" (10). Her vises det blant annet til det landsomfattende tilsynet i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere hvor det ble funnet alvorlige mangler ved tjenestene. Kommunenes ansvar for det langsiktige behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skal følges særskilt opp og tiltak gjøres, og målsettingen er "betydelig bedring av påpekte forhold" i løpet av handlingsplanperioden (10). Det påpekes også at det er "et betydelig behov for å styrke forskning innen behandlings- og rehabiliteringsområdet i årene framover."

I Helse- og omsorgsdepartementets "Bestillerdokument" til de regionale helseforetakene for 2006 ble helhetlig rehabilitering og behandling fremhevet som et prioritert område når det gjelder rusmiddelproblemer (32). I tillegg påpekes det i handlingsplanen at et av de viktigste bidragene til å heve kvaliteten i tjenestetilbudet, er å bedre samordningen og koordineringen av tjenestene slik at rusmiddelmisbrukeren kan få hjelp med sin avhengighet, helseproblemer og sosiale problemer på samme tid (10). Det understrekes at det påhviler både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene et krav om å samarbeide, noe som også er nedfelt i lovverket flere steder. Kommunen har også ansvar for å følge opp i form av videre behandlingstiltak.

³¹ I følge denne veilederen skal tilsynet "undersøke om og hvordan kommunen etterlever myndighetskrav til tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som bor utenfor institusjon." Videre vises det til at tjenestemottakere med dobbeltdiagnoser ofte vil motta ulike tjenester begrunnet i rusmiddelmisbruk eller utviklingshemming. Det vises også til at utfordringer for dette tilsynet vil være å etterse om tiltak og tilbud som utløses på grunn av denne (samtidige) psykiske lidelsen blir forsvarlig ivarettatt og om det samlede tjenestetilbudet er koordinert slik at tilbudet totalt sett er forsvarlig (27).

Det fremgår av St.prp. nr. 1 (2007-2008) fra Helse- og omsorgsdepartementet at det fremmes forslag om opptrappingsplan for rusfeltet (34). Opptrappingsplanen omfatter mål og tiltak på hele rusfeltet og tar for seg så vel forebygging som behandling og rehabilitering. I tillegg legges det til rette for et faglig løft gjennom forskning og styrking av kompetanse og kvalitet. Det vises blant annet til evalueringen av rusreformen og Statens helsetilsyns aktiviteter i 2006-2007 som peker på utfordringer og behov på rusfeltet, og det vises til at opptrappingsplanen tar opp i seg disse utfordringene.

Opptrappingsplanen på rusfeltet har fem delmål, som blant annet inkluderer bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester, forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse (34). Regjeringen vil satse "systematisk på å styrke og videreutvikle det kommunale rusarbeidet". Det fremgår også at mangelen på samhandling innen og mellom kommunale sosial- og helsetjenester, spesialisthelsetjenester og andre sektorer, kanskje er den største utfordringen. Det er behov for å avklare roller og å bli enige om handlingsmønstre. Det vises i proposisjonen til at:

"For å nå de politiske målsetningene om helhetlige helse- og sosialtjenester, må alle ta sin del av ansvaret." (34).

5. Statens helsetilsyns vurderinger og konklusjon

5.1 Statens helsetilsyns vurderinger

Gjennom en systematisk lesing av Statens helsetilsyns kilder over tilsynserfaringer fra perioden 2004-2006 fant vi noen felles temaer og mønstre. Dette er presentert i kapittel 3.

Vi fant at det er noen utfordringer og problemområder som synes å gå igjen når det gjelder tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Statens helsetilsyn fant svikt eller fare for svikt på følgende områder:

- Tjenestetilbudets tilgjengelighet:
Resultatene viser manglende tilgjengelighet eller begrensninger i tjenestetilbudets tilgjengelighet for rusmiddelmissbrukere. Dette synes å handle om både manglende kapasitet og geografiske forskjeller, ulik praksis eller andre variasjoner i tilgjengelighet, herunder tjenester som ikke anvendes i forhold til eller ikke er tilpasset rusmiddelmissbrukere.
- Tjenestetilbudets innhold:
Resultatene viser fare for svikt i innholdet i tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Dette synes dels å gjelde behovet for (nødvendig og tilstrekkelig) kompetanse i tjenestene, kvaliteten på tjenestene og (manglende eller mangelfull etterlevelse av) faglige retningslinjer i/for tjenestene.
- Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere og myndighetskrav:
Resultatene viser manglende etterlevelse av myndighetskrav, dels som følge av manglende kunnskap om lovbestemmelsene, og dels som følge av svakheter eller begrensninger i lovgivningen.
- Tjenestetilbudets helhet og sammenheng:

Resultatene viser manglende helhetlige og sammenhengende tjenester. Fragmentert organisering av tjenestene synes å bidra til manglende eller mangelfull samordning og tilretteleggelse for samarbeid innen og mellom behandlingsnivåer, inkludert mellom sosialtjenesten og helsetjenesten. Utfordringene synes særlig å gjelde kommunens helhetlige ansvar for sosial- og helsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere.

- Kunnskap om tjenestetilbudet:

Resultatene viser manglende eller mangelfull systematisk registrering og kunnskap på så vel nasjonalt nivå som i den enkelte tjeneste. Dette gjelder rusmiddelmissbrukeres behandlingsbehov, tjenestetilbudets tilgjengelighet og kapasitet. Virksomhetene synes dessuten å mangle systemer for lærings- og forbedringsarbeid i tjenestene.

De brudd på myndighetskravene som påpekes i de landsomfattende tilsynene blir fulgt opp av Helsetilsynet i det enkelte fylket og fylkesmannsembetet. Påpekte avvik blir fulgt opp til de er lukket. Vår erfaring er at den enkelte virksomhet, som vi har ført tilsyn med, retter opp de forhold hvor vi har påpekt at tjenesteutøvelsen bryter med myndighetskravene.

Statens helsetilsyns generelle erfaringer fra landsomfattende tilsyn med sosial- og helsetjenestetilbudet er imidlertid at det synes som om våre tilsynserfaringer ikke aktivt blir brukt i lærings- og forbedringsarbeidet i andre deler av tjenestene enn de virksomhetene det har blitt ført tilsyn med.

