

**Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i  
2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og  
samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse**

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



# Innhold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>: Forord</b>  | <b>03</b> |
| <b>1 : Bakgrunnen for valg av temaer – særtrekk og utfordringer</b>  | <b>05</b> |
| <b>2 : Hva fylkesmennene skulle undersøke i de to tilsynene</b>      | <b>06</b> |
| <b>3 : Funn</b>  | <b>08</b> |
| 3.1 Funn i tilsynet med kommunale tjenester                          | 08        |
| 3.2 Funn i tilsynet med spesialisthelsetjenesten                     | 11        |
| <b>4 : Det store bildet – samlede betraktninger og forventninger</b> | <b>16</b> |
| 4.1 Hva tilsynsmyndigheten så – samlet sett                          | 16        |
| 4.2 Hva nå? Tilsynsmyndighetens forventninger                        | 17        |
| <b>: Čeahkkáigeassu</b>  | <b>20</b> |
| <b>: English summary</b>   | <b>21</b> |



## Forord

Pasienter og brukere med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem skal oppleve hjelpen og behandlingen som helhetlig. Instansene som tilbyr tjenestene skal legge til rette for nødvendig samhandling. Målet er at pasientenes og brukernes ressurser støttes på en slik måte at deres helse og livskvalitet bedres.

Statens helsetilsyn besluttet at alle fylkesmennene skulle gjennomføre tilsyn med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse i 2017 og 2018. Tilsynet skulle 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 kunnskap, benyttet som grunnlag for valg av temaer 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.

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<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> Målgruppen for tilsynet var voksne personer med psykisk lidelse og (mulig) samtidig rusmiddelproblematikk i form av behandlingstrengende rusmiddelproblemer.

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.



# 1

## Bakgrunnen for valg av temaer - særtrekk og utfordringer

Psykiske lidelser og rusmiddelproblemer henger tett sammen og symptomer kan forveksles, tildekkkes, forverres eller utløses gjensidig.

Selv om en stor andel personer med psykisk lidelse ikke har rusproblem, vet vi at psykiske lidelser og rusmiddelproblemer eller ruslidelser ofte opptrer samtidig. Forekomsten av ruslidelser hos mennesker med psykiske lidelser er generelt høy, og i særlig grad ved alvorlige lidelser som schizofreni og bipolar lidelse. Forskning viser også at jo mer alvorlig rusmiddelproblemet er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser. Det er stor variasjon i gruppen, både når det gjelder alder, bakgrunn, funksjonsnivå, hvilke rusmidler som blir brukt og hvilke psykiske lidelser de har.

Mangelfull utredning er beskrevet som et risikoområde i flere kunnskapskilder. Det innebærer at en del pasienter og brukere med samtidige problemer og lidelser ikke får den helhetlige hjelpen de kan ha behov for. Et kjent sviktområde er at også samhandlingen er svak der ulike enheter eller avdelinger gir tjenestetilbud for rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Pasienter og brukere har ofte behov for sammensatte tjenester, samtidig faller mange utenfor behandlings- og hjelpetiltak. Svikt i tjenestetilbudet og i samarbeidet mellom tjenestene kan få alvorlige konsekvenser for brukerne.

Både kommuner og helseforetak må ta hensyn til at pasienter og brukere kan ha sammensatte problemer og lidelser, inklusive somatiske. De må organisere og legge til rette tjenestene slik at hjelpen blir helhetlig, enten tjenestene gis av én eller flere instanser. På begge nivåer er det viktig å sikre nødvendig samarbeid slik at det tilbudet brukere og pasienter mottar er samordnet og helhetlig.

<sup>2</sup> Blant annet i Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Rapport fra Helsetilsynet 3/2016.

Tilstrekkelig kompetanse og godt samspill mellom brukerne/pasientene og de som tilbyr tjenestene er vesentlig for å få til reell medvirkning og et godt tjenestetilbud.

# 2 :

## Hva fylkesmennene skulle undersøke i de to tilsynene

### **Tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse**

Tilsynet ble rettet mot kommunens tjenester til voksne personer (18 år og eldre) som på grunn av sammensatte problemer trenger tjenester fra kommunen over tid. Tilsynet gjaldt tjenester til personer uavhengig av hvilke rusmidler de benyttet og uavhengig av om de brukte rusmidler aktivt eller var i rehabilitering. Det var også uavhengig av hvilke psykiske problemer eller lidelser personene hadde.

