

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018
med spesialisthelsetjenester til pasienter med
psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Et stykke igjen til likeverdige tjenester

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Innhold

: Forord	04
1 : Sammendrag	06
2 : Sammenheng mellom psykisk helse og rusmiddelproblem	12
2.1 Særtrekk og utfordringer	12
2.2 Behandlingstilbud og kompetanse. Hvem har ansvar for hva?	12
3 : Hva tilsynet undersøkte	14
3.1 Mål og pasientgrupper	14
3.2 Tilsynstemaer og avgrensning	14
4 : Funn. Mangelfullt grunnlag for å kunne gi tilpasset og samordnet behandling	17
4.1 Generelt om utredning av pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse	17
4.2 Utilstrekkelige kartlegginger og utredninger	18
4.2.1 Mangelfull avdekking og utredning av rusmiddelproblemer	18
4.2.2 Pasienters somatiske helsetilstand fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet	21
4.2.3 Pasienters mindreårige barn ble ikke alltid fulgt opp	23
4.2.4 Voldsrisiko fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet i alle helseforetak	25
4.3 Svakt grunnlag for diagnostisering og samordnet behandling	27
4.3.1 Mangelfulle forutsetninger for å kunne diagnostisere pasienter med samtidig ruslidelse	27
4.3.2 Alle pasienter var ikke sikret samordnet eller integrert behandling	28
4.4 Mangelfull styring utgjorde en risiko for pasientsikkerheten	31
4.4.1 Felles praksis, for gode og likeverdige tjenester, var ikke tilstrekkelig innarbeidet	32
4.4.2 Ledere hadde ikke lagt til rette for helhetlig og kompetent tjenestetilbud	34

5 :	Helsetilsynet forventer skjerpet ledelse på alle nivåer	38
5.1	Det var altfor vilkårlig hvem som fikk og ikke fikk kvalitativt gode tjenester	38
5.2	Helsetilsynets vurderinger og forventninger	38
5.2.1	<i>Psykisk helse i krise?</i>	38
5.2.2	<i>Det nytter ...</i>	39
5.2.3	<i>... men utfordringene er betydelige</i>	40
5.2.4	<i>Pasientene skal tilbys helhetlige og likeverdige tjenester av god kvalitet</i>	41
6 :	Gjennomføringen av tilsynet og erfaringer med pasienter som informanter	43
6.1	Omfang og praktisk gjennomføring	43
6.2	Lov og retningslinjer	43
6.3	Erfaringer med innhenting av informasjon fra pasienter	44
7 :	Referanser	47
:	Čoahkkáigeassu	50
:	English summary	51



Forord

Pasienter og brukere med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem skal oppleve hjelpen og behandlingen som helhetlig, der instansene gir integrert behandling eller legger til rette for nødvendig samhandling. Målet er at pasientenes ressurser støttes på en slik måte at deres helse og livskvalitet bedres.

Statens helsetilsyn besluttet at det skulle gjennomføres tilsyn med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse i 2017 og 2018. Tilsynet skulle gjennomføres av alle fylkesmenn, og omfatte både spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. For å komme nærmere hvilke temaer og problemstillinger som var mest aktuelle for tilsynet, ble det gjort en risikovurdering på området. Risikovurderingen ble gjennomført med et fagpanel som besto av representanter for ulike nivå og enheter i helse- og omsorgstjenesten, for sosiale tjenester i Nav og for bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Resultatet av risikovurderingen ble, sammen med tilsynserfaringer og annen og kunnskap, benyttet som grunnlag for valg av tema for det landsomfattende tilsynet. Risikovurderingen er oppsummert i publikasjonen «Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse», Rapport fra Helsetilsynet 3/2016 (1).

To landsomfattende tilsyn er nå gjennomført:

- tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse
- tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Tilsynene er oppsummert i tre rapporter, en rapport fra tilsynet med de kommunale tjenestene, en rapport fra tilsynet med spesialisthelsetjenesten og en samlerapport. Samlerapporten gir en oversikt over resultatene fra begge tilsyn, i en forkortet utgave.

Denne rapporten er en oppsummering av det landsomfattende tilsynet i 2017-2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.



1 :

Sammendrag

I dette landsomfattende tilsynet (2017–2018) har fylkesmennene undersøkt helseforetakenes tjenester til voksne pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i 18 av 20 tilsyn.

Utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter er et hovedfunn i dette tilsynet. Utredningen skal være bred, og kartleggingen skal omfatte pasientens eventuelle rusmiddelproblemer, somatisk helse, nettverk og pårørende, risikoatferd med videre. Mangelfull utredning kan resultere i at pasientens lidelser og livsutfordringer, ut over den psykiske lidelsen, ikke kommer fram, og at behandlingen ikke blir tilpasset og helhetlig. I verste fall kan konsekvensen bli ufor-
svarlig pasientbehandling.

I flertallet av helseforetakene hadde ledelsen ikke tilstrekkelige rapporterings- og kontrollrutiner for å kunne avdekke sviktområder og iverksette korrigerende tiltak ved behov. Alvorlige mangler i ledelse ga seg utslag i vilkårlig praksis, der det i stor grad var opp til den enkelte behandler å vurdere hva som var godt nok – også med hensyn til involvering av personell med rett kompetanse. At behandlere har selvstendig behandlingsansvar, fritar ikke ledelsen fra å følge med på tjenesteutøvelsen.

Hva tilsynet undersøkte

Fylkesmennene skulle undersøke om helseforetakene legger til rette for og følger opp at pasienter med psykiske lidelser og mulige samtidige ruslidelser får helhetlige, individuelt tilpassede og forsvarlige polikliniske tjenester innen psykisk helsevern, der pasientene får mulighet til å medvirke.

En viktig forutsetning for forsvarlige tjenester er at helseforetaket sørger for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, nødvendig samhandling mellom personell og samhandling på ledernivå.

I praksis ble det gjennomført tilsyn med distriktpsykiatriske poliklinikker (DPS-er). Innen psykisk helsevern er DPS den vanligste veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Målgruppen for tilsynet var voksne pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblematikk i form av behandlingstrengende rusmiddel-

At behandlere har selvstendig behandlingsansvar, fritar ikke ledelsen fra å følge med på tjenesteutøvelsen.

problemer. I dette tilsynet forutsatte vi at den psykiske lidelsen var utredet på forsvarlig måte.

Beskrivelser av funn bygger på fylkesmennenes tilsynsrapporter, se www.helsetilsynet.no

Funn. Mangelfulle utredninger – et dårlig utgangspunkt for å gi tjenester av rett kvalitet

DPS skal sørge for en bred og systematisk utredning av alle pasienter. Det er viktig for å sikre et helhetsbilde av pasientenes livssituasjon, herunder deres problemer og ressurser. I samtlige helseforetak hvor svikt ble avdekket i tilsynet, var mangelfulle utredninger en sentral del av bildet. Utredningen er utgangspunktet for diagnosesetting og planlegging av behandlingen. Svakheter og svikt i utredningene innebærer derfor at ledelsen ikke hadde sørget for et godt nok grunnlag for å gi pasienter med samtidige lidelser et helhetlige tjenestetilbud.

Mangelfull avdekking og utredning av rusmiddelproblemer

I om lag halvparten av DPS-ene var det pasienter som ikke hadde blitt spurt om rusmiddelbruk og rusmiddelproblemer, eller det var ingen dokumentasjon av at slik kartlegging var gjennomført. For lite oppmerksomhet rettet mot rusmiddelproblemer ble bekreftet av noen av pasientene som ble intervjuet av tilsynslag. Mangelfull bruk av kartleggingsverktøy, for å avdekke rusproblematikk, var et område med svikt i om lag halvparten av DPS-ene. Manglende eller mangelfull oppfølging av erkjente rusproblemer var et klart risikoområde i noen av DPS-ene.

Behandlernes kompetansebehov var ikke gjennomgående godt nok vurdert eller sikret gjennom systematisk opplæring. Noen behandlere erkjente at det var utfordrende å spørre pasienter om rusmiddelbruk, og at de var redde for å krenke pasienten.

I mer enn to av tre DPS-er var det tilfeldige variasjoner i praksis mellom behandlere. Når det er opp til den enkelte behandler hvilket tjenestetilbud som gis, kan det medføre uønskede forskjeller i tjenestetilbudet til pasienter.

Pasienters somatiske helsetilstand fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet

Kartlegging og utredning av pasienters somatiske helsetilstand manglet eller var utilstrekkelig i over halvparten av DPS-ene. Funnene tilsier at en del behandlere neppe hadde godt nok grunnlag for å kunne vurdere eventuell sammenheng mellom pasientenes psykiske og somatiske tilstand. I noen DPS-er ble vurderinger knyttet til somatisk helse foretatt av ikke-medisinskfaglig personell.

I en del DPS-er var det uklar ansvarsfordeling mellom poliklinikken og fastlege når det gjaldt oppfølging av somatiske problemer. Uklar ansvars- og oppgavefordeling kan gå ut over pasientsikkerheten, i verste fall kan alvorlige somatiske lidelser bli oversett eller forbli ubehandlet.

Pasienters mindreårige barn ble ikke alltid fulgt opp

I om lag ett av fire DPS-er var praksis for å ivareta pasienters mindreårige barn ikke god nok. I ett av fire DPS-er var det ulik praksis for kartlegging og oppfølging av mindreårige barn, og det kunne være uklart for de ansatte hvordan barn skulle følges opp. I noen DPS-er fant fylkesmennene at barn som behandlerne kjente til, ikke hadde blitt fulgt opp, konkrete tiltak var ikke iverksatt eller tilsynslaget fant ingen dokumentasjon som kunne tilsi at barnet hadde blitt fulgt opp¹. Pasienters mindreårige barn kan ha behov for tilpasset informasjon. Også omsorgssituasjonen eller andre forhold kan tilsi at barn trenger oppfølging. Det er alvorlig at noen DPS-er ikke hadde sikret at mindreårige barns behov for bistand var ivaretatt.

Voldsrisiko fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet i alle helseforetak

Tilsynet avdekket at mangelfull oppmerksomhet rettet mot voldsrisiko kan være et risikoområde. I om lag én av fire poliklinikker var voldsrisiko i liten grad tematisert. Det var eksempler på at rusens betydning ikke alltid var tillagt vekt i vurderinger av risiko-atferd. Selv om voldsrisikoen er lav for mange pasienter, kan en unyansert holdning ha mangelfull eller fraværende kartlegging som konsekvens, og slik bidra til at voldsrisiko ikke blir fanget opp. Dette kan i verste fall få alvorlige følger for pasienten selv og pasientens omgivelser.

¹ Opplysningsplikt til barnevernet (helsepersonelloven § 33) gjelder for alle som gir helsehjelp i DPS.

Svakt grunnlag for diagnostisering og samordnet behandling

I ett av fire DPS-er var det stilt påfallende få rusdiagnoser. Funnene tyder i flere tilfeller på at betydelig rusmiddelproblematikk ikke var utelukket. Mangelfulle vurderinger av hva pasientens symptomer skyldes gir et usikkert grunnlag for å stille riktig diagnose og gi tilpasset og helhetlig behandling. Diagnostisering i DPS er en spesialistoppgave. I et betydelig antall DPS-er var det uklart (ikke dokumentert/godtgjort) om spesialist hadde vært involvert i diagnostiseringen av pasienter, eller DPS-et manglet kontrollrutiner for å sikre slik involvering.

Dersom eventuell ruslidelse ikke blir avdekket og utredet, somatiske lidelser ikke er vurdert eller de samlede livsutfordringene er lite tematisert, vil dette få konsekvenser for behandlingsopplegget/ tiltak. Behandler tar da utgangspunkt i et ufullstendig bilde av pasientens samlede utfordringer. I om lag halvparten av poliklinikkene var det risiko for slike følgefeil.

Behandlingsplanleggingen må foregå i samråd med pasientene. Tilsynet avdekket ingen tydelig svikt i behandlernes involvering av pasientene. Men i noen DPS-er fant tilsynet få behandlingsplaner, eller behandlingsplaner kunne være ufullstendige. I om lag halvparten av DPS-ene var det variasjoner innad med hensyn til å utarbeide behandlingsplaner.

I en del DPS-er hadde de ikke sikret tilstrekkelig kompetanse inn i pasientforløpene. I minst halvparten av poliklinikkene var det mye opp til den enkelte behandler om pasienter og problemstillinger ble bragt inn og drøftet i teammøter/behandlingsmøter. I rundt halvparten av DPS-ene var det uklart om spesialist hadde medvirket i det enkelte pasientforløp, ettersom dette ikke alltid var dokumentert.

Dersom DPS ikke har nødvendig kompetanse på rusproblematikk, forventes det at pasientene henvises til instans med tilstrekkelig kompetanse. I noen poliklinikker hadde de ikke vedtatt praksis eller enhetlige kjøreregler for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)/ARA² /ruspoliklinikk. Når oppgavefordelingen mellom psykisk helsevern og TSB er uklar, kan det være nokså tilfeldig om pasienter mottar samordnet og/eller integrert behandling. Dette strider mot faglige retningslinjer og det som regnes som god praksis.