Det framgår av Helsedepartementets strateginotat fra 2004, "Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere" (1), at hensikten med rusreformen var å bidra til:

- at rusmiddelmissbrukere skulle få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skulle bli bedre
- at tiltaksapparatet dannet en helhetlig kjede
- at tiltakene ble organisert slik at rusmiddelmissbrukeres individuelle behov ble fanget opp og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet ble sikret

- og at ansvaret til enhver tid var klart, og at det ble samarbeidet mellom og innen de ansvarlige forvaltningsnivåene.

Med bakgrunn i våre tilsynserfaringer fra perioden 2004-2006 synes det ikke som om målformuleringene i Strateginotatet (1) er innfridd.

Fagmyndigheter og eiere er ansvarlige for at tjenestene har tilgang på kunnskap om hva som er rett kvalitet på tjenestene. Faglige standarder og retningslinjer som er utydelig formulert eller ikke beskrevet, kan i seg selv utgjøre en risiko (16). Vi vil trekke frem to områder med særlige utfordringer. Den ene gjelder mangelen på faglig konsensus og kunnskapsbasert behandlingspraksis i flere av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utarbeide flere faglige retningslinjer om tjenester til rusmiddelmissbrukere. Arbeidet har et tidsperspektiv over flere år. Utarbeidelsen av nye retningslinjer for LAR er foreløpig stilt i bero i påvente av at det skal lages en forskrift om LAR-behandling. Det er ventet at det foreligger nye retningslinjer i løpet av 2009 når det gjelder LAR.³²

Den andre utfordringen på rusområdet er, etter Statens helsetilsyn vurdering, kommunenes ansvar for å gi rusmiddelmissbrukere et helhetlig tilbud, som sikrer nødvendige helse- og sosialtjenester som gir mulighet for bolig, utvikling av sosiale nettverk og et liv med meningsfulle aktiviteter.

5.2 Konklusjon

Statens helsetilsyn har tidligere formidlet resultatene fra de ulike aktivitetene til ansvarlige instanser. Vi registrerer at våre tilsynserfaringer på rusområdet sammenfaller med tilgjengelig forsknings- og annen erfaringsbasert kunnskap, og synes å bli fulgt opp i ulike tiltak både på politisk og administrativt nivå.

³² I St.prp. nr. 1 (2007-2008) (34) fremgår det side 105 at: "Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for LAR og annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette arbeidet vil inngå i direktoratets kvalitetsstrategi 2005-2015. I tillegg vil det bli utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for behandling av dobbeltdiagnosepasienter, jf. kap. 743 og retningslinjer for oppfølging av gravide rusmiddelavhengige i LAR".

"Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008" (10) viser at det er tatt initiativ til å følge opp det blant annet Statens helsetilsyn på ulike måter, i brev, rapporter, artikler og så videre, har påpekt om svikt og fare for svikt på rusområdet. I St. prp. nr.1 (2007-2008) fra Helse- og omsorgsdepartementet (34) fremmes forslag om opptrappingsplan for rusfeltet.

De regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene er ansvarlige for at tjenestene de tilbyr er forsvarlige. De regionale helseforetakene skal sikre at det finnes tilstrekkelig og helhetlig behandlingstilbud, herunder akutt- og avrusningstilbud, til rusmiddelmisbrukere. Det påhviler også spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene et krav om å samarbeide.

Vi vil påpeke at det er viktig å ha et bredt fokus på tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere. For å illustrere dette fra en brukers ståsted og erfaring siterer vi fra et innlegg av Kjell Skar fra brukerorganisasjonen RIO. På Ruspolitisk seminar 16. mars 2007 uttalte han følgende:

"Hvis vi i det hele tatt skal ha en sjanse, burde det snart være klart, at behandlingen i institusjon, kun er en bit av det vi trenger. Å få bukt med rusen, er det minste problemet vi har. Det er det fort gjort å bli kvitt. Men hvis vi skal starte et nytt liv, er gjelden vi har pådratt oss, nettverket vi mangler, tennene vi mangler, hjemmet vi ikke har, som ofte vil være en avgjørende faktor, for hvorvidt vi klarer å forbli rusfri." (33)

Statens helsetilsyn forutsetter at ansvarlige aktører på ulike nivåer innen sosial- og helsetjenestene, både på administrativt og klinisk nivå, følger opp våre tilsynsmessige vurderinger. Vi forventer at ulike instanser innen tjenestene bruker våre tilsynsmessige vurderinger, i sitt arbeid med å legge til rette for et forsvarlig og godt sosial- og helsetjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere.

Det ligger i Statens helsetilsyns mandat å gripe inn når vi får kunnskap om virksomheter eller helsepersonell som utøver sin virksomhet i strid med lovgivningen. I tillegg vurderes

status og behov for ny tilsynsaktivitet på rusområdet i den årlige prosessen for prioritering av tilsyn.

Litteraturliste

1. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Oslo: Helsedepartementet, 2004.
2. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Oslo: Sosialdepartementet, 2002.
3. Landsomfattende tilsyn i 2007. I: Tilsynsmelding 2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007: 46.
4. 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. Rapport fra Helsetilsynet 3/2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006
5. Områdeovervåkingsprosjektet. Prosjektplan 2005-2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
6. Tilsynsmyndighetens områdeovervåkingsprosjekt. Delprosjekt. Systematisering av tilsynserfaringer. Intern rapport. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
7. Kunnskapskilder om sosialtjenesten – oversikt over tilgjengelige kunnskapskilder med relevans for tilsynsmyndigheten. Et verktøy for områdeovervåking i sosialtjenesten. Internt arbeidsdokument for en arbeidsgruppe for utvikling av områdeovervåking i sosialtjenesten 2002-2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
8. Oppsummering av samtaler med fem fylkesmannsembeter om sårbarhet og fare for svikt i sosialkontortjenesten - Statens helsetilsyn: Notat - ikke publisert offentlig. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
9. Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
10. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet, 2005.
11. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.

12. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 3/2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
13. Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbudet i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
14. Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet - annerledes ved rus? Rapport fra Helsetilsynet 7/2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006
15. Kartlegging av visse problemstillinger knyttet til tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering høsten 2005 – en oppsummering (Saksnr 2005/1014).
16. "Kjem du levande inn, kjem du levande ut" – men kva skjer så? Oppfølgingstilbudet etter ei alkoholforgifting. Rapport fra Helsetilsynet 2/2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
17. Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Rapport fra Helsetilsynet 7/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005
18. Vanedannende legemidler til rusmiddelmissbrukere. I: Tilsynsmelding 2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006: 7.
19. Vis varsemnd ved forskrivning. I: Tilsynsmelding 2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006: 27.
20. Tema: Behandling med vanedannende legemidler. Tilsynsinfo 2005; (1):1-2.
21. Tema: Pasientdokumentasjon, journalføringsplikten. Tilsynsinfo 2006; (1):2.
22. Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven for 2004. Brev 28. juni 2005 fra Statens helsetilsyn til fylkesmennene
23. Sammenstilling av fylkenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven for 2005. Brev 8. mai 2006 fra Statens helsetilsyn til fylkesmennene.
24. Klagesaker etter sosialtjenesteloven 2006 – sammenstilling av fylkesmennenes rapportering. Rapport fra Helsetilsynet 7/2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
25. Rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering. I: Tilsynsmelding 2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007: 16.

26. Hanssen Lars E. Hva gjør Helsetilsynet med uretten de oppdager? Foredrag på Nasjonalt Ruspolitisk Seminar, Fra rett til urett - er dagens rusmiddelavhengige rettsløse? 16. mars 2007.
27. Veileder for landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
28. Gundersen T. Rusklienter og tjenester før "rusreformen". En tverrsnittsundersøkelse. Rapport STF78 A044513. Oslo: SINTEF og Roglandforskning, 2004.
29. Dokument nr 3:12 (2004-2005). Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmissbrukere. Oslo, Riksrevisjonen, 2005
30. Forskrift 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
31. Veileder i behandling av pasientrettighetsklager. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
32. Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter i 2007 til de regionale helseforetakene.
33. Skar K. Hvordan hindre urett – er vi rettsløse? Foredrag på Ruspolitisk seminar 16. mars 2007.
34. St.prp. nr. 1 (2007-2008). Statsbudsjettet for budsjettåret 2008. Helse- og omsorgsdepartementet.
35. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
36. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
37. Vanedannende legemidler - forskrivning og forsvarlighet. Rundskriv IK-2755. Statens helsetilsyn, 2001.
38. Lov 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter av (pasientrettighetsloven),

Vedlegg 1 Resultater fra tilsynsaktiviteter på rusområdet i 2004-2006

I vedlegg 1 gir vi en kronologisk oversikt over ulike tilsynsaktiviteter utført av Statens helsetilsyn på rusområdet i perioden 2004-2006 og et kort resymé av funnene fra disse (tilsyns)aktivitetene. Ved disse tilsynsaktivitetene er det brukt forskjellige metoder. Funn og vurderinger er fortrinnsvis formidlet i vår rapportserie, Rapport fra Helsetilsynet, i artikler i TILSYNSINFO eller i vår årlige publikasjon, Tilsynsmelding. Vurderinger og forslag til tiltak kan også være formidlet i form av brev, og/eller oversendelsesbrev som henviser til rapport, til ansvarlige instanser på ulike nivåer innen sosial- og helsetjenestene. Noen av aktivitetene det vises til her er interne rapporter, som kun tilgjengelig for Statens helsetilsyn, Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene på intranettet Losen.

1.1 Tilsynsaktiviteter og funn på rusområdet i 2004

1.1.1 Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbudet

Som ledd i Statens helsetilsyns områdeovervåkning³³ av rusfeltet ble det i 2004 gjennomført en kunnskapsoppsummering om rusmiddelmissbrukeres helsetilstand, det helsetjenestetilbudet de mottar fra primær- og spesialisthelsetjenesten og tilgjengeligheten av tjenestetilbudet. Rapporten *"Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbudet i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder"*, Rapport fra Helsetilsynet 2/2005 (13) presenterer funn og vurderinger fra kunnskapsinnhentingene hvor hovedvekten ble lagt på tunge alkohol- og narkotikamisbrukere. Det ble funnet at kartleggingssystemer, registre og annen tilgjengelig statistikk var mangelfull i forhold til å kunne gjennomføre en "løpende" tilsynsmessig

³³ *Områdeovervåkning* er tilsyn med et overordnet perspektiv og består i å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenesten i et tilsynsperspektiv. Kunnskapen danner grunnlag for tilsynsmyndighetens vurdering av sårbarhet eller fare for svikt og er sentral i prosessen som fører frem til Helsetilsynets vurderinger av tilstandene i sosial- og helsetjenestene samt beslutninger om prioritering av områder for tilsyn.

overvåkning av rusfeltet med hensyn til helsestatus, tjenestebehov og behovsdekning. På bakgrunn av innhentet kunnskap, konkluderte Statens helsetilsyn med at mange rusmiddelmissbrukere ikke fikk de tjenestene de hadde behov for - verken i kvantitet eller i kvalitet: Rapporten viste klare indikasjoner på at mange rusmiddelmissbrukere ikke fikk innfridd retten til nødvendig helsehjelp. Som særlig bekymringsfullt ble fremhevet de tunge rusmiddelmissbrukernes alvorlige og sammensatte helseproblemer, både somatiske og psykiske lidelser, og den høye dødeligheten som preger denne gruppen. Rapporten beskrev flere temaer hvor vi hadde behov for mer kunnskap, deriblant helsetjenester i forbindelse med overdoser eller forgiftninger av rusmidler.