Fylkesmennene skulle undersøke om kommunen la til rette for og gjennomførte samarbeid mellom ulike kommunale enheter som yter sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester, slik at tjenestene var samordnet. Samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste inngikk også.

Videre skulle fylkesmennene undersøke om kommunen kartla brukerens helhetlige situasjon og behov for tjenester, og om kommunen tilbyr og yter tjenester rettet mot brukerens rusmiddelproblem, psykiske lidelse og somatiske helsesituasjon.

Brukernes boligsituasjon er viktig, og det ble derfor undersøkt om de får tjenester i form av «opplysning, råd og veiledning» fra Nav-kontoret og «praktisk bistand og opplæring» etter helse- og omsorgstjenesten slik at de kan mestre å bo i egen bolig.

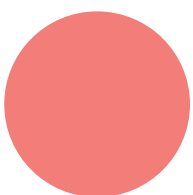
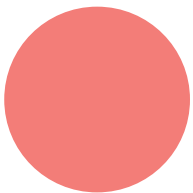
Fylkesmannen skulle også undersøke om kommunen ivaretar brukers medvirkning i eget tjenestetilbud.

### **Tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse**

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



# 3

## Funn

### 3.1 Funn i tilsynet med kommunale tjenester

*I syv av ti kommuner hvor tilsynet ble gjennomført, konkluderte fylkesmannen med brudd på krav i regelverket. Vår gjennomgang av 88 tilsynsrapporter viser et lite betryggende bilde for brukerne av de kommunale tjenestene.*

Funnene gir grunn til bekymring for om brukere med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse får dekket sine behov for tjenester. Det kan få alvorlige følger for deres helse- og livssituasjon.

Det var svikt på ulike områder, og hva som sviktet varierte fra kommune til kommune. I noen kommuner gjaldt det på noen områder, i andre kommuner var det svikt «over hele fjøla».

#### **Alt henger sammen med alt**

For at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse skal få faglig forsvarlige og individuelt tilpassede tjenester er det flere oppgaver kommunen må ivareta. Viktige elementer i tjenesteytingen og i dette tilsynet, var om kommunene ivaretar kravene til kartlegging, planmessig tjenesteyting, dokumentasjon og samhandling/koordinering av tjenestene. På disse områdene var det svikt i større eller mindre grad i mange kommuner.

#### **Tjenesteytingen var tilfeldig og lite planlagt**

I mange kommuner ble ikke brukernes situasjon undersøkt for å få et helhetlig bilde av personens utfordringer og ressurser. For å komme på rett spor, og sørge for at den enkelte får individuelt tilpassede og samordnede tjenester, er det nødvendig at de enhetene i kommunen som har kontakt med brukeren, kartlegger både rusmiddelbruk, psykisk og somatisk helsesituasjon og utfordringer med å mestre å bo i egen bolig.

I mange kommuner ble tjenestene også ytt lite planmessig. Det ble ikke satt mål og tiltak, og tilbudene ble sjelden evaluert. Det kan føre til at tjenestene blir ytt ut fra hva den enkelte ansatte mener er riktig, og på ulike måter. For brukeren kan resultatet av mangel på helhetlig kartlegging og lite planmessig tjenesteyting bidra til å forverre brukerens situasjonen snarere enn å forbedre den.

#### **Få planlagte tiltak for akutte forverringer og kriser**

Risikoen for tilbakefall og akutt forverring er betydelig for mange i denne gruppen. Tjenestene må derfor ha en beredskap for slike



situasjoner, og legge en plan for hva brukeren selv og tjenestene skal foreta seg dersom det oppstår kriser. En slik plan skal beskrive tegn på forverring, aktuelle tiltak og hvem som har ansvar for hva. Tilsynet viste at det i flere kommuner ikke var praksis for å vurdere behov for tiltak i kriser, også der risikoforhold var omtalt i brukerens journal. Fylkesmannen fant få kriseplaner, til tross for at det sannsynligvis er mange brukere som har behov for en slik plan for å forebygge alvorlig forverring.