² ARA: Avdeling for rus og avhengighet.

Mangelfull styring utgjorde en risiko for pasientsikkerheten

Når variasjoner i praksis, som ikke er klinisk begrunnet, får utvikle seg og ikke korrigeres, er det et klart tegn på at ledelsen i DPS-et ikke følger med og ikke oppfyller sitt ledelsesansvar. Mangelfull kvalitetsstyring rammer pasientene.

Funnene i tilsynet tyder på at mange ledere i stor grad lot det være opp til behandlerne hvordan og hvor grundig pasientene ble utredet og fulgt opp. I så godt som alle helseforetak med konstatert lovbrudd fulgte ledelsen ikke godt nok med på tjenesteutøvelsen til å kunne rette opp.

I over halvparten av DPS-ene manglet vedtatt praksis/praksis-beskrivelser på ett eller flere sentrale områder for utredning og oppfølging av pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig rusproblem. I om lag halvparten av DPS-ene hadde ledelsen heller ikke vurdert kompetansebehov godt nok og ikke sikret at tilgjengelig kompetanse ble benyttet eller at den var tilstrekkelig for å utrede, diagnostisere og behandle pasienter med samtidige lidelser. Selv om DPS hadde tilgjengelig kompetanse, kunne det være vilkårlig om spesialist ble konferert eller ikke.

Helsetilsynet forventer skjerpet ledelse på alle nivåer

Endring krever systematisk, ledelsesstyrt arbeid. Mange ledere gjør utvilsomt mye godt arbeid, men funnene i tilsynet viser at det likevel hadde glippet på en rekke områder. Personell som jobber direkte med pasienter må involveres og oppleve at dette handler om forbedring av deres jobbhverdag og pasientenes ve og vel.

Helsetilsynet forventer at ledere på alle nivåer har iverksatt og løpende iverksetter tiltak som oppfyller kravene som ligger i faglig forsvarlighet. I denne sammenheng betyr det at

- Utredningspraksis i DPS skal gi grunnlag for tjenester av rett kvalitet til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.
- Pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse skal få samordnet og/eller integrert behandling. Dersom ruslidelsen diagnostiseres/behandles i TSB, må helseforetaket ha sørget for klar ansvars- og oppgavefordeling og oppfølging av at samhandlingen fungerer.

Helseforetaket må sørge for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, nødvendig samhandling mellom personell og samhandling på ledernivå. Helsetilsynet forventer at ledere i DPS følger med på tjenesteutøvelsen og skaffer oversikt over særskilte risikoområder. I tillegg forventer vi at ledelsen evaluerer og korrigerer praksis når resultatene ikke er slik de bør være. De ansatte må bidra med godt medarbeiderskap.

Ut fra risikobildet som tilsynsfunnene viser, må ledere særlig prioritere tiltak som sikrer at ruslidelser hos pasienter fanges opp og følges opp, at pasientene blir kartlagt og utredet for somatiske lidelser og at DPS har etablert en praksis som sikrer at pasientenes mindreårige barn får tilpasset oppfølging når det er behov for det.

Gjennomføringen av tilsynet

Fylkesmennene gjennomførte 20 tilsyn fordelt på 19 helseforetak. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon med felles veileder for alle tilsyn, og med deltakende fagrevisorer med kompetanse på områdene som skulle undersøkes. I et mindre antall tilsyn deltok også kvalifisert fagrevisor med erfaringskompetanse (brukerrepresentant) i hele eller deler av tilsynet.

For å skaffe best mulig faktagrunnlag, ble det, i tillegg til dokumentgjennomganger og intervjuer med personell og leder på ulike nivåer, også gjennomført intervjuer med pasienter. Ca. 70 pasienter ble intervjuet. Etter tilsynene gjennomførte Helsetilsynet intervjuer med ni revisorer hos fylkesmennene om erfaringene med innhenting av informasjon fra pasienter. Det varierte om opplysninger fra pasienter hadde vært av en karakter som kunne forfølges i tilsynet. Noen revisorer ga eksempler på hvordan de hadde brukt informasjon fra pasienter, eller de oppga at informasjonen hadde bidratt til å styrke øvrige funn.

Tilsynslagene innhentet også informasjon fra TSB via spørreskjema, men tilsynet som sådan omfattet ikke tjenesteutøvelsen i TSB.

2 :

Sammenheng mellom psykisk helse og rusmiddelproblem

2.1 Særtrekk og utfordringer

Pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse utgjør en betydelig del av pasientpopulasjonen som mottar tjenester i psykisk helsevern (PHV). Det er stor variasjon i pasientenes funksjonsnivå og hvor synlige problemene deres er.

Selv om en stor andel pasienter med psykisk lidelse ikke har noe rusproblem, vet vi at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer samtidig³, og at det foreligger et gjensidig uheldig samspill mellom de to typene lidelser. Mulighetene for bedring av både symptomer og livskvalitet øker dersom pasientene får koordinert utredning og behandling for begge lidelsene.

Mangelfulle utredninger er beskrevet som et risikoområde i flere kunnskapskilder⁴. Registrert forekomst av samtidig diagnostisert ruslidelse og psykisk lidelse i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), sammenholdt med forsknings-resultater, kan tilsi at underdiagnostisering skjer på begge områder. Det betyr i så fall at en del pasienter med samtidige lidelser ikke får den helhetlige hjelpen de kan ha behov for. En bred og systematisk tilnærming i utredningen, og god dialog med pasienten, er viktig for å sikre riktig(e) diagnose(r) – og et godt utgangspunkt for å gi tilpasset og samordnet behandling.

Noen pasienter med psykisk lidelse og (mulig) samtidig rusmiddelproblem har også dårlig somatisk helse. Somatisk sykdom kan være årsak til, reaksjon på eller en følgetilstand av psykiske lidelser og ruslidelser. Bedring av somatisk helse vil ofte gi positive utslag for den samlede helse- og livssituasjonen. Helseforetakene må derfor ta hensyn til at pasientene kan ha sammensatte lidelser, herunder også somatiske, og foretakene må organisere og legge til rette sine tjenester slik at pasientene får helhetlig helsehjelp, enten tjenestene gis av én eller flere instanser. En særlig utfordring er knyttet til å bygge kompetanse på ruslidelser og psykiske lidelser i henholdsvis psykisk helsevern og TSB, alternativt å få til nødvendig samarbeid mellom psykisk helsevern og TSB. Videre er godt samspill mellom pasientene og de som gir tjenester viktig for å få til reell medvirkning og et godt behandlingstilbud.

³ Studier har vist høyest forekomst av samtidig psykisk lidelse og ruslidelse blant pasienter som fikk døgnbehandling. Forskning har også vist at jo mer alvorlig psykisk lidelse en person har, desto større er sannsynligheten for at personen har eller vil utvikle et rusmiddelmisbruk eller avhengighet (2).

⁴ Blant annet i Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Rapport fra Helsetilsynet 3/2016.

2.2 Behandlingstilbud og kompetanse. Hvem har ansvar for hva?

Innen psykisk helsevern er distriktpsikiatriske sentre (DPS-er)

Psykisk helsevern
har som utgangspunkt
hovedansvar for
tjenester til personer
med samtidig psykisk
lidelse og ruslidelse.

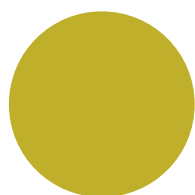
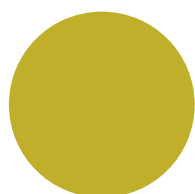
den vanligste veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. DPS-ene er svært ulikt organisert. Små DPS-er kan bestå av døgnenhet og allmennpsykiatrisk poliklinikk samt et ambulant tilbud. Større DPS-er kan i tillegg til døgnenhet ha ulike spesialiserte polikliniske tilbud, for eksempel egen psykosepoliklinikk, gruppeterapeutisk team, rusteam og ambulant akutenhet.

I DPS poliklinikk finner vi en bred pasientgruppe med psykiske lidelser. Psykisk helsevern har som utgangspunkt hovedansvar for tjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Kun ved alvorlig ruslidelse, uten kjent samtidig alvorlig psykisk lidelse, ligger hovedansvaret hos den del av tjenesten som tilbyr TSB. Ved samtidig psykisk lidelse og ruslidelse hvor begge er mindre alvorlige, kan ansvaret for behandlingen i prinsippet tas av både psykisk helsevern og TSB.

I DPS arbeider psykiatere, leger i spesialisering (LIS), psykologspesialister, psykologer, sykepleiere og personell med annen relevant utdanning; blant annet vernepleiere og sosionomer, med og uten videreutdanning i psykiatri.

De regionale helseforetakene har siden rusreformen i 2004 hatt ansvar for å organisere tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. TSB er i noen helseforetak organisert i en egen avdeling/divisjon utenfor psykisk helsevern, og i andre foretak samorganisert med psykisk helsevern. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling forutsettes å være tverrfaglig, noe som inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse.

Ved utredning og behandling av pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddel-problemer, er god organisering og samhandling internt i helseforetakene vesentlig.



3 :

Hva tilsynet undersøkte

3.1 Mål og pasientgrupper

I dette tilsynet var målsettingen å undersøke om helseforetakene sørger for forsvarlige tjenester som kjennetegnes av

- samordnet og helhetlig tilnærming til psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse, der pasientene får mulighet til å medvirke
- kvalitet og framdrift i arbeidet, med tilpasning til pasientenes lidelser og forutsetninger

En viktig forutsetning for forsvarlige tjenester er at helseforetaket sørger for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, nødvendig samhandling mellom personell og samhandling på ledernivå.

Målgruppen for tilsynet var voksne personer med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblematikk i form av behandlingstrengende rusmiddelproblemer⁵. Tilsynet omfattet polikliniske tjenester innen psykisk helsevern til pasienter i alle diagnosegrupper.

3.2 Tilsynstemaer og avgrensning

Bred og systematisk utredning

Tilsynslagene skulle undersøke om følgende inngår i en systematisk utredning⁶ av pasienter i DPS poliklinikk:

- avdekking av rusmiddelproblemer
- utredning av mulig ruslidelse
- pasientenes motivasjon for endring
- somatisk helse
- pårørende/nettverk, herunder mindreårige barn, boforhold og arbeid/aktivitet
- samarbeid og samhandling med andre instanser
- risikoatferd (selvmord, vold og overdose)

De skulle også undersøke om ledelsen på ulike organisatoriske nivåer legger til rette for og følger opp at utredningen gir et godt grunnlag for tjenester av rett kvalitet. I tillegg skulle tilsynslagene undersøke om pasienter som ikke møter til konsultasjoner følges opp.

Dette tilsynet forutsatte at den psykiske lidelsen var utredet på forsvarlig måte.

⁵ Rusmiddelproblemer uavhengig av om rusmiddelproblemet kunne defineres som en ruslidelse (skadelig bruk og/eller avhengighet). Med rusmidler mener vi alkohol, vanedannende legemidler (feil bruk/overforbruk), illegale rusmidler og anabole steroider.

⁶ Samordnet eller integrert behandling av psykisk lidelse og samtidig ruslidelse er avhengig av at også ruslidelser avdekkes hos pasienter med psykiske lidelser. Dette må gjøres gjennom gode utredninger. Utredningen er utgangspunktet for diagnosesetting og planlegging av behandlingen. Skal behandlingen bli treffsikker, må behandler(ne) og pasienten i felleskap få fram et reelt bilde av pasientens samlede lidelser, sentrale livsutfordringer og ressurser. Tilsynet vektla derfor utredningsfasen i pasientforløpet.

Ettersom tilsynet ble rettet mot psykisk helsevern, skulle ikke polikliniske enheter i DPS som primært tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling undersøkes.

Diagnostisering, behandling og avslutning

Tilsynslagene skulle undersøke om diagnostiseringen er basert på informasjonen som kommer fram i utredningen, og om ruslidelser blir diagnostisert.

De skulle videre undersøke om:

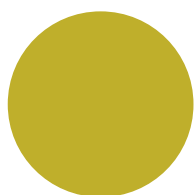
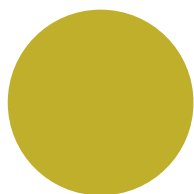
- Planer for behandling blir utarbeidet så snart det foreligger nødvendig informasjon fra utredningen, og pasientene får samordnet og/eller integrert behandling for psykisk lidelse og samtidig ruslidelse.
- Pasientene får mulighet til å medvirke i behandlingsforløpet.
- Avslutning av behandlingen er basert på en vurdering av pasientenes behov og måloppnåelse, pasientene får mulighet til å medvirke, og oppfølgende instans får informasjon om pasientene der pasientene samtykker til slik oppfølging.