1.1.2 Kunnskapskilder om sosialtjenesten - med relevans for tilsynsmyndigheten

I et internt arbeidsdokument, *"Kunnskapskilder om sosialtjenesten - oversikt over tilgjengelige kunnskapskilder med relevans for tilsynsmyndigheten. Et verktøy for områdeovervåkning i sosialtjenesten"* (7), redegjorde Statens helsetilsyn for ulike kunnskapskilder av relevans for å følge med på sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere i et tilsynsperspektiv. Det ble også redegjort for myndighetskrav på området og vist til at rusreformen ikke har endret kommunens ansvar for tjenester til rusmisbrukere etter sosialtjenesteloven. Sosialtjenestelovens kapittel 6 (særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere) har følgende virkeområder:

- § 6-1 Hjelpetiltak.
- § 6-1a Sosialtjenestens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende.
- § 6-2 Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.
- § 6-2a Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere.
- § 6-3 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

1.1.3 Landsomfattende tilsyn i 2004 med sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere

I 2004 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn³⁴ med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Funn og vurderinger ble oppsummert i rapporten "*Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere*", Rapport fra Helsetilsynet 4/2005 (11). Det ble undersøkt om og hvordan kommunene sikret rusmiddelmissbrukere sosiale tjenester. Sosialtjenestelovens (sotjl.) bestemmelser skal være et sikkerhetsnett for at alle som trenger hjelp skal få nødvendige tiltak. Det ble funnet at de sosiale tjenestene i liten grad ble anvendt overfor rusmiddelmissbrukere. Tjenestene ble dermed ikke de viktige virkemidlene de var ment å være for å sikre rusmiddelmissbrukere sosial trygghet og gode levekår. Der tjenestene var tilgjengelige ble de mange steder ikke benyttet fordi innretningen av dem var mer tilpasset eldre og funksjonshemmede enn rusmiddelmissbrukere. Situasjonen var bedre når det gjaldt innretningen av råd- og veiledningstjenesten, midlertidig husvære og oppfølgingen for de som var under behandling, men også her viste tilsynet at mange kommuner hadde mangelfull tjeneste.

1.1.4 Pleie- og omsorgstjenester på strekk

I rapporten "*Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*", Rapport fra Helsetilsynet 7/2005 (17), oppsummeres erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter med tilknytning til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere inngikk også i rapporten, men utgjorde kun et lite materiale og var ikke et sentralt tema i rapporten. Rapporten bestod av fire deler, hvorav del I inneholdt nye og mer detaljerte analyser av et materiale innsamlet av NOVA i forbindelse med en nasjonal undersøkelse i pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg innhentet NOVA i 2004 informasjon om tre utvalgte temaer gjennom kommunebesøk i forbindelse med en større studie de jobbet med, den såkalte LAG-studien (Livsløp, Aldring og Generasjon). Kun noen få av tjenestemottakerne i undersøkelsen var rusmiddelmissbrukere,³⁵ men disse syntes etter fagfolkernes vurdering å

³⁴ Landsomfattende tilsyn betyr at fylkesmennene og/eller Helsetilsynet i fylkene gjennomfører tilsyn med samme tema i alle fylker, vanligvis som systemrevisjoner (3). Systemrevisjon som tilsynsmetode, tar utgangspunkt i at helse- og sosialtjenesten har plikt til å styre sin virksomhet (ha internkontroll) slik at brukerne får de tjenester som er fastsatt i lov og forskrift (4).

³⁵ Gruppen talte bare 83 personer (dvs 0,6 % av totalutvalget), hvorav 79 % var menn. Dette var svært ulik kjønnsfordelingen i resten av utvalget, der kvinnene utgjorde 70 %.

få et tilstrekkelig tjenestetilbud. Del III i rapporten viste til ulike tilsynsaktiviteter fra 2003 og 2004 av relevans for vurdering av status i kommunale pleie- og omsorgstjenester, herunder tilsynsaktiviteter som gjaldt rusmiddelmissbrukeres behov og tjenestetilbud. Basert på funn og erfaringer fra to rapporter, henholdsvis *Oppsummering av det landsomfattende tilsynet i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere* (11) og *Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv* (13), konkluderte rapporten *Pleie- og omsorgstjenester på strekk* (17) med følgende når det gjelder tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere:

"På bakgrunn av de ulike tilsynsaktivitetene Statens helsetilsyn har gjennomført de siste par årene med fokus på de helsemessige, medisinske og sosiale behov rusmiddelmissbrukere har og det tjenestetilbudet de får, synes det å være grunnlag for å konkludere med at det gjenstår mye arbeid på kommunalt nivå før gruppen får det tjenestetilbudet de har behov for og rett til. Enten det gjelder hjelp til og opplæring for å holde orden i egen bolig og husholdning eller det dreier seg om å etablere et sosialt nettverk som er stabilt og støttende, gir tilsynserfaringene inntrykk av at dagens tjenestetilbud til gruppen er begrenset både i omfang, innhold og innretning. Kommunenes ansvar omfatter å sikre tilpassede tjenester, både i og utenfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg. Mange rusmiddelmissbrukere har sammensatte og langvarige medisinske og sosiale behov slik at tett samarbeid og kommunikasjon både mellom fastlege og resten av det kommunale hjelpeapparatet, og mellom den kommunale sosial- og helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for å sikre at gruppen får et forsvarlig tjenestetilbud."³⁶

1.1.5 Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2004

I brev av 28. juni 2005 til landets fylkesmannsembeter, *"Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven for 2004"* (22), fremkom følgende opplysninger om klagesaker som angikk eller kan ha angått tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere:

³⁶ Side 55-56 i rapporten *Pleie- og omsorgstjenester på strekk* (6).

- I 2004 behandlet fylkesmennene 46 saker etter sotjl. § 4-2d (plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester). Dette kan gjelde plass i institusjoner for rusmiddelmissbrukere, men kan også gjelde plass i aldershjem, barneboliger eller i privat forpleining. Etter rusreformen er rusinstitusjonene avgrenset til de utenfor spesialisthelsetjenesten.
- I 2004 ble det behandlet 73 saker etter sotjl. § 6-1 (hjelpetiltak). Sosialtjenesteloven kapittel 6 regulerer særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. Paragraf 6-1 omhandler hjelpetiltak. Bestemmelsen må sees i sammenheng med tiltak regulert i kapittel 4, som omfatter de sosiale tjenestene. Av materialet framgår det ikke hvordan fylkesmannsembetet skiller mellom saker etter §§ 4-2 og 6-1 når det gjelder rusmiddelmissbrukere og hva sakene etter § 6-1 primært omhandler.