### ***Lite oppmerksomhet om brukernes somatiske helsesituasjon***

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har 15–20 års kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen. Overdødeligheten kan i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. Fylkesmennene undersøkte om kommunen kartla de somatiske helseproblemene rusmiddelbrukere er mest utsatt for å få, og om de ble fulgt opp.

Funnene viser at mange kommuner ikke hadde ens praksis for hvordan somatisk helsetilstand skulle kartlegges, dokumenteres og følges opp. Samlet sett fikk brukernes somatiske helseforhold lite oppmerksomhet. Det kunne også svikte i gjennomføring av tiltak der det var erkjente helseproblemer.

### ***Lite veiledning med sikte på å mestre å bo***

Mange av brukerne trenger hjelp til å mestre å bo, og kan ha behov for og har krav på både praktisk hjelp og veiledning og opplæring. Fylkesmannen fant blant annet at det i mange tilfeller ble gitt praktisk hjelp, men lite veiledning med sikte på bedre mestring. Flere Nav-kontor begrenset tjenesten opplysning, råd og veiledning til kun å gjelde økonomisk rådgivning. De fant også at det i noen av kommunene ikke var tydelig hvem som hadde ansvar for de ulike oppgavene. Mange steder informert de heller ikke om hva brukerne hadde krav på å få, at det ikke ble fattet vedtak og at verken vurderinger eller hva som var gitt av hjelp ble dokumentert.

### ***Lite samordnede tjenester***

Mangelfull samordning av tjenester ble konstatert i rundt en tredel av kommunene. Kommunene har stor frihet til å organisere tjenestene. Faren for at noe skal svikte øker når personer har behov for tjenester

fra flere enheter i og utenfor kommunen samtidig, fordi den enkelte tjenesteytende enhet ikke har kompetanse til å gi et helhetlig tilbud. Samhandling og koordinering av tjenestene er derfor helt avgjørende. Rusmiddelproblem og psykisk lidelse er sammenvevd. Personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse er derfor sårbare for manglende helhet og oppsplittede tjenestetilbud. Det er et lederansvar å sørge for tydelige ansvarsforhold, oppgavefordeling og å legge til rette for nødvendig samarbeid.

Fylkesmannen avdekket i flere kommuner at det var uklarheter i arbeidsdeling mellom enhetene, slik at også ansatte kunne være usikre på hvilke oppgaver de hadde. Det kunne være uklarheter både mellom helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i Nav, og mellom enhetene i helse- og omsorgstjenesten. Dette gir risiko for at samarbeidet ikke fungerer og for at viktige oppgaver overfor brukerne ikke blir ivaretatt. Tiltak som regelmessige møter, avtaler og innarbeidede rutiner kunne også være utilstrekkelige. Slike samarbeidsstrukturer manglet i flere kommuner.

Et annet alvorlig funn var mangelfull utveksling av vesentlig informasjon om pasientene/brukerne, og om tjenesteytingen mellom involverte enheter. For eksempel hadde hjemmesykepleien, som ofte har utstrakt kontakt med brukerne utover ordinær «kontortid», lite kunnskap om deres rusmiddelproblemer og psykiske helse. Det kunne også svikte i formidlingen av observasjoner fra hjemmetjenesten til enhet(er) for rus- og psykisk helse.

### ***Mangelfull styring***

Systematisk styring skal blant annet sørge for klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, og at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver. Ledelsen skal også ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. I mange rapporter framkommer det at ledelsen i kommunen ikke har ivaretatt sitt ansvar for systematisk styring og ledelse, for eksempel ved at ledere på ulike nivå ikke er tett nok på til å kunne følge med på om tjenesteytingen holder god nok kvalitet. Det framgikk flere steder at det var kjent for ansatte og ledere at tildelte tjenester ikke alltid var tilstrekkelig for målgruppens behov, og at det ble begrunnet med manglende ressurser.

### 3.2 Funn i tilsynet med spesialisthelsetjenesten

*Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i 18 av 20 tilsyn. Utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter er et hovedfunn i dette tilsynet. 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 uforsvarlig pasientbehandling.*

#### **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<sup>3</sup>. 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.