Tilsynslagene skulle også undersøke om helseforetaket legger til rette for og følger opp at diagnostiseringen utføres av kompetent personell og uten unødig opphold,

behandlingen er planlagt, samordnet og/eller integrert, og at ledelsen legger til rette for og følger opp at avslutningen gir grunnlag for kontinuitet i eventuell videre behandling/oppfølging.

Avgrensning av tilsynet

Tilsynet var avgrenset til polikliniske pasientforløp i DPS. Av hensyn til omfanget inngikk ikke mottak og vurdering av henvisninger. Ettersom tilsynet ble rettet mot psykisk helsevern, skulle ikke polikliniske enheter i DPS som primært tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling undersøkes.





4 :

Funn. Mangelfullt grunnlag for å kunne gi tilpasset og samordnet behandling

Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i 18⁷ av 20 DPS-er. Utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter er et hovedfunn i dette tilsynet.

I punkt 4.2, med underpunkter, redegjør vi for funn i tilsynet som gjaldt svikt i kartlegging og utredning av pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Ettersom mange temaer inngår i en bred og systematisk utredning, gir vi først en generell omtale av dette temaet i punkt 4.1. I 4.2.1 – 4.2.4 spesifiserer vi nærmere hva som var svikt og svakheter i de ulike temaene som inngikk i utredningene⁸. I punkt 4.3 redegjør vi for avdekket svikt i diagnostisering og behandling, og i punkt 4.4 gir vi en samlet beskrivelse av svakheter knyttet til styring og ledelse.

Vi har ikke funn som tyder på alvorlig svikt i oppfølgingen av pasienter som ikke møter til konsultasjon. Det synes som pasienter som ikke møter, stort sett, blir fulgt opp med brev og telefon. Vi har imidlertid begrenset informasjon om dette, og oppfølgingspraksis omtales derfor ikke nærmere i denne rapporten.

Beskrivelser av funn i denne rapporten bygger på fylkesmennenes tilsynsrapporter, se www.helsetilsynet.no

4.1 Generelt om utredning av pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

I samtlige helseforetak hvor svikt ble avdekket i tilsynet, var mangelfulle utredninger en sentral del av bildet. Utredningen er utgangspunktet for diagnosesetting og planlegging av behandlingen. Svakheter og svikt i utredningene innebærer at ledelsen ikke hadde sørget for et godt nok grunnlag for å gi pasienter med samtidige lidelser et helhetlige tjenestetilbud.

DPS skal sørge for en bred og systematisk utredning som gir et helhetsbilde av pasientenes livssituasjon, herunder deres problemer og ressurser⁹. Pasientenes helse og rusmiddelbruk må kartlegges, og behandler må gjøre kliniske observasjoner av pasientene. Undersøkelse av pasientenes sosiale forhold; pårørende, herunder mindreårige barn, bolig, arbeid/aktivitet, skal inngå i utredningen. Det samme gjelder eventuell selvmords-, volds- og overdoserisiko. Mange av undersøkelsespunktene kan gi informasjon om mulige rusmiddelproblemer, ettersom rusmiddelmisbruk ofte skaper problemer i hverdagsfungeringen.

⁷ Fylkesmennene skulle undersøke minst ett DPS i hvert helseforetak. Ettersom ett av helseforetakene hadde to tilsyn, var det lovbrudd i 17 helseforetak.

⁸ Det er ikke gitt at det enkelte funn gir grunnlag for lovbrudd. Fylkesmennene vurderer ulike funn i sammenheng.

⁹ Utredningen, eller deler av denne, kan være gjort av andre instanser, oftest andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Vi har ikke funn som tyder på alvorlig svikt i oppfølgingen av pasienter som ikke møter til konsultasjon.

Utredningen skal skje i dialog og samarbeid med pasientene. Pasientene må få uttrykke sine forventninger og ønsker for behandlingen. Dersom noe av utredningen er foretatt av andre instanser, må behandler undersøke om informasjonen er tilstrekkelig og gyldig. For å sikre systematisk utredning, må DPS ha etablert praksis for gjennomføring av de konkrete utredningene. Vedtatt praksis må være kjent, forstått og innarbeidet av alt personell som deltar i utredningsarbeidet. Ledelsen må følge opp at etablert praksis etterleves, eksempelvis ved hjelp av interne revisjoner eller stikkprøver i journaler. Forsvarlig praksis innebærer også tilstrekkelig journalføring. Dersom behandler vurderer at vedtatt praksis for utredning ikke kan eller bør følges, må dette dokumenteres i journal.

Ledelsen på ulike organisatoriske nivåer skal både legge til rette for og følge opp at utredningene gir et godt grunnlag for tjenester av rett kvalitet til alle pasienter.

4.2 Utilstrekkelige kartlegginger og utredninger

4.2.1 Mangelfull avdekking og utredning av rusmiddelproblemer

Tilsynsystema: Avdekking av rusmiddelproblemer og utredning av eventuell ruslidelse.

Sentralt i tilsynets vurderinger av om rusmiddelproblemer blir avdekket og utredet

¹⁰ Med kartlegging mener vi her den første fasen av en utredning, der informasjon fra og om pasientene innhentes. I en systematisk kartlegging vil bruk av verktøy som for eksempel AUDIT, DUDIT og CAGE være hensiktsmessig. Kartleggingen kan også gjøres i form av en systematisk klinisk samtale, med tilnærming tilsvarende de anerkjente kartleggingsverktøyene.

¹¹ En systematisk utredning bør bestå i å få sykehistorien klart fram, bruk av kartleggingsverktøy, observasjoner, klinisk intervju, strukturerte diagnostiske verktøy (som for eksempel MINI PLUS og SCID II), og supplerende undersøkelser. Dersom bruk av utredningsverktøy ikke lar seg gjøre, kan et systematisk klinisk intervju være tilstrekkelig.

DPS må ha en vedtatt praksis som sikrer at mulige ruslidelser hos pasienter fanges opp, og at personellet som har ansvar for kartleggingen har nødvendig kompetanse. Pasientene må konkret spørres om deres rusmiddelbruk. Ved positivt svar må behandler gjøre en vurdering av rusmiddelbrukens betydning og vurdere ulik informasjon fra kartleggingen i sammenheng. Ledelsen ved DPS må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse, og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Videre må DPS ha fungerende praksis for hvordan kartleggingen av mulig ruslidelse skal gjennomføres¹⁰.

Avdekket rusmiddelproblematikk hos pasienter må følges opp med en systematisk utredning¹¹ av rusmiddelproblemet for å forstå problemets alvorlighetsgrad. Utredningen skjer i dialog og samarbeid med pasientene. DPS må ha etablert praksis for gjennomføring av de konkrete utredningene. Det må framgå tydelig at

Manglende eller mangelfull oppfølging av erkjente rusproblemer var et klart risikoområde i noen av DPS-ene.

pasientenes motivasjon for utredning og behandling av rusmiddelproblemene skal tematiseres og arbeides med. Ledelsen må følge opp at vedtatt praksis etterleves.

DPS må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for å følge opp identifisert rusmiddelproblematikk. Dersom DPS ikke har nødvendig kompetanse, forventes det at pasientene henvises til instans med tilstrekkelig kompetanse. Dersom utredningen og oppfølgingen foretas i TSB, må helseforetaket ha sørget for klar ansvars- og oppgavefordeling samt oppfølging av at samhandlingen fungerer. Pasientene skal erfare at utredningen er samordnet og helhetlig.

Funn

God kartlegging av pasientene er en av forutsetningene for å fange opp mulige ruslidelser. For noen pasienter kan relativt små mengder av rusmidler forverre symptomer på psykisk lidelse og redusere evnen til å mestre symptomene. I rundt halvparten av DPS-ene var det pasienter som ikke hadde blitt spurt om rusmiddelbruk og rusmiddelproblemer, eller det var ingen dokumentasjon av at slik kartlegging var gjennomført. For lite oppmerksomhet rettet mot rusmiddelproblemer ble bekreftet av noen av pasientene som ble intervjuet av tilsynslag. Mangelfull bruk av kartleggings- og/eller utredningsverktøy for å avdekke rusproblematikk var et risikoområde i om lag halvparten av DPS-ene¹².

For å forstå hva pasientens rusmiddelbruk handler om og alvorlighetsgrad, må avdekket rusproblematikk følges opp med systematisk utredning. Behandler må gjøre en vurdering av rusmiddelbrukens betydning for pasientens øvrige lidelser, problemer og eventuelle livsutfordringer. I noen DPS-er hvor behandlere hadde avdekket rusmiddelproblemer var det eksempler på at denne avdekkingen ikke alltid hadde blitt fulgt opp med ytterligere utredning og avklaring. Manglende eller mangelfull oppfølging av erkjente rusproblemer var et klart risikoområde i noen av DPS-ene.

Gjentatte samtaler knyttet til opplevde fordeler og ulemper ved rusmiddelbruken bidrar til å øke pasientenes bevissthet rundt rusmiddelproblemer og kan øke motivasjonen for endring. I noen DPS-er fant tilsynslagene ikke spor av at motivasjon for endring hadde vært tema.

¹² Et systematisk klinisk intervju kan i noen tilfeller fungere som erstatning for kartleggingsverktøy.

Når variasjoner
i praksis, som ikke
er klinisk begrunnet,
får utvikle seg og ikke
korrigeres, er det et
tegn på at ledelsen
i DPS-et ikke følger
med og ikke oppfyller
sitt ledelsesansvar.

Mangelfull avdekking og utredning av rusproblemer kan i en del DPS-er ses i sammenheng med at kompetansen og erfaringene hos behandlerne ikke var god nok. Behandlernes kompetansebehov var ikke gjennomgående godt nok vurdert eller sikret gjennom systematisk opplæring. Noen behandlere erkjente at det var utfordrende å spørre pasienter om rusmiddelbruk, og at de var redde for å krenke pasienten. Hos noen hang dette sammen med at de ikke hadde fått god nok innføring i bruk av kartleggingsverktøy. Det er relativt vanlig at personer som har rusmiddelproblemer er ambivalente til å slutte med eller redusere bruken av rusmidler, og at ikke alle ønsker hjelp for rusproblematikk. Behandlere vil treffe på slike utfordringer, og god opplæring og trening er da nødvendige forutsetninger for å nå helt fram til kompleksiteten i det pasienten trenger behandling for.

I mer enn to av tre DPS-er var det tilfeldige variasjoner i praksis behandlerne imellom. I noen av disse DPS-ene manglet de felles rutiner for avdekking og utredning av rusproblemer, eller praksis var ikke godt nok innarbeidet. Når det er opp til den enkelte behandler hvilket tjenestetilbud som gis, kan det medføre uønskede forskjeller i tjenestetilbudet til pasienter.

Når variasjoner i praksis, som ikke er klinisk begrunnet, får utvikle seg og ikke korrigeres, er det et tegn på at ledelsen i DPS-et ikke følger med og ikke oppfyller sitt ledelsesansvar. Mangelfull kvalitetsstyring rammer pasientene. Ledelsen i en rekke DPS-er hadde ikke sørget for tilstrekkelig kompetanse inn i pasientforløpene.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«I journalgjennomgangen ble det avdekket at rusmiddelbruken hos 86 % av pasientene ikke var kartlagt i tråd med gjeldende faglige retningslinjer. Dette innebærer at det ikke var brukt rus-kartleggingsverktøy eller tilsvarende kartlegging i form av klinisk intervju. I 11 % av de undersøkte journalene var pasientene ikke spurt om sin bruk av rusmidler i det hele tatt.»

«I journalgjennomgangen fant tilsynet flere pasienter med indikasjon på en mulig ruslidelse uten at rusmiddelbruk eller motivasjon for endring var tematisert. I og med at rusmiddelmisbruk ikke i tilstrekkelig grad fanges opp og utredes systematisk, blir det vanskelig å følge opp med motivasjonsarbeid og gi adekvat og integrert/samordnet behandling.»

«I 13 av 15 journaler har ikke DPS fulgt opp mulig rus- og avhengighetsproblematikk hos pasientene med en mer systematisk utredning. ... Intervju med brukere bekreftet at mulig rusproblematikk ikke alltid kartlegges/utredes/følges opp.»

4.2.2 Pasienters somatiske helsetilstand fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet

Tilsynstema: Kartlegging av somatisk helse og ansvarsdeling mellom DPS og fastleger.

Sentralt i tilsynets vurderinger av om somatisk helse blir kartlagt og fulgt opp

DPS må ha en vedtatt praksis som sikrer at pasientene blir kartlagt og utredet for somatiske lidelser. DPS må kartlegge og utrede pasientenes somatiske helsetilstand, herunder ta opp sykehistorie og gjennomgå tilgjengelig informasjon i henvisningen med videre. DPS må ta stilling til om informasjonen som foreligger er gyldig og tilstrekkelig til å kunne vurdere eventuell sammenheng mellom pasientenes psykiske og somatiske tilstand. Ofte vil videre utredning og behandling av somatisk sykdom foretas av en annen del av helsetjenesten enn DPS. Det vil kunne nødvendiggjøre tett samarbeid med eksempelvis fastlege.