1.1.6 Vanedannende legemidler til rusmiddelmissbrukere (2004)

Statens helsetilsyn har de senere årene hatt flere saker hvor man har vurdert forsvarligheten av behandlingen til pasienter med erkjent rusmiddelmissbruk. I en artikkel i Tilsynsmelding 2004, "*Vanedannende legemidler til rusmiddelmissbrukere*" (18), fremgikk det at i 2004 mistet fire leger retten til å rekvirere A- og B-preparater på grunn av uforsvarlig behandling av rusmiddelmissbrukere. I slike saker har Statens helsetilsyn lagt spesiell vekt på at behandlingen skal være faglig begrunnet i medisinske forhold: Det ble lagt vekt på om det var tilfredsstillende dokumentasjon for at behandlingen var indisert, om rekvireringen var et ledd i en behandlingsplan eller om den syntes å være styrt av pasienten, om effekt av behandling var løpende vurdert og om det var dokumentert tverrfaglig samarbeid. Statens helsetilsyn la også vekt på om det har vært dokumentert samarbeid med lokalt LAR-tiltak eller annen spesialisthelsetjeneste.

1.2 Tilsynsaktiviteter og funn på rusområdet i 2005

1.2.1 Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

På oppdrag fra Statens helsetilsyn, gjorde Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) i 2005 en undersøkelse av det akuttmedisinske tjenestetilbudet til bevisstløse personer hvor man antok at bevisstløsheten skyldtes inntak av rusmidler. Resultater og vurderinger ble presentert i rapporten "*Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet - annerledes ved rus?*", Rapport fra Helsetilsynet 7/2006 (14). Resultater i NAKOS-rapporten viste at akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) har etablert rutiner og prosedyrer som skal brukes og som ansatte og ledere opplever at blir brukt ved melding om behov for øyeblikkelig hjelp. Likevel viste et utvalg journaler at AMK ved mange av hendelsene ikke hadde håndtert nødmeldingene i tråd med faglige retningslinjer:

- Ved flere av henvendelsene hadde AMK ikke innhentet tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner til å ha et godt nok beslutningsgrunnlag for å vurdere forsvarlig respons.
- Ved flere av hendelsene ble det bedt om opplysninger om personalia (navn og fødselsdato) før bevissthet og respirasjon ble avklart.
- Ved mange av nødmeldingene ble ikke relevant veiledning i førstehjelp gitt innringer i påvente av ambulanse.

Undersøkelsen tydet også på at dersom AMK antok at alkohol var involvert, brukte de mer tid på å kartlegge omstendighetene rundt den øyeblikkelig hjelphenvendelsen før akuttmedisinsk respons ble iverksatt. Undersøkelsen ga derimot ikke holdepunkter for at AMK hadde unnlatt å kalle ut ambulanse eller lege til de aktuelle pasientene i materialet som ble undersøkt. Resultatene indikerte at det kan være behov for å bedre samarbeidsrutinene mellom AMK og politiet ved henvendelse om øyeblikkelig hjelp. Undersøkelsen ga ikke svar på om hendelser som antas å være rusrelaterte håndteres annerledes enn ved antagelse om andre årsaker til bevisstløshet, men vi har heller ikke holdepunkter for å hevde at dette faktisk skjer.

1.2.2 Kartlegging av visse problemstillinger knyttet til tilbudet om LAR høsten 2005

Høsten 2005 innhentet Statens helsetilsyn informasjon fra alle landets legemiddelassisterte rehabiliteringstiltak (LAR-tiltak) knyttet til noen sider ved tjenestetilbudet, slik som tilgjengelighet, ventelister og ventetider, rutiner for søknadsbehandling, inntak, forskrivning og samhandling og medikamentvalg og dosering. I brev av 26. februar 2007 til LAR-tiltakene/-sentrene, "*Kartlegging av visse problemstillinger knyttet til tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering høsten 2005 - oppsummering*" (15), redegjorde Statens helsetilsyn for resultater og tilsynsmessige vurderinger. Kartleggingen ga informasjon om at det i 2005 ble funnet ulikheter i organisering og gjennomføring av legemiddelassistert rehabilitering. LAR-kartleggingen tydet på at det var behov for en gjennomgang av situasjonen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunenes helse- og sosialtjenester, for å sikre bedre tilgjengelighet og kapasitet når det gjaldt legemiddelassistert rehabilitering. Statens helsetilsyn stilte spørsmål ved om ulikhetene kartleggingen hadde synliggjort var av en slik art at de kunne bidra til uønskede forskjeller i behandlingstilbudet, samt bidra til å svekke pasientenes rettsikkerhet. Det ble påpekt at det syntes å være potensial for å utvikle et mer enhetlig behandlingstilbud til pasienter som kan nyttiggjøre seg LAR. Det ble spesielt fremhevet at de ulikhetene kartleggingen viste i forhold til ventetider, beskrivelser av kapasitetsproblemer i kommunal sosialtjeneste og ulikheter i samarbeidet med fastlegene, var temaer som det var behov for at ansvarlige for de ulike tjenestene grep fatt i.

1.2.3 Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2005

I brev av 8. mai 2006 til landets fylkesmannsembeter, "*Sammenstilling av fylkenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven for 2005*" (23), fremkom følgende opplysninger om klagesaker som angikk eller kan ha angått tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere:

- I 2005 behandlet fylkesmennene 47 saker etter sotjl. § 4-2d (plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester).³⁷
- I 2005 ble det behandlet 52 saker etter sotjl. § 6-1 (hjelpetiltak).³⁸

1.2.4 Behandling med vanedannende legemidler (2005)

Legers forskrivningspraksis og behandling med vanedannende legemidler var et tema Statens helsetilsyn også tok opp i to artikler i 2005 (19, 20).³⁹ I artiklene fremgikk det at vi hvert år behandler flere (tilsyns)saker som gjelder behandling med vanedannende legemidler: Leger klages inn fordi forskrivning av vanedannende legemidler blir oppfattet som uforsvarlig.

Statens helsetilsyns erfaringer viste at behandling av rusmisbrukere var en stor utfordring for helsetjenesten og for helsepersonell (20). Dette gjaldt både ved legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og annen helsetjeneste som gis denne pasientgruppen. Inntaksvilkår og lang ventetid for behandling i LAR har også ført til større press på leger til å skrive ut vanedannende legemidler i ventetiden.