<sup>3</sup> For å skaffe best mulig faktagrunnlag, ble det, i tillegg til dokumentgjennomgang og intervjuer med personell og leder på ulike nivåer, også gjennomført intervjuer med pasienter. Ca. 70 pasienter ble intervjuet.

### ***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 uklart 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 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 opp<sup>4</sup>. 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 ivarettatt.

### ***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 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.

<sup>4</sup> Opplysningsplikt til barnevernet (helsepersonelloven § 33) gjelder for alle som gir helsehjelp i DPS.

<sup>5</sup> Gjelder TSB/Avdeling for rus og avhengighet (ARA)/ruspoliklinikk.

### ***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.

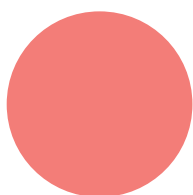
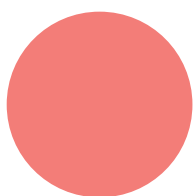
Dersom DPS ikke har nødvendig kompetanse på rusproblematikk, forventes det at pasientene henvises til instans med tilstrekkelig kompetanse. I noen poliklinikker hadde de ikke vedtatt praksis eller enhetlige kjøreregler for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)<sup>5</sup>. Når oppgavefordelingen mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 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.

### ***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. At behandlere har selvstendig behandlingsansvar, fritar ikke ledelsen fra å følge med.

I over halvparten av DPS-ene manglet vedtatt praksis 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 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.





# 4



## Det store bildet – samlede betraktninger og forventninger

### 4.1 Hva tilsynsmyndigheten så – samlet sett

Som funnene viser, konkluderte fylkesmennene med at det hadde sviktet i tjenestene i det store flertallet av kommuner og helseforetak. Det var noen fellestrekk ved det som ble avdekket i de to tilsynene, enten det gjaldt tjenester gitt av kommunen eller av spesialisthelse-tjenesten.

Ett av fellestrekkene var at de som hadde ansvar for tjenestene, ikke hadde sørget for tilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter og brukere. For å kunne gi individuelt tilpassede, helhetlige og virkningsfulle tjenester, er det en forutsetning at grunnlagsarbeidet er godt nok. De som tilbyr tjenester, må sammen med pasientene og brukerne få et mest mulig komplett bilde av den enkeltes samlede lidelser, problemer, livsutfordringer og ressurser, for å kunne gi et helhetlig tilbud. Både i kommuner og DPS-er var det betydelige hull i grunnlagsarbeidet. Mangelfull kartlegging av rusmiddelbruk og for lite vektlegging av somatisk helse var eksempler på det. Funnene innebærer risiko for at en rekke pasienter og brukere ikke har fått så virkningsfulle tjenester som de burde, i verste fall med alvorlige følger for deres helse og livssituasjon.

Et annet tydelig sviktområde som gjaldt begge tjenestenivåer, var mangler i planmessighet med uønskede variasjoner i tjenestetilbud og oppfølging. Både i kommuner og helseforetak er disse manglene og variasjonene uttrykk for at ledelsen ikke hadde sørget for en omforent praksis i tjenestene. Når tjenestene ikke har en etablert praksis, vil mye være opp til den enkelte tjenesteyter. Resultatet er at brukere og pasienter ikke sikres likeverdige tjenester.

Også uklarheter i oppgave- og ansvarsfordeling ble avdekket både i kommuner og helseforetak. Samordnede og/eller integrerte tjenester er vesentlig når pasienter og brukere har komplekse lidelser og utfordringer. I kommunene kunne uklarheter i arbeidsdeling gjelde både mellom ulike kommunale etater og innad i helse- og omsorgstjenestene. I spesialisthelsetjenesten var det i flere DPS-er uklarheter som gjaldt arbeidsdeling mellom DPS og fastleger, og i arbeidsdeling mellom DPS og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Brukere og pasienter var ikke sikret et helhetlig tjenestetilbud.

Mange brukere og pasienter må forholde seg til begge tjenestenivåer. Og mange pårørende vil også være involvert. Brukere, pasienter og eventuelle pårørende skal ikke overlates ansvaret for å koordinere tjenester og passe på at ulike problemer blir vurdert i sammenheng.