Etablert praksis må sikre at pasienter tilbys nødvendig oppfølging og behandling for eventuell somatisk sykdom. Dersom pasientene skal følges opp av andre instanser for somatisk sykdom, må vedtatt praksis sikre entydig ansvars- og oppgavefordeling. DPS må ha tilgang på kompetanse til å forstå/tolke resultater av somatiske undersøkelser. Videre må DPS sikre, eventuelt gjennom samhandling med andre, at de har legefaglig kompetanse til å vurdere pasientenes somatiske forhold opp mot de psykiske lidelsene.

Ledelsen må følge med på at relevante og nødvendige somatiske undersøkelser blir foretatt og fulgt opp.

Funn

Fylkesmennene fant at kartlegging og utredning av pasienters somatiske helsetilstand manglet eller var utilstrekkelig i over halvparten av DPS-ene. Selv om DPS hadde rutiner som gjaldt kartlegging og utredning av somatisk helse, ble disse ikke alltid fulgt, eller de ble fulgt opp i varierende grad. Funnene tilsier at en del behandlere neppe hadde godt nok grunnlag for å kunne vurdere

DPS må følge med på at relevante og nødvendige somatiske undersøkelser blir foretatt og fulgt opp.

eventuell sammenheng mellom pasientenes psykiske og somatiske tilstand. Dette er vesentlig for kunne tilby tilpasset og god oppfølging og behandling.

I et mindre antall poliklinikker manglet pasienters medikamentlister, de var ikke tilstrekkelig vurdert, eller medikamentlister stemte ikke med rekvirering fra fastlege. I noen DPS-er ble vurderinger knyttet til somatisk helse foretatt av ikke-medisinskfaglig personell, og i noen tilfeller manglet poliklinikken vedtatt praksis for involvering av lege. Det forekom variasjoner i praksis innen den enkelte poliklinikk når det gjaldt involvering av lege. I noen DPS-er var det derfor litt tilfeldig om pasienter med somatiske lidelser ble tatt hånd om i tråd med god praksis.

I mer enn hvert fjerde DPS var det uklar ansvarsfordeling mellom poliklinikken og fastlege når det gjaldt oppfølging av somatiske problemer, eller DPS-et forutsatte at fastlege fulgte opp. Uklar ansvars- og oppgavefordeling kan gå ut over pasientsikkerheten, i verste fall kan alvorlige somatiske lidelser bli oversett eller forbli ubehandlet. DPS må følge med på at relevante og nødvendige somatiske undersøkelser blir foretatt og fulgt opp. Mangelfulle utredninger av pasienters somatiske helse kan føre til feil behandling, redusert effekt av behandling og redusert livskvalitet samt at det kan svekke utsiktene for gunstig forløp.

I DPS-er med svikt i vurdering og oppfølging av somatisk helse, hadde ledelsen ikke sikret en forsvarlig ivaretagelse av pasienter med (samtidige) somatiske lidelser.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«I 14 av 15 journaler kan ikke tilsynet se at DPS har kartlagt/utredet pasientens somatiske helse i tilstrekkelig grad. Intervjuer med brukere og ansatte ved DPS bekrefter dette.»

«Ikke-medisinskfaglig personell må ofte vurdere om det foreligger somatiske problemstillinger eller behov for vurdering av legemidler hos pasientene. I en del journaler er somatisk helse ikke tematisert og medikamentlister mangler også. I et flertall av journalene mangler det vurderinger av somatisk helse der pasienten har psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk.»

«Pasientenes somatiske helse kartlegges og utredes ikke for å kunne gjøre en vurdering av om det er en sammenheng mellom

pasientens somatiske og psykiske helsetilstand. Det er ikke etablert rutiner for når den enkelte behandler skal involvere lege internt i klinikken for oppfølging av pasientens somatiske helse og medikamentell behandling. Det er heller ikke etablert rutiner for samarbeid/ansvarfordeling mellom leger i VOP og pasientens fastlege om medisinskfaglig oppfølging.»

4.2.3 Pasienters mindreårige barn ble ikke alltid fulgt opp

Tilsynstema: Kartlegging av pårørende, herunder mindreårige barn, nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet.

Sentralt i tilsynets vurderinger av kartlegging av pårørende, nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet

Behandler må, i samarbeid med pasienten, skaffe oversikt over pasientens pårørende og sosiale nettverk. Det er særskilt viktig å kartlegge om pasientene har mindreårige barn, slik at tiltak kan iverksettes ved behov. Slike tiltak kan være å gi barna tilpasset informasjon (der pasienten/pårørende ikke er i stand til å gi informasjonen), å vurdere om pasienten klarer å ivareta barnas behov, vurdere om barna trenger helsehjelp, eller om ett eller flere barn trenger bistand til kontakt med barnevernet for støttetiltak eller liknende. Ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt vil melding til barnevernet være aktuelt. Virksomheten må ha etablert en praksis som sikrer dette. Videre må virksomheten ha etablert en praksis som sikrer at de ansatte er kjent med når tiltak skal iverksettes overfor pasientenes mindreårige barn, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de ansatte går fram.

DPS må også sikre at utredningen inneholder kartlegging av boforhold. Aktuelle undersøkelser kan være hva slags type bolig pasientene har, om de bor sammen med noen, hvordan de klarer seg i hjemmet med videre. Gjennom kartleggingen skal det også komme klart fram om pasientene er i arbeid eller annen meningsfull aktivitet.

Funn

I om lag ett av fire DPS-er var praksis for å ivareta pasienters mindreårige barn ikke god nok. I noen DPS-er hadde de ikke skjema for kartlegging av mindreårige barn, andre hadde skjema, men de ble ikke alltid fylt ut av behandler. I et mindre antall poliklinikker, med barneansvarlig, var barneansvarliges oppgaver uklare, eller det fantes ingen prosedyre som redegjorde for praksis.

Og det kunne være uklart for de ansatte hvordan de skulle følge opp mindreårige barn. I ett av fire DPS-er var det ulik praksis for kartlegging og oppfølging av mindreårige barn. Det var flere steder, i realiteten, opptil den enkelte behandler om barn ble kartlagt og fulgt opp ved behov. I noen DPS-er fant fylkesmennene at barn som behandlerne kjente til, ikke hadde blitt fulgt opp, konkrete tiltak var ikke iverksatt eller tilsynslaget fant ingen dokumentasjon som kunne tilsi at barnet hadde blitt fulgt opp. Opplysningsplikt til barnevernet (helsepersonelloven §33 ¹³) gjelder for alle som gir helsehjelp i DPS.

Pasienters mindreårige barn kan ha behov for tilpasset informasjon. Også omsorgssituasjonen eller andre forhold kan tilsi at barn trenger oppfølging. Når ledelsen ikke følger med på at dette blir ivaretatt, gir det en uakseptabel risiko for at mindreårige barn ikke får den bistanden de skal ha. Det er alvorlig at noen DPS-er ikke hadde sikret at mindreårige barns behov for oppfølging var ivaretatt.

Svikt i kartlegging av samarbeidspartnere i kommunen er bare omtalt i et par rapporter ¹⁴. Tilsynsrapportene beskriver også få funn som gjelder mangelfull kartlegging av pasientenes nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet. Men der det er redegjort for slik svikt, beskrives betydelige svakheter. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å gi et presist og utfyllende bilde av hvor godt disse delene av kartleggingen var ivaretatt. I dette punktet har vi derfor kun redegjort for funn som gjelder kartlegging og oppfølging av mindreårige barn. Eksemplene fra tilsynsrapporter (under) gjenspeiler dette. Funn som angår samarbeid med fastleger er beskrevet i 4.2.2, og funn som gjelder samarbeid og samhandling med TSB/ARA ¹⁵ /rusklinikk blir omtalt i punkt 4.3.2.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Intervjuer bekrefter at barneansvarlig kontaktes/brukes i liten grad, og det fremkommer usikkerhet og ulik oppfatning av ansvar knyttet til behandlernes rolle og ansvar når det gjelder oppfølging av pasienters mindreårige barn.»

«Omsorgssituasjonen til mindreårige barn kartlegges ikke nødvendigvis. Omsorgspersoners psykiske lidelse og mulige ruslidelses innvirkning på mindreårige barns omsorgssituasjon problematiseres i liten grad. Journalgjennomgangen har avdekket mangelfull oppfølging av forhold knyttet til mindreårige barns omsorgssituasjon.»

¹³ Utdrag fra helsepersonelloven
§ 33: «Den som yter helsehjelp,
skal i sitt arbeid være oppmerksom
på forhold som kan føre til tiltak fra
barneverntjenesten. Helsepersonell
skal uten hinder av taushetsplikt etter
§ 21 melde fra til barneverntjenesten
uten ugrunnet opphold
a) når det er grunn til å tro at et
barn blir eller vil bli mishandlet,
utsatt for alvorlige mangler ved
den daglige omsorgen eller
annen alvorlig omsorgssvikt, ...»
Vi viser til hele bestemmelsen:
[www.lovdata.no](http://www lovdata.no)

¹⁴ Samarbeid med ulike instanser på
kommunalt nivå inngikk ikke i tilsynet.

¹⁵ ARA: Avdeling for rus og avhengighet.

«Mindreårige barns behov kartlegges ikke systematisk, heller ikke med bruk av «Barn som pårørende kartleggingsskjema». I journalgjennomgangen fant vi flere eksempler på mangelfull oppfølging av pasientenes mindreårige barn.»

4.2.4 Voldsrisiko fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet i alle helseforetak

Tilsynstema: Kartlegging og oppfølging av risikoatferd

Sentralt i tilsynets vurderinger av kartlegging og oppfølging av risikoatferd

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å undersøke om pasientene har eller har hatt selvmordstanker, om de noen gang har gjort selvmordsforsøk og om forsøkene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk. Ved kartlegging av voldsrisiko skal behandler undersøke om pasienten tidligere har utøvd vold eller framsatt trusler om vold, om episodene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk, og om pasienten har tanker eller planer om å skade andre nå. Kartlegging av overdoserisiko innebærer å undersøke hvilke rusmidler pasienter med rusmiddelproblemer bruker, om de tidligere har hatt overdoser, og i hvilken kontekst overdosene forekom. Hvis pasientenes svar på kartleggingsspørsmålene eller eventuell annen informasjon gir mistanke om økt risiko, må det foretas en grundig og systematisk vurdering av risikoen. Avdekket risikoatferd skal umiddelbart følges opp i form av tiltak.

DPS må ha kunnskap om risikofaktorer og ha etablert praksis for kartlegging av risikoatferd. Ledelsen må sikre at involvert personell har nødvendig kompetanse og tatt stilling til hvordan ferdighetene skal innøves og vedlikeholdes i praksis.

Det må finnes lokal etablert praksis for vurdering av risikoatferd samt vedtatt praksis for oppfølging av identifisert risiko. Det forventes at involvert personell tilbys nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse. Hvis vedtatt praksis ikke fungerer eller etterleves, må ledelsen iverksette tiltak.

Funn

Tilsynet avdekket ingen gjennomgående svikt i DPS-enes kartlegging av risikoatferd. I et mindre antall poliklinikker var det uklart om selvmordsrisiko var kartlagt rutinemessig, ettersom dette ikke var skriftlig tematisert i alle pasientjournaler. Rusmidlenes betydning

Når vedtatt praksis er innarbeidet, kan mye overlates til den enkelte behandler. Men når dette ikke er på plass og ledelsen heller ikke følger med og korrigerer, kan det resultere i uheldige «solo-praksiser».

for den individuelle vurderingen av selvmordsrisiko var ikke alltid tatt med i betraktning.

Overdoserisikoen er høyere ved bruk av visse typer rusmidler. Selv om noen DPS-er har få pasienter med sykdomsprofil som i særlig grad kan knyttes til overdoserisiko, er det viktig å ha etablert praksis for kartlegging av overdoserisiko. I et par DPS-er var det få eller ingen spor av at relevant overdoserisiko var kartlagt.

Tilsynet avdekket at mangelfull oppmerksomhet rettet mot voldsrisiko kan være et risikoområde. I om lag én av fire poliklinikker var voldsrisiko i liten grad tematisert. Det var eksempler på at rusens betydning ikke alltid var tillagt vekt i vurderinger av risikoatferd. Selv om voldsrisikoen er lav for mange pasienter, kan en unyansert holdning ha mangelfull eller fraværende kartlegging som konsekvens, og slik bidra til at voldsrisiko ikke blir fanget opp. Dette kan i verste fall få alvorlige følger for pasienten selv og pasientens omgivelser.

Svikt knyttet til kartlegging av risikoatferd kan ha sammenheng med at ledelsen ved en rekke DPS-er ikke hadde tatt stilling til og/eller ikke fulgte med på om kompetansen i poliklinikken var tilstrekkelig, eller om vedtatt praksis ble fulgt. Variasjoner i praksis innen det enkelte DPS er et gjennomgående funn som gjelder samtlige områder som tilsynet undersøkte. Når vedtatt praksis er innarbeidet, kan mye overlates til den enkelte behandler. Men når dette ikke er på plass og ledelsen heller ikke følger med og korrigerer, kan det resultere i uheldige «solopraksiser».