I 2005 mistet 12 leger rekvireringsretten, mens 11 fikk advarsel (19). Pasientstyrt og planløs forskrivning av legemidler gikk igjen i saker som førte til reaksjoner i form av advarsel eller tap av rekvireringsrett. Forskrivningen var preget av å være styrt av pasientens ønske om legemiddel, dose og behandlingsslengde uten at legen vurderte behandlingseffekt. Legen hadde dessuten ofte ikke vurdert behandlingalternativer eller i tilstrekkelig grad fulgt opp pasienten når det gjaldt uheldige effekter av behandlingen (19).⁴⁰

³⁷ Dette kan gjelde plass i institusjoner for rusmiddelmissbrukere, men kan også gjelde plass i aldershjem, barneboliger eller i privat forpleining. Etter rusreformen er rusinstitusjonene avgrenset til de utenfor spesialisthelsetjenesten.

³⁸ Sosialtjenesteloven kapittel 6 regulerer særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. Paragraf 6-1 omhandler hjelpetiltak. Bestemmelsen må sees i sammenheng med tiltak regulert i kapittel 4, som omfatter de sosiale tjenestene. Av materialet framgår det ikke hvordan fylkesmennene skiller mellom saker etter §§ 4-2 og 6-1 når det gjelder rusmiddelmissbrukere og hva sakene etter § 6-1 primært omhandler.

³⁹ Det vil si i artikkelen "*Vis varsemd ved forskrivning*" i Tilsynsmelding 2005 (19) og i artikkelen "*Behandling med vanedannende legemidler*" i TILSYNSINFO 1/2005 (20).

⁴⁰ Der man kan påvise mangel på innsikt hos legen som skriver ut legemidlene, ved at pasienten ikke er tilstrekkeleg utredet eller forsvarleg fulgt opp når han/hun bruker vanedannende legemiddel, kan dette føre til at legen mister rekvireringsretten. Der det har vært indikasjon for valgte legemiddel, men oppfølgingen har vært planløs og pasientstyrt, kan dette føre til advarsel med rettledning etter Rundskriv IK-2755 (19).

Ved vurdering i slike saker har det sentrale vurderingstemaet vært om det foreligger indikasjon for behandlingen (20). Det vurderes videre hvordan behandlingen følges opp, eksempelvis om det foreligger behandlingsplan som følges opp med regelmessige konsultasjoner.

1.3 Tilsynsaktiviteter og funn på rusområdet i 2006

1.3.1 "Kjem du levande inn, kjem du levande ut..."

I 2006 innhentet Statens helsetilsyn kunnskap om oppfølgingstilbudet til personer som ble brakt til legevakt og/eller sykehus etter en alkoholforgiftning. Resultater og vurderinger ble presentert i rapporten *"Kjem du levande inn, kjem du levande ut" – men kva skjer så? Oppfølgingstilbudet etter ei alkoholforgiftning*", Rapport fra Helsetilsynet 2/2007 (16). Vi fant gjennomgående lite systematisk kunnskap om hvem personer med alkoholforgiftning var, hvem som fikk helsehjelp, hvor de ble behandlet og hva de ble tilbudt av videre oppfølging. Tre grupper syntes å være overrepresentert blant personer som ble brakt til legevakt eller sykehus med alkoholforgiftning: 1) unge, ofte med psykiske helseplager, som ikke hadde opparbeidet erfaring og kontroll, 2) tyngre rusmiddelmissbrukere som levde marginalisert og kaotisk og 3) voksne med kronisk rusmiddelmissbruk som tålte mindre enn før på grunn av ulike helseplager. Resultater fra kunnskapsinnhentingene viste et manglende helhetlig behandlingstilbud preget av tilfeldigheter og variasjon. Det syntes å være både geografiske forskjeller i oppfølgingstilbudet, forskjeller i interne rutiner og forskjeller i så vel personalets holdninger til rusproblemer samt deres kompetanse om oppfølgingsbehov og behandlingstilbud.

1.3.2 Landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

I 2006 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Funn og vurderinger ble presentert i rapporten *"Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til*

rusmiddelmissbrukere", Rapport fra Helsetilsynet 3/2007 (12). Følgende fire faser i behandling av rusmiddelmissbrukere ble undersøkt: a) henvisning og vurdering, b) utredning, c) behandling og d) avslutning av behandling. Gjennom tilsynet ble det funnet at det fortsatt er store mangler når det gjelder muligheten til å gjennomføre forsvarlig vurdering, utredning og behandling fordi tjenestene manglet rett kompetanse. Flere virksomheter sikret ikke at henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling ble vurdert i tverrfaglige vurderingsteam innen fristen på 30 virkedager. Det ble påvist manglende mulighet for å tilby pasientene sammenhengende tiltaksskjeder fordi samarbeidet med andre spesialisthelsetjenester og med kommunenes helse- og sosialtjenester ikke var tilfredsstillende. Det ble dessuten funnet forhold som viste at virksomhetene ikke sørget for systematisk styring (internkontroll)⁴¹ slik at forsvarlig tjenesteyting ble sikret, eksempelvis knyttet til om virksomheten registrerte feil og uplanlagte hendelser og brukte disse aktivt i sin interne læring og kontinuerlige forbedring. "

1.3.3 Fem fylkesmannsembeter om sårbarhet og fare for svikt i sosialkontortjenesten

I 2005-2006 gjennomførte Statens helsetilsyn samtaler med fem fylkesmannsembeter for å få kunnskap om hva Fylkesmannen så som særlig sårbare områder i sosialkontortjenesten. Resultatene ble presentert i en intern rapport, "*Oppsummering av samtaler med fem fylkesmannsembeter om sårbarhet og fare for svikt i sosialkontortjenesten*" (8). Notatet er tilgjengelig på intranett for ansatte i Statens helsetilsyn, Helsetilsynet i fylkene og hos Fylkesmannen. Oppsummeringen var på høring i alle fylkesmannsembetene og ble bearbeidet på bakgrunn av høringen. De fleste embetene har i en generell kommentar meldt tilbake at de kjenner seg igjen i oppsummeringen fra Statens helsetilsyn.

Gjennom samtaler med fem embeter framkom en tydelig likhet i hva de fortalte om sårbarhet og fare for svikt i sosialkontortjenesten, herunder også tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Alle besøksfylkene var bekymret for at rusmiddelmissbrukere ikke fikk riktige og tilstrekkelige tjenester. Dette gjaldt både økonomiske ytelser etter kapittel 5 og sosiale tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven.