Men tilsynene viste at dette ikke var godt nok ivaretatt innen de respektive tjenestene. Funnene i begge tilsyn innebærer at det kan være tilfeldig om brukere og pasienter får virkningsfulle og individuelt tilpassede tjenester av god kvalitet.

Funnene viser alvorlige svakheter i styring og ledelse både i kommuner og helseforetak. Ledelsen hadde ikke sikret kvalitativt gode tjenestetilbud til alle brukere og pasienter.

## **4.2 Hva nå? Tilsynsmyndighetens forventninger**

### ***Statens helsetilsyns forventninger til kommunens ledelse***

Fylkesmannen følger opp alle kommunene der det ble avdekket lovbrudd inntil forholdene er utbedret, og tjenestene er faglig forsvarlige og i tråd med loven.

En utfordring for kommunens ledelse er å følge med på og å etterspørre hva som eventuelt ikke fungerer som forutsatt. Har med andre ord kommunens ledelse et klart bilde av hva disse brukerne skal kunne forvente av kommunen?

Dersom kommunen har valgt å organisere tjenestene i ulike enheter eller «søyler», stiller dette særlige krav til at ansvar og oppgaver er tydelig forankret og kjent, og til systematisk samarbeid, for å sikre at tilbudene ytes på en samordnet og helhetlig måte. Det stiller også krav til planmessighet og styring og til tydelig ledelse på alle nivåer.

Det er en særlig utfordring for kommunene å sørge for tilstrekkelig og riktig kompetanse i tjenestene. Kommunens ledelse må derfor løpende vurdere hva slags kompetanse som trengs for å kunne gi faglig forsvarlige tjenester, og gjennom rekruttering og opplæring sikre nødvendig fagkompetanse og lederkompetanse på alle nivåer.

### ***Statens helsetilsyns forventninger til helseforetakene***

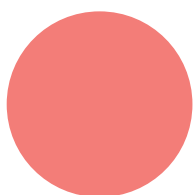
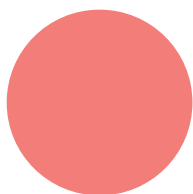
Endring krever systematisk, ledelsesstyrt arbeid. Mange ledere gjør utvilsomt mye godt arbeid, men funnene i tilsynet viser at det likevel hadde glippet på en rekke områder. Personell som jobber direkte med pasienter, må involveres og oppleve at dette handler om forbedring av deres jobbhverdag og pasientenes 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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 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, og at pasientene blir kartlagt og utredet for somatiske lidelser. De må også sikre at DPS har etablert en praksis som sikrer at pasientenes mindreårige barn får tilpasset oppfølging når det er behov for det.





**Samisk og  
engelsk sammendrag**



## **Čoahkkáigeassu guovtti riikkaviidosáš bearráigeahču gávdnosiin 2017–2018:s bálvalusain olbmuide gain leat psykalaš váttut ja gárrendilleválttisvuođat oktanaga – dahje vejolaš gárrendilleválttisvuohta oktanaga**

Dearvvašvuodageahču raporttas 7/2019

Stáhta dearvvašvuodabearráigeahčču čadahii guokte riikkaviidosáš bearráigeahču dákkár bálvalusain 2017:s ja 2018:s. Buot fylkkamánnit galge čadahit bearráigeahčuid ja dat galge siskkildit sihke spesialistadearvvašvuodabálvalusaid, suohkanlaš dearvvašvuoda- ja fuolla-bálvalusaid ja sosiála bálvalusaid. Suohkaniid ja spesialistadearvvašvuodabálvalusaid ovttasdoaimman ii gullan dasa. Dán raporttas lea čoahkkáigeassu das ja ovdanbuktit daid deháleamos gávdnosiid.

Fylkkamánnit gávdne boasttuvuođaid ja váilevašvuodaid guovtti goalmádasoasis suohkaniin ja gávccinuppelohkái guoktelogi guovllupsykiátralaš poliklinihkain mat ledje guorahallon.