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«I 5 av 16 var det gjort en voldsrisikokartlegging/vurdering. Det var ikke gjort noen overdoserisikovurdering i de 16 journalene.»

«Det fremkommer ved undersøkelse av praksis stor grad av variasjon mht om, hvordan, når utredningsverktøy benyttes.

Kartleggingen omfatter ikke ... voldsrisiko.»

«Tilsynet har ikke funnet at voldsrisiko og overdoserisiko har vært utredet i noen av de journalene vi har sett på, heller ikke der det er en tydelig indikasjon (2 av 15 pasienter) på at det burde gjøres.»

4.3 Svakt grunnlag for diagnostisering og samordnet behandling

4.3.1 *Mangelfulle forutsetninger for å kunne diagnostisere pasienter med samtidig ruslidelse*

Tilsynstema: Diagnostisering

Sentralt i tilsynets vurderinger av diagnostisering

I dette tilsynet forutsatte vi at den psykiske lidelsen var utredet. Etter endt utredning skal det settes diagnoser. Behandlerne må ha gjort vurderinger av ulike tilstander som symptomene kan skyldes (differensialdiagnostiske vurderinger), herunder også symptomer som kan skyldes samspillet mellom lidelsene. Kliniske funn og annen informasjon fra utredningen må vurderes opp mot kriteriene for den aktuelle ruslidelsen. Diagnoser som er satt/settes må revurderes dersom det kommer fram ny informasjon av relevans for den diagnostiske vurderingen.

Det må forventes at DPS har tatt stilling til hvor lang tid det normalt bør ta før det skal foreligge en diagnose¹⁶. Ledelsen ved DPS må følge med på om planlagt tidsramme overholdes og iverksette nødvendige tiltak dersom utredninger tar for lang tid. Helseforetaket må sørge for en vedtatt praksis som sikrer diagnostisering av både psykiske lidelser og ruslidelser.

Diagnostisering i DPS er en spesialistoppgave, men utredningen som ligger til grunn kan være utført av annet personell¹⁷. Dersom diagnostikk av ruslidelser gjennomgående gjøres i TSB, har helseforetaket ansvar for at diagnostiseringen av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser koordineres. Ansvars- og oppgavefordeling må være entydig.

Funn

Mangelfulle kartlegginger og utredninger, jf. punkt 4.2, kan innebære at rusmiddelproblemer ikke blir fanget opp. Det kan medføre svikt i videre diagnostisering og behandling – noen ganger med alvorlige konsekvenser for pasientene det gjelder. En slik risiko ble identifisert i over halvparten av DPS-ene som ble undersøkt.

I ett av fire DPS-er var det stilt påfallende få rusdiagnoser. Det kan ha vært flere grunner til dette, men funnene tyder i flere tilfeller på at betydelig rusmiddelproblematikk ikke var utelukket. Mangelfulle vurderinger av hva pasientens symptomer kan skyldes¹⁸,

¹⁶ I tilsynet tok vi utgangspunkt i at en diagnose normalt bør foreligge senest tre måneder etter første konsultasjon.

¹⁷ Der pasienten utredes av personell uten spesialistkompetanse, må det dokumenteres at spesialist har vært involvert i den diagnostiske vurderingen, og hva som har vært drøftet.

¹⁸ Det vil si mangelfulle differensialdiagnostiske vurderinger.

Mangelfulle vurderinger av hva pasientens symptomer kan skyldes, gir et usikkert grunnlag for å stille riktig diagnose og gi tilpasset og helhetlig behandling.

gir et usikkert grunnlag for å stille riktig diagnose og gi tilpasset og helhetlig behandling.

Noen poliklinikker hadde ikke en etablert praksis for å sette rusdiagnoser. Funnene i tilsynet som gjaldt svakheter i diagnostiseringsarbeidet kan ses i sammenheng med at en rekke helseforetak ikke hadde tilrettelagt for kompetent personell i pasientforløpene. Diagnostisering er en spesialistoppgave. I et betydelig antall DPS-er var det uklart (ikke dokumentert/godtgjort) om spesialist hadde vært involvert i diagnostiseringen av pasienter, eller DPS-et manglet kontrollrutiner for å sikre slik involvering.

Flere av helseforetakene hadde ikke etablert praksis som sikret diagnostisering av både psykiske lidelser og ruslidelser. Funnene avdekket en praksis som bryter med nasjonale faglige retningslinjer. Pasienter var ikke sikret tjenester i tråd med god praksis.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Av 11 journaler med avdekket rusproblematikk er det stilt diagnose i 4. Det gjenfinnes i liten grad styrt utredning, diagnostisering og behandling av rusmiddelproblematikk. Selv der det i journal fremkommer tydelig rusmiddelproblem.»

«Rusdiagnose var ikke vurdert hos pasienter hvor kliniske funn og annen informasjon fra utredning ga klare indikasjoner for en ruslidelse. Dette gjaldt for eksempel der både henviser og pasient oppga rusmiddelbruk som aktuell.»

«Ved gjennomgang av 142 pasientjournaler finner vi rusmiddelproblematikk i 15 journaler. Det er stilt rusdiagnose i 1 av disse 15 pasientforløpene. Praksis avdekker at det er høy terskel for å sette rusdiagnose.»

«Tilsynet fant at alle behandlere ved klinikken i stor grad satt diagnoser uten å konferere med spesialist, og at det var opp til behandler å vurdere om det var behov for å drøfte en diagnose med spesialist.»

4.3.2 Alle pasienter var ikke sikret samordnet eller integrert behandling

Få funn knyttet til avslutning av behandling gir ikke et tilstrekkelig grunnlag for si noe representativt om dette. Noen tilsynslag har hatt et begrenset omfang av relevante journaler der behandlingene

var avsluttet. Dette kan være én av flere årsaket til at vi har lite informasjon om avslutning av behandling.

Sentralt i tilsynets vurderinger av behandling

Tilsynstema: Behandling og samarbeid med TSB¹⁹

Planleggingen av behandlingen må starte så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon om pasientens problemområder og (tentative) diagnoser. Plan for behandlingen må inneholde målformuleringer, beskrivelser av tiltak tilpasset både den psykiske lidelsen og ruslidelsen og eventuell annen problematikk. Målene må ta hensyn til pasientenes ønsker, men samtidig stimulere til vekst.

Dersom det er behov for samarbeid med andre instanser, må dette inngå i behandlingsplanleggingen. Antatt varighet av behandlingen bør skisseres, og evalueringstidspunkter bør tidfestes. Planer for behandlingen må endres/justeres dersom det avdekkes behov for det.

Behandlingsplanleggingen må foregå i samråd med pasientene, og pasientene skal gis mulighet til å komme med tilbakemeldinger om behandlingen.

DPS må ha rutiner for behandlingsplanlegging. Den vedtatte praksisen må sikre at pasientene involveres. Ledelsen må følge opp at det er praksis for at planer for behandlingen følges og evalueres. Dersom ruslidelsen behandles i TSB, må helseforetaket ha sørget for klar ansvars- og oppgavefordeling samt oppfølging av at samhandlingen fungerer. Pasientene skal erfare at behandlingen er samordnet og helhetlig.

Funn

Mangelfulle kartlegginger og utredninger var et nokså gjennomgående funn i tilsynet. Det vil nødvendigvis gi noen følgefeil. Dersom eventuell ruslidelse ikke blir avdekket og utredet, somatiske lidelser ikke er vurdert eller de samlede livsutfordringene er lite tematisert, vil dette få konsekvenser for behandlingsopplegget/tiltak. Behandler tar da utgangspunkt i et ufullstendig bilde av pasientens samlede utfordringer. I om lag halvparten av poliklinikkene avdekket tilsynslagene risiko for slike følgefeil.

Behandlingsplanleggingen må foregå i samråd med pasientene. Tilsynet avdekket ingen tydelig svikt i behandlernes involvering av pasientene. I noen tilsyn gikk det klart fram at poliklinikken

¹⁹ Inkludert instanser med ruskompetanse som ARA og ruspoliklinikk.

I minst halvparten av poliklinikkene var det i stor grad opp til den enkelte behandler om pasienter og problemstillinger ble bragt inn og drøftet i teammøter/ behandlingsmøter.

ivaretar pasientenes medvirkning. I pasientintervjuer, jf. kapittel 6, var det noen pasienter som formidlet at de kjente seg sett og møtt av DPS, og at de fikk medvirke. Men formuleringen «Det fremkom ikke opplysninger om at pasienter ikke får medvirke i utrednings- og behandlingsforløpet», som står i flere tilsynsrapporter, gir ikke noe klart bilde av pasientenes medvirkning. I noen DPS-er fant tilsynet få behandlingsplaner, eller behandlingsplaner kunne være ufullstendige. I om lag halvparten av DPS-ene var det variasjoner innad med hensyn til å utarbeide behandlingsplaner.

I en del DPS-er hadde de ikke sikret tilstrekkelig kompetanse inn i pasientforløpene. I minst halvparten av poliklinikkene var det i stor grad opp til den enkelte behandler om pasienter og problemstillinger ble bragt inn og drøftet i teammøter/ behandlingsmøter, og når i behandlingsløpet det eventuelt ble tatt opp. I rundt halvparten av DPS-ene var det uklart om spesialist hadde medvirket i det enkelte pasientforløp, ettersom dette ikke alltid var dokumentert.

Dersom ruslidelsen behandles i TSB, må helseforetaket sørge for entydig ansvars- og oppgavefordeling. I noen poliklinikker hadde de ikke (faste) rutiner eller enhetlig praksis for samarbeid med TSB/ARA/ruspoliklinikk. Når oppgavefordelingen mellom psykisk helsevern og TSB er uklar, kan det være nokså tilfeldig om pasienter mottar samordnet og/eller integrert behandling. Dette strider mot faglige retningslinjer, og det som regnes som god praksis.

I en rekke DPS-er var vedtatt praksis knyttet til behandling ikke godt nok innarbeidet, og ledelsen fulgte ikke godt nok med på om eventuelle retningslinjer og prosedyrer ble fulgt. Ledelsen i en del poliklinikker hadde dermed heller ikke lagt til rette for at pasienter, med samtidige lidelser, kunne tilbys samordnet og/eller integrert behandling. Mange pasienter var prisgitt sin egen behandler. Det var uønskede variasjoner i behandlingstilbudet.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Mangelfullt kartleggingsarbeid kan medføre at rusmiddelproblemer og medisinfaglige problemstillinger ikke fanges opp. Dette fører til uakseptabelt høy risiko for svikt i videre diagnostisering og behandling ...»

«Gjennom intervjuene og i journalgjennomgangen kommer det frem at pasienten bidrar med å sette opp en målsetning for

behandling og gis mulighet til å gi tilbakemelding på behandlingsvalg. Det er imidlertid ikke gjennomgående praksis for å utarbeide behandlingsplan.»

«Journalgjennomgangen viser få behandlingsplaner. Rusmiddelproblematikk er i liten grad hensyntatt i behandlingsplanleggingen.»

«Det gjenfinnes ikke helhetlig behandlingsstrategi som omfatter psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematikk. Valg av behandlingstilnærming avgjøres av den enkelte behandler. Det er ikke fastsatt evalueringstidspunkt for behandlingsforløpet.»

4.4 Mangelfull styring utgjorde en risiko for pasientsikkerheten

«... det foreligger for dårlige rapporterings- og kontrollrutiner til at ledelsen kan følge med på innholdet i utredningsarbeidet /etterlevelse av vedtatte rutiner, fange opp svikt og iverksetter korrigerende tiltak slik forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring forutsetter. Dette er sårbare områder og svikt på dette området kan ha store konsekvenser for pasientenes behandling. Dette har medført svikt i utredningsarbeidet og medfører stor fare for svikt i fremtidig utredning og behandling.»

Dette sitatet, er nokså representativt for det tilsynet avdekket i flertallet av helseforetakene. Disse helseforetakene hadde ikke i tilstrekkelig grad sørget for at:

- utredningspraksis gir grunnlag for tjenester av rett kvalitet til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse
- pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse får samordnet og/eller integrert behandling

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et ledelsesverktøy som skal være til hjelp. Forskriften gjelder for alle helse- og omsorgstjenester. Resultatene fra tilsynet viser at mange ledere, på ulike nivåer i helseforetak, ikke anvendte verktøyet på en måte som sikret god kvalitet i tjenestene. Det gjaldt alle delene av styring; det som ligger til god planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende.

Dette funnet kan illustrere mangelfull bruk av avvikssystem som styringsverktøy:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et ledelsesverktøy som skal være til hjelp. Forskriften gjelder for alle helse- og omsorgstjenester.