⁴¹ Internkontroll omhandler virksomhetens interne styring og egenkontroll.

Å få til samordning av tjenester til rusmiddelmissbrukere - tjenester som ble levert fra flere steder i kommunen - var en særlig utfordring. Rusreformen hadde enkelte steder ført til at kommunene syntes å være usikre på sine oppgaver på dette området, og det ble reist spørsmål om kommunene dels hadde fraskrevet seg ansvaret for rusmiddelbrukere etter reformen. Fokuset var i stor grad flyttet mot narkotikamisbrukere, og særlig mot de som hadde fått avtale om LAR-tiltak. Arbeidet i forhold til alkoholmisbruk og tjenestetilbud til alkoholikere hadde ikke samme oppmerksomhet, og det var klare signaler om at dette kunne være mangelfullt.

Flere besøksfylker nevnte at fragmentering av tjenestene førte til at noen brukere "faller mellom flere stoler". Dette skjedde fordi de hadde behov som tjenesten ikke kunne dekke fordi behovene ikke svarte til kommunens organisering og inndeling av tjenester. Når rus og psykiatri var lagt til ulike virksomheter i kommunen, skapte dette ofte problemer for brukere som trengte et helhetlig tilbud.

1.3.4 Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3

Spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for gjennomføringen av tvangsvedtak etter sotjl. § 6-2 som gjelder tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, § 6-2a som gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere og § 6-3 som gjelder tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke. I forbindelse med Stortingets vedtak av rusreformen, kom § 3-13 inn i spesialisthelsetjenesteloven, og bestemmelsen lyder som følger:

"Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal uten ugrunnet opphold varsle Helsetilsynet i fylket ved innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a. Varsel skal også gis ved innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-3 dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a."

I 2006 innhentet Statens helsetilsyn informasjon fra Helsetilsynet i fylkene for å kartlegge omfanget av varsler om tvang med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-13 og

hvordan varslene ble håndtert eller fulgt opp av Helsetilsynet i fylkene. Arbeidet med å systematisere og vurdere dette materialet pågår.

1.3.5 Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2006

I rapporten, "*Klagesaker etter sosialtjenesteloven 2006 - sammenstilling av fylkesmennenes rapportering*", Rapport fra Helsetilsynet 7/2007 (24), oppsummerte Statens helsetilsyn Fylkesmannens rapporteringer om klagesaker etter sosialtjenesteloven. Her fremgikk følgende opplysninger om klagesaker som angikk eller kan ha angått tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere:

- I 2006 behandlet fylkesmennene 27 saker etter sotjl. § 4-2d (plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester).⁴²
- I 2006 ble det behandlet 45 saker etter sotjl. § 6-1 (hjelpetiltak).⁴³

1.3.6 Rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering (jf. fvl. § 35-saker)

Statens helsetilsyn er overordnet organ når det gjelder rettighetsklager som Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har behandlet etter sosial- og helselovgivningen. Vedtak som er truffet av Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene er i utgangspunktet endelige og kan ikke påklages. Statens helsetilsyn kan imidlertid, som overordnet organ, omgjøre vedtak fattet av Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene, jamfør forvaltningsloven (fvl.) § 35 andre ledd, jf. første ledd.

⁴² Dette kan gjelde plass i institusjoner for rusmiddelmissbrukere, men kan også gjelde plass i aldershjem, barneboliger eller i privat forpleining. Etter rusreformen er rusinstitusjonene avgrenset til de utenfor spesialisthelsetjenesten. Den store nedgangen i antallet klager kan henge sammen med et mer avgrenset virkeområde for bestemmelsen (24).

⁴³ Sosialtjenesteloven kapittel 6 regulerer særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. Paragraf 6-1 omhandler hjelpetiltak. Bestemmelsen må sees i sammenheng med tiltak regulert i kapittel 4, som omfatter de sosiale tjenestene. Mens kapittel 4 dekker hjelpebehov som kan knytte seg til virkningene av rusmiddelmissbruk, inneholder kapittel 6 særlige hjelpetiltak rettet mot selve misbruket. Av klagesaks materialet framgår ikke hvor mange saker etter kapittel 4 som gjelder rusmiddelmissbrukere, og hvordan kommunene og fylkesmennene skiller mellom saker etter §§ 4-2 og 6-1 når det gjelder rusmiddelmissbrukere, og hva sakene etter § 6-1 primært omhandler. Den relativt store reduksjonen kan skyldes en mer avgrenset fortolkning av virkeområdet for bestemmelsen. Muligens gjelder disse sakene hjelpetiltak i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og dekning av opphold i private institusjoner for rusmiddelmissbrukere (24).

En artikkel i Tilsynsmelding 2006 tar for seg saker vurdert etter fvl. § 35 og temaet rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering (25). Det fremgår her at det er forholdsvis få saker som Statens helsetilsyn får inn med begjæring om omgjøring etter fvl. § 35.⁴⁴ Artikkelen ser nærmere på problemstillinger vedrørende legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og redegjør for Statens helsetilsyns vurdering og konklusjon i en konkret sak behandlet med hjemmel i fvl. § 35. Konklusjonene var knyttet til den konkrete saken, men ga også noen generelle føringer.

I artikkelen fremgikk det at pasientgruppen (rusmiddelmissbrukere) mente at kriteriene for inntak i og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering (LAR) var for strenge og i mange tilfeller uforsvarlige. Det fremgår i artikkelen at i noen saker har Statens helsetilsyn erfart at det tverrfaglige hjelpeapparatet rundt pasienten ikke har fungert slik LAR-forskriften forutsetter. En sak som Statens helsetilsyn behandlet i 2006 tjener som illustrasjon i artikkelen:

Foreldrene til en pasient henvendte seg til Statens helsetilsyn for å få vurdert Helsetilsynet i fylket sin behandling av klage på vedtak om utskrivning fra LAR. De ville også ha vurdert LAR-tiltakets behandling og oppfølging av den rusmiddelavhengige datteren. Pasienten hadde blitt utskrevet fra LAR på grunn av sidemisbruk. Før utskrivningen fikk pasienten en advarsel. Hun ble da rådet til å ta kontakt med sosialtjenesten for å få hjelp til å søke om avrusning og slik unngå utskrivning fra LAR eller å dokumentere rusfrihet på egenhånd i løpet av ca tre uker. Hun tok kontakt med sosialtjenesten umiddelbart og purret på dem flere ganger. På grunn av en forglemmelse fra sosialtjenestens side, ble hun ikke søkt inn til avrusning før etter at hun ble utskrevet fra LAR. Foreldrene henvendte seg til LAR og uttrykte bekymring for pasientens situasjon. De fikk da en orientering om vilkårene for gjeninntak i LAR, blant annet kravet om seks ukers dokumentert rusfrihet.