«Når ansatte ikke har forståelse for hva som skal meldes som avvik eller hensikten med avviksmeldinger og dermed ikke melder avvik, mister ledelsen muligheten til å bruke avvikssystemet som et styringsverktøy. Ledelsen mister også muligheten for å kunne få en oversikt over hvor i behandlingsforløpet det er størst risiko for svikt og hvor rutiner eventuelt bør endres. Når ledelsen ikke etterspør oppfølging av ruslidelse i sin journalgjennomgang kan dette tyde på at ledelsen ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet på problemstillingen. Det har heller ikke vært satt i verk virksomme forbedringstiltak når journalkontroll har avdekket avvik.»

I de to DPS-ene hvor tilsynslagene ikke avdekket lovbrudd, hadde ledelsen god oversikt over tjenesteutøvelsen. Tilsynslagene konstaterte at medvirkning og tilbakemeldinger fra pasienter ble vektlagt. Kompetansen var tilstrekkelig, eller utfordringer knyttet til kompetanse var tatt hånd om. Rutinene for utredning av pasientene var kjent og i hovedsak fulgt, og det var tilrettelagt for tverrfaglig vurdering av pasientene²⁰.

Funnene i tilsynet tyder imidlertid på at mange ledere i stor grad lot det være opp til behandlerne hvordan og hvor grundig pasientene ble utredet og fulgt opp. I så godt som alle helseforetak med konstatert lovbrudd, fulgte ledelsen ikke godt nok med på tjenesteutøvelsen til å kunne rette opp og gjennom det trygge tjenestene. Minst en gang årlig skal ledere systematisk gjennomgå og vurdere styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Dette skal de gjøre for å sikre at styringen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

I 4.4.1–4.4.3 redegjør vi mer spesifikt for utpregede svakheter i styring og ledelse som ble avdekket, og som det er grunn til å anta har fått følger for tjenestetilbud. Vi viser for øvrig til punkt 4.2 og 4.3.

4.4.1 Felles praksis, for gode og likeverdige tjenester, var ikke tilstrekkelig innarbeidet

Rutiner for den som vil?

Pasienter skal motta tjenester av rett kvalitet. Ledelsen ved DPS skal sørge for rutiner og praksisbeskrivelser som bidrar til å ivareta dette, og de skal sørge for at slike felles «kjøreregler» er innarbeidet. Retningslinjer må omsettes til praksis som gagnar pasientene.

²⁰ I et av de to helseforetakene var tverrfaglig spesialisert rusbehandling integrert i DPS poliklinikk.

Ledelsen i en rekke DPS-er hadde verken sørget for at alle retningslinjer og praksisbeskrivelser var innarbeidet eller for å fange opp og gripe inn der uheldig praksis kunne gå ut over pasienter.

I over halvparten av DPS-ene manglet rutiner/praksisbeskrivelser på ett eller flere sentrale områder for utredning og oppfølging av pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig rusproblem. Manglende rutine for ruskartlegging og for samarbeid med TSB, og tilsvarende instanser, er eksempler på det. Ledelsen i en rekke DPS-er hadde verken sørget for at alle retningslinjer og praksisbeskrivelser var innarbeidet eller for å fange opp og gripe inn der uheldig praksis kunne gå ut over pasienter.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Ledelsen har ikke hatt gode nok systemer for å fange opp svikt i det løpende pasientarbeidet. Mangelfullt kartleggings-, utrednings- og oppfølgingsarbeid har ikke blitt oppdaget fullt ut, og nødvendige forbedringstiltak har følgelig ikke kunne iverksettes.»

«Det er ikke etablert systemer for å kontrollere og kvalitetssikre innholdet i kartleggings- og utredningsarbeidet, og at interne rutiner følges og leder til god nok praksis.»

«Virksomhetens egne rutiner og prosedyrer har ikke vært gjenstand for kontroll og evaluering med tanke på om de er i bruk, hva som fungerer bra, hva som fungerer dårlig og hva som må forbedres.»

Vilkårlig praksis – et tegn på at ledelsen ikke følger med

Ledelsen ved DPS skal følge med og iverksette tiltak dersom det har utviklet seg en uønsket variasjon i praksis, herunder ulik kvalitet i tjenestetilbudet. Et nokså gjennomgående funn i tilsynet var mangel på styring som ga seg utslag i vilkårlighet og mangelfull korrigering. Pasienter var i mange tilfeller prisgitt sin behandler: Noen pasienter ble grundig kartlagt, og avdekkede rusmiddelproblemer ble videre utredet. Andre fikk ikke like god hjelp. Noen behandlere var ikke kjent med eller var usikre på hvordan de skulle forholde seg til pasienters mindreårige barn. Konsekvensen kunne være at ingenting ble gjort, selv om barna trengte informasjon eller hjelp. Somatisk helse ble i noen tilfeller vektlagt, i andre tilfeller ikke vurdert eller ikke oppfattet som et anliggende for poliklinikken eller noe med mulig relevans for pasientens lidelse. I flere DPS-er var det opp til den enkelte behandler om tilstrekkelig kompetanse ble trukket inn, og å prioritere hvilke pasienter og problemstillinger de meldte til drøfting i team-/behandlingsmøter.

Når vilkårlig praksis, som går ut over pasienter, ikke blir oppdaget og/eller korrigert, er det et tegn på at ledelsen ikke tar kvalitet og pasientsikkerhet tilstrekkelig på alvor.

Når vilkårlig praksis, som går ut over pasienter, ikke blir oppdaget og/eller korrigert, er det et tegn på at ledelsen ikke tar kvalitet og pasientsikkerhet tilstrekkelig på alvor. At behandlere har selvstendig behandlingsansvar, fritar ikke ledelsen fra å følge med på tjenesteutøvelsen.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Tilsynet har avdekket store variasjoner i utredning, diagnostisering og behandlingsforløpet ... Det er slik tilsynet vurderer det ikke etablert gjennomgående styring og ledelse for å sikre pasientforløpet. Manglende oppfølging og kontroll gir ledelsen liten kunnskap om det reelle innholdet i den helsehjelpen som gis.»

«Journalgjennomgang og intervjuer med de ansatte bekrefter ulik praksis, og at rutiner og prosedyrer følges i ulik grad. De ansatte kjenner ikke til at noen følger med på om ... de gjør det de skal med hensyn til utredning, journalføring m.v.»

«Det følges eksempelvis ikke med på hvilke saker som aldri kommer opp til drøfting.»

4.4.2 Ledere hadde ikke lagt til rette for helhetlig og kompetent tjenestetilbud

Ledere hadde ikke sørget for tilstrekkelig kompetanse inn i pasientforløpene

Ledelsen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, og skal ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for at pasientene skal kunne få tjenester av rett kvalitet.

I rundt halvparten av DPS-ene hadde ledelsen ikke vurdert kompetansebehov godt nok, og ikke sikret at tilgjengelig kompetanse ble benyttet eller at den var tilstrekkelig for å utrede, diagnostisere og behandle pasienter med samtidige lidelser. Huller i kompetanse kunne gjelde ulike deler av tjenestene. I noen DPS-er var kompetansen på rusutredning og -behandling mangelfull, uten at det var kompensert for dette. Videre kunne det gjelde mangelfull tilgang på medisinsk-faglig oppfølging, at DPS ikke hadde personell som var kvalifisert for å gjøre differensialdiagnostiske vurderinger, eller at rutiner og organisering ikke understøttet at pasienter med somatiske lidelser fikk tilbud om utredning og ble fulgt opp i tråd med god praksis. Sistnevnte kunne ha sammenheng med mangelfull involvering av lege internt i poliklinikken, eller at ledelsen ikke hadde sørget

Få rusdiagnoser kan
i noen grad ses i
sammenheng med at
kompetansen på å
avdekke rusproblemer
og foreta videre ut-
redninger og diagnosti-
sering ikke var sikret
alle steder.

for tydelig ansvarsfordeling mellom DPS og fastlege. Manglende korrigering av uønsket praksis rammer tjenestetilbudet.

Få rusdiagnoser kan i noen grad ses i sammenheng med at kompetansen på å avdekke rusproblemer og foreta videre utredninger og diagnostisering ikke var sikret alle steder. Selv om DPS hadde tilgjengelig kompetanse kunne det være vilkårlig om spesialist ble konferert eller ikke, jf. tendensen til «solopraksiser» som tidligere er beskrevet. Det kunne være opp til den enkelte behandler hvilke pasienter/problemstillinger som ble drøftet i team-/behandlingsmøter.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Ledelsen ved ... DPS har ikke tatt stilling til hvilken type kompetanse som er nødvendig i de allmennpsykiatriske teamene når det gjelder kartlegging, identifisering og oppfølging av mulig samtidig ruslidelse.»

«Journalgjennomgangen viser at det ikke er dokumentert om spesialist har medvirket ... Det er ikke innført noen systematiske kontrollrutiner på ledernivåene for å påse at spesialistmedvirkning skjer.»

«De tverrfaglige teammøtene har en betydelig rolle for blant annet å sikre spesialistmedvirkning på områdene diagnostikk og behandlingsplanlegging i starten av pasientforløpene, men tilsynsmyndigheten vurderer at det ikke sikres fra ledelsens side at teammøtene fungerer på denne måten.»

Uklar ansvarsfordeling og mangelfull styring

Helseforetaket skal ha klarlagt ansvars- og oppgavefordelingen mellom psykisk helsevern og TSB. Helseforetakets ledelse og ledelsen i DPS skal følge opp at samhandlingen fungerer og at pasientene utredes og følges opp samordnet og helhetlig for psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.

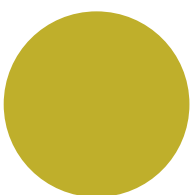
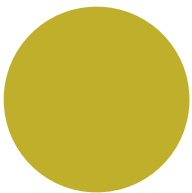
Pasienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem er særdeles sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. I en rekke poliklinikker hadde ledelsen ikke sørget for faste rutiner for samarbeid med TSB/ruspoliklinikk eller det var ingen enhetlig praksis for involvering av TSB/ARA/ruspoliklinikk.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Det er etablert flere forskjellige felles møtepunkter mellom ARA og DPS ..., men det er ikke skriftliggjorte rutiner som angir ansvars- og oppgavefordeling mellom disse. En enhetlig praksis for hvordan ARA involveres og hvordan samhandling skal skje der rusproblematikk avdekkes underveis i et behandlingsforløp er heller ikke tilstrekkelig innarbeidet.»

«Det er ikke etablert strukturert samarbeid mellom ... DPS poliklinikk og rusklinikken for kompetanseoverføring. Det fremstår som tilfeldig om kompetansen ved rusklinikken benyttes ved ... DPS poliklinikk»

«Ansvars- og oppgavefordeling mellom DPS poliklinikk og TSB er ikke klarlagt. Uklarhet om behandlingsinstans, DPS poliklinikk og eller TSB, gjelder spesielt pasienter med moderat og mindre alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse.»





5 :

Helsetilsynet forventer skjerpet ledelse på alle nivåer

5.1 Det var altfor vilkårlig hvem som fikk og ikke fikk kvalitativt gode tjenester

Selv om mange pasienter er fornøyd med måten de blir involvert på og tjenestene de får, viser funn i tilsynet at det er mye som må bli bedre i tjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser og mulige samtidige rusmiddelproblemer. Pasienter med sammensatte problemer; psykiske lidelser, behandlingstrengende rusproblemer, somatiske lidelser og andre livsutfordringer, skal erfare at de befinner seg i en velfungerende og kompetent tverrfaglig verden. Pårørende skal erfare det samme. Funn i tilsynet viser at det er for vilkårlig hvem som fikk og ikke fikk kvalitativt gode tjenester i DPS.

Journaler som er gjennomgått i tilsynet viser at pasienter kan ha fått uriktige eller mangelfulle diagnoser; ruslidelser har ikke blitt avdekket eller tatt med i betraktning, somatiske lidelser har ikke vært på agendaen, det helhetlige bildet av pasientens utfordringer og behandlingsbehov har ikke kommet fram. Mindreårige barn til pasienter kan ha opplevd liten eller ingen oppmerksomhet og oppfølging, med de alvorlige følger det kan ha fått. Funnene viser svakheter i styring, kvalitetssikring og ledelse i alle ledd. Uønsket variasjon i utredning og behandling og mangelfull kompetansestyring, er tegn på at mange DPS-er ikke ble ledet og fulgt opp på en måte som ivaretok pasientsikkerheten.

5.2 Helsetilsynets vurderinger og forventninger

5.2.1 Psykisk helse i krise?

«Ledelsen ved DPS-ene og helseforetakene har ikke god nok kontroll og oppfølging til å sikre likeverdige og forsvarlige tjenester.» (3) Sitatet er ikke hentet fra tilsynet i 2017–2018, som denne rapporten oppsummerer, men det forrige landsomfattende tilsynet med DPS-enes tjenester til voksne pasienter. Tilsynstemaene i tilsynet som ble gjennomført i 2008–2009 skiller seg noe fra det tilsynet undersøkte i 2017–2018, men det er stort sammenfall i funnene som gjelder ledelsesutfordringer. Sitatet over er fortsatt gyldig. Ledere i helseforetak, der svikt ble avdekket i 2017 og 2018, hadde ikke tatt tilstrekkelig ansvar for å tilby tjenester av rett kvalitet ²¹. Det var fortsatt et stykke igjen til likeverdige tjenester.

Artikler som «Er psykisk helse i krise?» som sto i Dagens medisin i februar, 2019, tar opp hvor viktig det er å nyansere debatten om

tilstanden i psykisk helsevern (4). Forfatterne påpeker at fagfeltet ikke er tjent med at bare ytterpunktene kommer fram, og hvor alvorlige konsekvenser manglende tillit til helsevesenet kan få for dem som trenger hjelp. Helsetilsynet er enig i det, og mener slik nyansering er viktig. Samtidig kan tilsynsmyndighetene lett oppfattes som representanter for en slik ytterlighet. Tilsyn er i sitt vesen primært opptatt av det som *ikke* fungerer, og å tjene pasientenes interesser når tjenestene ikke er så gode som de bør være. Det tilsynsmyndigheten presenterer av funn vil ikke gi et helhetlig bilde av virksomheter.

5.2.2 Det nytter ...

Blant noen ledere og behandlere er oppfatningen at det er en motsetning mellom planmessighet og fleksibilitet, inklusive utøvelse av faglig skjønn. I en oppsummering av kunnskap om pasientforløp for personer med ROP-lidelser (2), refererer forfatteren til forskning som omtaler utfordringene i det som ligger i at pasienter med ROP-lidelser har sammensatte problemer som påvirker hverandre, og at sykdomsforløp og prioriteringer ofte vil variere:

«Hvis helseinstitusjonene skal klare å forholde seg til den variasjon og usikkerhet som en slik situasjon skaper, er det viktig å være fleksible og tilpasse tjenestene underveis. En styringskultur som ... er preget av formelle prosesser og regler for hva som skal gjøres, vil ... hemme de ansattes muligheter til å tilpasse seg brukernes behov på en adekvat måte ...»

Dersom styring fungerer og oppfattes på en slik måte, er det tegn på at ledelsesverktøy, faglige retningslinjer med videre ikke anvendes på en kompetent måte og etter hensikten. Planmessighet og system er ment å sikre alle pasienter god helsehjelp. Fleksibilitet og faglig skjønn skal kunne praktiseres etter dokumenterte faglige vurderinger i samspill mellom behandlere og ledelse på ulike nivåer.

²¹ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ble utgitt i 2012.

²² Revisjonene viser i hvilken grad de lykkes i arbeidet. Revisjonene blir gjennomført av tre spesialister (kliniske psykologer og psykiater), og avdelingsleder er alltid med. De gjennomgår tre journaler for hver behandler, og resultatene fra hver gjennomgang settes opp i grafiske framstillinger.

Heldigvis ser vi gode eksempler på at noen lykkes med planmessighet. To spesialister beskriver i artikkelen «Fra beste praksis til pakkeforløp» (2019) sine erfaringer fra prosjektet Beste Praksis, og det faktum at standarder som ble innført i prosjektet er videreført og fulgt opp av interne halvårlige revisjoner ²².

Bakgrunnen for det hele var en gjennomgang av klinisk praksis. De fant blant annet at utredning, diagnostisering og behandling

i for stor grad var preget av den enkelte behandlers frittstående avgjørelser og faglige preferanser (sammenfallende med det vi fant i tilsynet). De fant også at behandlingsplaner var mangelfulle eller at de kunne mangle (sammenfallende med det vi fant i tilsynet). Mange pasienter gikk i behandling med uklare mål og uklare kriterier for avslutning. De besluttet blant annet obligatorisk bruk av Helsedirektoratets anbefalte behandlingsplan. Forfatterne skriver at behandlingsplanene hjelper de ansatte til å holde fokuset gjennom behandlingsløpet og evaluere effekten av helsehjelpen underveis. «Det har over tid kommet endringer i holdninger og atferd hos behandlerne, hvor de i dag i stor grad benytter behandlingsplanene som et verktøy i kommunikasjonen og samhandlingen med pasienten.» Forfatterne legger imidlertid ikke skjul på at det til tider har vært krevende arbeid, med mye motstand fra behandlerne ved oppstart (5).

5.2.3 ... men utfordringene er betydelige

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført fra 1. januar 2019. Forløpene bygger på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere (6). DPS-er som ikke har fått bukt med «vilkårlig tjenesteutøvelse» vil slite med å oppfylle målene i pakkeforløp for alle pasienter. Funn i tilsynet har vist at likeverdig tilbud til pasienter og pårørende ikke først og fremst avhenger av hvor i landet man bor, men hvilken behandler pasienten har, og hvordan ledelsen styrer virksomheten. Ut fra funnene synes det også som ledere i noen av helseforetakene i for liten grad hadde tatt inn over seg bredden i ansvar som er tillagt DPS, hva det innebærer av kompetansebehov og skoling av ansatte, og at dette (også) må ivaretas via retningslinjer og praksisbeskrivelser forankret hos behandlerne. Vi vil særlig trekke fram DPS-ets ansvar knyttet til pasientens eventuelle rusmiddelproblem og/eller somatiske lidelser med betydning for diagnose og behandling.

I nettartikkelen «Hvorfor vet så få hva pakkeforløp innebærer?» (2018) spør forfatteren om den tradisjonelle inndelingen i rus og psykisk helsevern fortsatt er så sterk i spesialisthelsetjenesten at fleksibiliteten rammes? (7) Funn i tilsynet gir ikke noe uttømmende svar på det, men en rekke DPS-er hadde ikke lagt godt nok til rette for samordnet og/eller integrert behandling til pasienter som trengte det.

Helsetilsynet forventer at ledere på alle nivåer har iverksatt og løpende iverksetter tiltak som oppfyller kravene som ligger i faglig forsvarlighet.

5.2.4 Pasientene skal tilbys helhetlige og likeverdige tjenester av god kvalitet

Under punkt 5.2.2 har vi referert til et eksempel på innarbeiding av planmessig arbeid i praksis. Noen av suksesskriterier vi vil trekke fram er:

- erkjenne behov for forbedring, og sette av tid til endringsarbeid
- skaffe oversikt over status, og hva som er årsakene til at det svikter
- sette tydelige mål, gjøre tiltak og følge resultatene av endringer
- gjøre justeringer og følge opp helt til resultatene er gode nok

Endring krever systematisk, ledelsesstyrt arbeid. Mange ledere gjør utvilsomt mye godt arbeid, men funnene i tilsynet viser at det likevel hadde glippet på en rekke områder. Personell som jobber direkte med pasienter må involveres og oppleve at dette handler om forbedring av deres jobbhverdag og pasientenes ve og vel.

Helsetilsynet forventer at ledere på alle nivåer har iverksatt og løpende iverksetter tiltak som oppfyller kravene som ligger i faglig forsvarlighet. I denne sammenheng betyr det at:

- Utredningspraksis i DPS skal gi grunnlag for tjenester av rett kvalitet til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.
- Pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse skal få samordnet og/eller integrert behandling. Dersom ruslidelsen diagnostiseres/behandles i TSB, må helseforetaket ha sørget for klar ansvars- og oppgavefordeling samt oppfølging av at samhandlingen fungerer.

Ut fra risikobildet som tilsynsfunnene viser, må ledere særlig prioritere tiltak som sikrer at:

- Mulige ruslidelser hos pasienter fanges opp, vurderes i sammenheng med den psykiske lidelsen og følges opp.
- Pasientene blir kartlagt og utredet for somatiske lidelser, eventuelle lidelser blir vurdert i sammenheng med øvrige lidelser ved diagnostisering, og nødvendige somatiske undersøkelser blir foretatt og fulgt opp.
- Behandlerne er kjent med når tiltak skal iverksettes overfor pasienters mindreårige barn, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de skal gå fram.

Helseforetaket må sørge for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, nødvendig samhandling mellom personell og samhandling på ledernivå.

Ansvarsfordelingen er klar: Daglige ledere ved de enkelte helseforetak har et selvstendig ledelsesansvar. Men styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene må følge med på om helseforetakene har et hensiktsmessig styringssystem. Styrene må sørge for å være kjent med informasjon som sier noe om tjenestene til pasientene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I rapport fra Riksrevisjonen (2018) om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, står det at «Styrer i helseforetakene er for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer, som er nødvendig for å kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig og jobber systematisk med kvalitetsforbedring.» (8) Funn i tilsynet bekrefter at det er behov for skjerpet ledelse på alle nivåer.

DPS er en faglig selvstendig enhet, og poliklinikkens leder er tetttest på behandlere og pasienter. For å lykkes i å styre og forbedre virksomheten er det avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt og får nødvendig opplæring. De som jobber pasientnært må oppleve at retningslinjer er hensiktsmessige og gode. De må oppleve at noen bryr seg med og tilrettelegger for at vedtatt praksis følges – der det ikke er gode grunner til å fravike. Helsetilsynet forventer at ledere i DPS følger med på tjenesteutøvelsen og skaffer oversikt over særskilte risikoområder, evaluerer og korrigerer når resultatene ikke er slik de bør være. De ansatte må bidra med godt medarbeiderskap.

Ansatte i DPS har krevende oppgaver og står på for at pasientene skal få den hjelpen de ønsker og har behov for. De fortjener ledere som følger med og gir konstruktive tilbakemeldinger på hva som kan bli bedre. Ansatte må delta i forpliktende samspill. Pasientene skal tilbys gode og trygge tjenester. Det er ikke opp til den enkelte behandler alene å vurdere hva som er godt nok.

6 :

Gjennomføringen av tilsynet og erfaringer med pasienter som informanter

6.1 Omfang og praktisk gjennomføring

Fylkesmennene, fordelt på seks regionale tilsynslag, gjennomførte 20 tilsyn i 19 helseforetak. Tilsynet ble gjennomført som system-revisjon med felles veileder for alle tilsyn, og med deltakende fagrevisorer med medisinsk- og psykologfaglig kompetanse på områder som skulle undersøkes ²³. I et mindre antall tilsyn deltok også kvalifisert fagrevisor med erfaringskompetanse ²⁴ i hele eller deler av tilsynet. Fylkesmennene skulle undersøke om helseforetakene legger til rette for og følger opp at pasientene får helhetlige, individuelt tilpassede og forsvarlige polikliniske tjenester innen psykisk helsevern. I praksis ble det gjennomført tilsyn med DPS poliklinikk.

For å få et best mulig faktagrunnlag, ble det, i tillegg til dokumentgjennomganger og intervjuer med personell og ledere på ulike nivåer, også gjennomført intervjuer med pasienter. Til sammen ble ca. 70 pasienter intervjuet. Intervjuene ble gjennomført i direkte møter med én og én pasient, bare unntaksvis som telefonintervjuer. Erfaringene med denne informasjonsinnhenting er nærmere beskrevet i punkt 6.3.

Tilsynslagene innhentet informasjon fra TSB via spørreskjema. Informasjonen som ble innhentet fra TSB skulle særlig belyse hvordan samhandling og kompetanseutveksling med DPS poliklinikk gjennomføres og fungerer. Tilsynet som sådan omfattet ikke tjenesteutøvelsen i TSB.

6.2 Lov og retningslinjer

Kravet om forsvarlig virksomhet, inkludert virksomhetenes plikt til systematisk styring, var sentralt i tilsynet. Det samme gjaldt kravet om pasientmedvirkning (pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2).

Kravet om forsvarlighet (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2) er en rettslig standard. Innholdet er forankret i anerkjent fag-kunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Helsedirektoratet har utarbeidet følgende publikasjoner som var særlig aktuelle for dette tilsynet:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk

²³ Flere fagpersoner i krysningsfeltet psykisk helsevern/TSB, inkludert noen av deltakerne fra samlingen for risikovurderingen (jf. forordet), deltok i drøftingsmøter under arbeidet med veilederen. Vi innhentet innspill til utkast til veilederen for tilsynet fra disse fagpersonene, samt fra de som skulle være fagrevisorer med lege-/psykologbakgrunn.

Brukerorganisasjoner bidro på ulike måter med innspill til veilederarbeidet. Vi innhentet synspunkter i møte med BrukerROP (Helsedirektoratets brukerråd innen rus- og psykisk helse-feltet), og vi fikk egne innspill fra representant fra Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) og fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP). Vi hadde møte med disse kontaktpersonene og to representanter fra fylkesmennene om hvordan vi best kunne involvere enkeltpasienter i tilsynet. Vi har også hatt møte med Helsedirektoratet.

²⁴ «Fagrevisor med erfaringskompetanse» er (her) bruker- eller pårørenderepresentant som har fått opplæring for å være deltagende i gjennomføring av tilsyn.