Pasienten påklaget avgjørelsen om utskrivning og det ble anført svikt på flere områder; Ansvarsgruppemøte ble ikke holdt i tråd med den individuelle planen, sosialtjenesten hadde ikke fulgt opp pasientens anmodninger om å søke henne inn for avrusning slik at utskrivning fra LAR kunne ha vært unngått, pasienten ble ikke vurdert for alternative

⁴⁴ I følge artikkelen fra 2006 hadde Helsetilsynet, som overordnet organ, "til nå" mottatt 15 henvendelser om rettigheter etter sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven (25). Fem av disse var anmodninger om omgjøring etter fvl. § 35, og Statens helsetilsyn fant grunnlag for å omgjøre vedtaket i en av sakene.

behandlingstilbud før utskrivningen fra LAR, pasienten ble i følge foreldrene og pasienten utskrevet uten oppfølging verken fra sosial- eller helsetjenesten.

Helsetilsynet i fylket konkluderte med at utskrivningen fra LAR var rettmessig, men at pasienten etter utskrivningen hadde rett til nødvendig helsehjelp. Om gjeninntak i LAR uttalte Helsetilsynet i fylket at det ikke bør være strengere krav for inntak i LAR for pasienter som tidligere er utskrevet på grunn av sidemisbruk enn for andre. Helsetilsynet i fylket uttalte videre at det var opp til spesialisthelsetjenesten å avgjøre når det var faglig forsvarlig å ta pasienten inn i LAR igjen.

Statens helsetilsyn mente imidlertid at vedtaket om utskrivning skulle ha vært basert på en mer helhetlig vurdering av pasientens situasjon. Vurderingen må bygge på hva som er faglig forsvarlig i den konkrete situasjonen og ikke på en forutbestemt prosedyre. Det ble videre funnet grunn til å bemerke at på det tidspunktet pasienten ble utskrevet fra LAR, var LAR kjent med at sidemisbruket hadde pågått i tre måneder. I et slikt tidsperspektiv var det grunn til å stille spørsmål ved hvorfor det ble vurdert som nødvendig å skrive henne ut fra LAR på akkurat dette tidspunktet. LAR måtte være kjent med hvor vanskelig det var å få etablert et tilbud om avrusning og at pasienten trolig var motivert for slik behandling. Når det gjaldt spørsmålet om gjeninntak, fant Statens helsetilsyn imidlertid at saken burde ha vært behandlet annerledes både av LAR og Helsetilsynet i fylket. I stedet for å gi en orientering om vilkårene for gjeninntak burde de ha behandlet henvendelsen som en klage på manglende oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. En sentral problemstilling ville da ha vært om de krav som ble stilt for gjeninntak var for strenge. Statens helsetilsyn så ikke at dette spørsmålet var vurdert verken av LAR-tiltaket eller Helsetilsynet i fylket. LAR sitt krav om seks ukers dokumentert rusfrihet og treukers fristen pasienten fikk til på egenhånd å dokumentere rusfrihet, fremsto som vilkårlig og således utbegrunnet og usaklig.

I artikkelen fremgikk det at av de mange utfordringer vi står overfor på dette området, er det å sørge for en mest mulig enhetlig behandling av rusmiddelmissbrukere i hele landet kanskje et av de viktigste.⁴⁵ Videre ble det vist til at "Vi vet at både LAR-sentrene og

⁴⁵ I mai 2007 ferdigstilte Statens helsetilsyn *Veileder i behandling av pasientrettighetsklager* (31), som også inkluderer et omfattende kapittel om behandling av rettighetsklager på LAR. Formålet med veilederen er å gi

Helsetilsynet i fylkene praktiserer regelverket forskjellig, noe som fører til at det er store regionale forskjeller i både antall klager som Helsetilsynet i fylkene mottar og i forhold til hvordan de som klageorgan vurderer disse klagenes.

1.3.7 Journalens innhold mangelfull - særlig ved rusbehandling

Den elektroniske publikasjonen TILSYNSINFO tar for seg sentrale temaer fra tilsynssaker. I TILSYNSINFO 1/2006 var pasientdokumentasjon og journalføringsplikt tema (21). Her inngår også en artikkel om det innholdsmessige innholdet i journalene. Følgende sitat, som angår tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, er fra artikkelen i denne publikasjonen:

"Basert på et stort antall enkeltsaker behandlet i Helsetilsynet er det grunn til å slå fast at journalføring rent innholdsmessig ofte er mangelfull. Ofte inneholder journaler ikke tilstrekkelig informasjon om sykehistorie, observasjon og funn, noe som gjør at det er vanskelig i ettertid å se hva som har ligget til grunn for de behandlingsbeslutninger som ble tatt. Videre ser vi ofte at det ikke er nedtegnet informasjon om videre plan for oppfølging av pasienter. Dette ser vi særlig i saker som gjelder behandling av pasienter med rusmisbruksproblemer. (...) Det er ingen enkel forklaring på hvorfor journalføringen mange ganger svikter. En hovedforklaring er trolig manglende bevissthet i deler av helsetjenesten om behovet for god dokumentasjon, og kanskje også manglende kunnskap om de krav som regelverket stiller til de som fører journal. Det er grunn til å påpeke at mangelfull informasjon om pasientbehandling også kan være uttrykk for at selve behandlingen ikke har vært forsvarlig, eller i hvert fall ikke god nok. Alle som fører journal bør som et minstekrav være kjent med innholdet i journalforskriften."

Helsetilsynet i fylkene et redskap til å utøve rett og hensiktsmessig behandling av klagenes. Pasientrettighetsloven åpner på flere områder for forskjellige måter å arbeide med sakene på. Veilederen har derfor også til hensikt å bidra til at klagesaksbehandlingen blir mest mulig lik.