- lidelse. IS-1948 (9).
- Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388 (10).
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957 (11).
- Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar. IS-1925 (12).
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561 (13).
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. IS-2211 (14).
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (15).
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511 (16).
- Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy. IS-9/2007 (17).

Faglige anbefalinger i slike publikasjoner danner et grunnlag for faglig god praksis og tjenester av rett kvalitet.

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten ble 1. januar 2017 erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsene i forskriften skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Dette gir virksomheten grunnlag for å sikre gode og trygge tjenester også når betingelsene ikke er optimale, eksempelvis ved mangel på kompetanse, fravær av personell eller i situasjoner med stor pågang av pasienter.

Kravene som myndighetene stiller må etterleves for at kartlegging, utredning, diagnostisering, behandling og avslutning av behandling av pasienter i DPS skal være faglig forsvarlig. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må følge opp og sikre at helse-tjenestene er av god nok kvalitet.

6.3 Erfaringer med innhenting av informasjon fra pasienter

Som en del av evalueringen av tilsynet, gjennomførte Helsetilsynet

intervjuer med revisorer i fylkesmennenes tilsynslag. Temaet var erfaringene med innhenting av informasjon fra pasienter, jf. punkt 6.1. Til sammen snakket vi med ni revisorer hos fylkesmennene.

Helsetilsynet hadde utarbeidet forslag til intervjuguide for fylkesmennene. Informantene revisorene²⁵ snakket med som del av tilsynet var pasienter som mottok polikliniske tjenester fra aktuelle DPS-er, og som kunne ha informasjon som var relevant for det fylkesmennene skulle undersøke i tilsynet. Informasjonen fra pasientene ble sett i sammenheng med annen innhentet informasjon. I noen tilsyn ble det av ulike grunner intervjuet få pasienter²⁶. Flere revisorer understreket at få samtaler eller få i målgruppa (få eller ingen med rusproblematikk) medførte begrenset innsikt i tjenesteerfaringer. En revisor pekte på at det i dette tilsynet (ofte) var snakk om lange behandlingsløp, og at pasientene ikke husket detaljer som kunne være relevante for tilsynet.

Involvering av pasienter som informanter i tilsyn med helsetjenestene er fortsatt å regne som utviklingsarbeid. Vi har erfart at slik involvering er nyttig, men at det også byr på utfordringer. Etter dette tilsynet sa de fleste revisorene at samtalene hadde gått greit, men at det varierte i hvilken grad tilsynslaget hadde fått tak i pasientenes erfaringer. Det varierte også om opplysninger fra pasienter var egnet til å forfølge i tilsynet. Noen revisorer hadde eksempler på informasjon som de hadde brukt, eller informasjon som bidro til å styrke øvrige funn (eksempler):

- Det var pasienter som bekreftet at ruslidelser var lite i fokus i DPS-et. Noen av disse pasientene oppga at de drakk og brukte mer rusmidler enn det som var avdekket i poliklinikken.
- En pasient understreket hvor viktig det er at behandler tar opp problemet rus. At det er viktig at behandler ikke gir seg. Denne pasienten var fornøyd med behandlingen. Tilsynslaget undersøkte, ut fra dette, om alle behandlere på DPS-et jobbet slik.
- Noen pasienter ga informasjon som bekreftet at de jobbet hver for seg i helseforetaket – med henholdsvis rusproblematikk og psykiske lidelser. Den ene part gjorde sin jobb først, så neste instans.
- Noen pasienter formidlet at de ikke hadde tillit til DPS, mens andre kjente seg sett og møtt, og at de fikk medvirke.

²⁵ I de aller fleste tilfeller var det to som gjennomførte intervjuer med pasienter.

To tilsynslag hadde med fagrevisor med brukerkompetanse, i noen av samtalene, som én av de to.

²⁶ I noen DPS-er var det få informanter som var aktuelle for intervju, jf. målgruppen for tilsynet. I en rekke tilfeller var det betydelig frafall da selve intervjuet skulle gjennomføres.

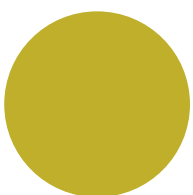
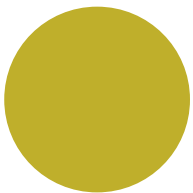
Pasientenes erfaringer harmonerte ikke alltid med funnene i tilsynet for øvrig. Vi spurte revisorene hvordan de vurderte nytteverdien av informasjonen de hadde klart å innhente fra pasienter.

Mange svarte at det hadde gått med mye tid til å forberede og gjennomføre intervjuene, men noen var tydelige på at det var verdt innsatsen.

En revisor sa noe slikt: Den mest opplagte nytten var overfor virksomheten; at vi gjorde det, at vi hadde samtaler med pasienter. Det er viktig. DPS var spent på hva brukerne sa. De spurte seg om de burde gjøre det selv.

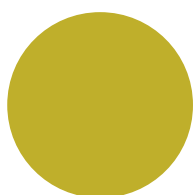
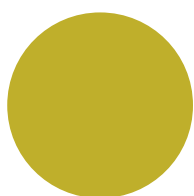
En annen revisor sa at etter samtalene visste de om noen som faktisk hadde opplevd det og det, «ryggsekken var litt fullere». De kunne være mer direkte når de snakket med dem på DPS-et, og at det var ganske nyttig.

En tredje revisor, som var opptatt av tidsbruk, hadde likevel kommet fram til følgende (fritt gjengitt): Jeg har egentlig vært litt skeptisk til brukerinvolvering (det tar mye tid, hva med avkastningen?), men man får en ekstra dimensjon. Totalt sett er det positivt å få hørt brukerstemmen.



1. Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Rapport fra Helsetilsynet 3/2016. Oslo: Statens helsetilsyn, 2016.
2. Fredwall E. Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Grimstad: Senter for omsorgsforskning, sør, 2018.
3. Distriktpsikiatriske tjenester – likeverdig tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Rapport fra Helsetilsynet 3/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.
4. Lien L. og Terjesen A-G. Er psykisk helse i krise? Dagens medisin 2019; 4: 28.
5. Ølberg F. og Gaven Ch. Fra beste praksis til pakkeforløp. Dagens medisin 2019; 4: 24.
6. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. IS-2734. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
7. Hvorfor vet så få hva pakkeforløp innebærer? Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon, rusfeltet.no. 5.11.2018.
8. Undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Del av Dokument 3:2 (2018–2019). Oslo: Riksrevisjonen, 2018.
9. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
10. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388. Oslo: Helsedirektoratet, 2006.
11. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.

12. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. IS-1925. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
13. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
14. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. IS-2211. Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
15. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
16. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
17. Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy. IS-9/2007. Oslo: Helsedirektoratet, 2007.



- Samisk og engelsk oversettelse
-



Vel ain guhká dassá mis leat ovtadássásaš bálvalusat. Čeahkkáigeassu riikkaviidosaš bearráigeahčus jagiin 2017–2018 spesialistadearvvašvuodabálvalusain pasieanttaide geain leat psykalaš váttut ja vejolaš gárrendilleváddu

Dearvvašvuodageahču raporttas 5/2019

Ožžotgo pasieanttat geain leat psykalaš váttut ja vejolaš gárrendilleváltut oktanaga oppalaš, individuálalaččat heivehuvvon ja dohkálaš poliklinihkalaš bálvalusaid psykalaš dearvvašvuodasuddjemis? Ožžotgo pasieanttat vejolašvuoda váikkuhit? Fylkkamánnit gávdne boasttuvuodaid ja váilevašvuodaid gávccinuppeloškái guoktelogi guovlluspsykiátralaš poliklinihkain mat ledje guorahallon.

Bearráigeahču váldogávnnus lea ahte pasieanttat kártejuvvojit ja čielggaduvvojit váilevaččat. Suorgi mas ledje stuorra váilevašvuodat lei vejolaš gárrendilleválttisvuodaid ja somáhtalaš dearvvašvuodaválttisvuodaid čielggadeapmi ja čuovvleapmi. Oppalaččat ii lean divššodeddjiid gelbbolašvuohhta doarvái bures árvvoštallon dahje sihkkaraston ásahuvvon praksisiid ja oahpahusa bokte. Váilevaš čielggadeapmi sáhttá dagahit ahte pasieanttaid gillámušat ja eallinhástalusat, earret dan psykalaš váttu, ii boade ovdan, ja ahte dikšu ii heivehuvvo ja ii leat ollislaš.

Duodalaš váilevašvuodat jodiheamis dagahii ahte lei sahte dohko makkár praksis lei, lei buori muddui ovttaskas divššodeaddji duohken árvvoštallat mii lei doarvái buorre.

Dearvvašvuodadoaimmain gos bálvalusat eai lean dohkálaččat, eai lean doarvái rutiinnat raporteremii ja dárkkisteapmái gávnnahan dihte gokko leat váilevašvuodat ja bidjat johtui doaibmabijuid divvun dihte váilevašvuodaid go dasa lea dárbu.

Bearráigeahču bohtosat čájehit ahte mánngga dearvvašvuodadoaimmas lei ollu mii ferte buoriduvvot ja čuovvulahttot vai sihkkarastá ahte pasieanttat áimmahuššojit bures ja ožžot oadjebas, beaktilis ja ovtadássásaš bálvalusaid.



A long way to go before services are equitable. Summary of countrywide supervision in 2017–2018 of hospital services for people with a mental health disorder and a possible concurrent addiction disorder

Summary of Report of the Norwegian Board
of Health Supervision 5/2019

Do people with a mental health disorder and possible concurrent addiction disorder receive comprehensive, individually adapted and adequate out-patient treatment from the mental health services? Are patients given the opportunity to participate in deciding on the services they receive? The Offices of the County Governors found breaches of the legislation and inadequacies in 18 of 20 out-patient clinics in community mental health care centres that they investigated.

Inadequate investigation and examination of patients was one of the main findings from supervision. Investigation and follow-up of possible addiction problems and somatic health disorders was also an area that was often inadequate. The result can be that patients' disorders and the challenges they experience in their lives, in addition to their mental health disorder, are not identified, and that their treatment is not comprehensive or adapted to their needs.

The skills of the clinicians were often not adequately assessed. Clinicians' established practice and training were often inadequate to ensure that they had the skills that were required.

Serious deficiencies in leadership resulted in arbitrary practice. It was often left up to the individual clinician to assess what was good enough.

In health trusts where services were inadequate, there was a lack of reporting systems and control procedures for identifying problem areas and for initiating necessary corrective measures.

The results of supervision show that there was much that needed to be improved and followed up in order to ensure that patients were well looked after and received effective and equitable services.

Alle utgivelser i Rapport fra Helsetilsynet finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

[Det heng dårleg saman. Landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med kommunale tenester til personar med samtidig rusproblem og psykisk lidning – oppsummeringsrapport.](#)
Rapport fra Helsetilsynet 6/2019

[Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller samtidig ruslidelse.](#) Rapport fra Helsetilsynet 7/2019

[Tilsynsrapporter som inngår i dette landsomfattende tilsynet,](#) menyen Tilsyn

[Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2017–2018. Spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.](#)
Internserien 1/2017

[Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.](#)
Rapport fra Helsetilsynet 3/2016

Rapport fra Helsetilsynet 5/2019

**Et stykke igjen til likeverdige tjenester.
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018
med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk
lidelse og mulig samtidig ruslidelse**

Mai 2019

Design: Kitchen

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-93595-21-2 (elektronisk)
ISBN: 978-82-93595-22-9 (trykt)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted

www.helsetilsynet.no

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo

T: 21 52 99 00

E: postmottak@helsetilsynet.no

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

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

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rapport fra Helsetilsynet 5/2019

Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Får pasienter med psykiske lidelser og mulige samtidige ruslidelser helhetlige, individuelt tilpassede og forsvarlige polikliniske tjenester innen psykisk helsevern? Får pasientene mulighet til å medvirke? Fylkesmennene fant svikt og mangler i 18 av de 20 distriktpsykiatriske poliklinikkene som ble undersøkt.

Utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter er et hovedfunn i tilsynet. Utredning og oppfølging av eventuell rusproblematikk og somatiske helseproblemer var områder det i stor utstrekning hadde sviktet på. Behandlernes kompetanse var ikke gjennomgående godt nok vurdert eller sikret gjennom etablert praksis og opplæring. Mangelfull utredning kan resultere i at pasientens lidelser og livsutfordringer, ut over den psykiske lidelsen, ikke kommer fram, og at behandlingen ikke blir tilpasset og helhetlig.

Alvorlige mangler i ledelse ga seg utslag i vilkårlig praksis, der det i stor grad var opp til den enkelte behandler å vurdere hva som var godt nok.

I helseforetak hvor tjenestene ikke var forsvarlige, hadde de ikke tilstrekkelige rapporterings- og kontrollrutiner for å kunne avdekke sviktområder og iverksette korrigerende tiltak ved behov.

Resultatene fra tilsynet viser at mange helseforetak hadde mye å forbedre og følge opp for å sikre at pasientene blir godt ivaretatt og får trygge, virkningsfulle og likeverdige tjenester.