Gávdnosat mat dájvá namuhuvvo bearráigeahču in lei pasieanttaid ja geavaheddjiid váilevaš kárten ja čielggadeapmi, ja váilevaš ortnet mas leat eahpesávahahtti variašuvnnat bálvalusfálaldagain ja čuovvoleamis. Nubbi váilevaš suorgi mii guoskkai goappašiid bálvalusdásiide, lei ahte ii lean čielga doaimma- ja ovddasvástádusjuohkin bálvalusaid sikkobealde dahje iešgudetge osiin bálvalusain.

Ollu geavaheddjiin ja pasieanttain lea dahkamuš goappašiid bálvalusdásiin. Sidjiide geat ožžot bálvalusaid ja vejolaččat oapmahaččaide, ii galgga biddjot ovddasvástádus koordineret bálvalusaid ja fuolahit ahte iešgudetge váttisvuođat árvvoštallojit oktan.

Gávdnosat čájehit duodalaš váilevašvuodaid stivremis ja jodiheamis sihke suohkaniin ja dearvvašvuodadoaimmain.

Jodiheapmi ii lean sihkkarastán kvalitatiivalaš doarvái buori bálvalusfálaldagaid buot geavaheddjiide ja pasieanttaide.

Fylkkamánni čuovvula buot doaimmaid main leat gávdnan váilevašvuodaid.



## **Summary of the findings from countrywide supervision in 2017–2018 of services for people with both a mental health disorder and an addiction problem – or a possible concurrent addiction disorder**

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 7/2019

In 2017–2018, the Norwegian Board of Health Supervision carried out countrywide supervision of these services. All the Offices of the County Governors were to be involved in this supervision, which should include both hospital services, municipal health and care services, and social services. Cooperation between primary health services and hospital services was not part of supervision. This report provides a summary of the most important findings.

The Offices of the County Governors found breaches of the legislation and inadequacies in the services in two-thirds of the municipalities, and in 18 of 20 out-patient clinics in community mental health care centres that they investigated.

Common findings from supervision were lack of investigation and examination of patients and clients, lack of planning, and undesired variation in the services provided and in follow-up of clients. Inadequacies were found in both hospital services and primary health services. This related to allocation of responsibility both within the services and between different services.

Many clients require both primary health services and treatment in a hospital. Patients and clients should not be given responsibility for coordinating services they receive in hospital and in the community, or for ensuring that their problems are seen in relation to each other.

The findings of supervision show serious weaknesses in management and leadership both in the municipalities and in the health trusts. Management had not ensured provision of high quality services for all clients and patients.

All services in which inadequacies were detected shall be followed up by the Offices of the County Governors.

Alle utgivelser i Rapport fra Helsetilsynet finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

### **Videre lesning på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)**

[Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.](#)  
Rapport fra Helsetilsynet 5/2019

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

[Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.](#) Internserien 2/2017

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

---

## **Rapport fra Helsetilsynet 7/2019**

### **Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse**

Mai 2019

Design: Kitchen

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

ISBN: 978-82-93595-25-0 (elektronisk)

ISBN: 978-82-93595-26-7 (trykket)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted

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

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo

**T:** 21 52 99 00

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

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Rapport fra Helsetilsynet 7/2019

## **Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse**

Statens helsetilsyn gjennomførte to landsomfattende tilsyn med slike tjenester i 2017 og 2018. Tilsynene skulle gjennomføres av alle fylkesmenn, og omfatte både spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenester inngikk ikke. I denne rapporten gir vi en samlet presentasjon av de viktigste funnene.

Fylkesmennene fant svikt og mangler i to tredjedeler av kommunene og i 18 av 20 distriktpsykiatriske poliklinikker som ble undersøkt.

Funn som gikk igjen i tilsynene var mangelfull kartlegging og utredning av pasienter og brukere og mangel på planmessighet med uønskede variasjoner i tjenestetilbud og oppfølging. Et annet sviktområde som gjaldt begge tjenestenivåer, var uklareheter i oppgave- og ansvarsfordeling innen eller mellom ulike deler av tjenestene.

Mange brukere og pasienter må forholde seg til begge tjenestenivåer. De som mottar tjenester og eventuelle pårørende, skal ikke overlates ansvaret for å koordinere tjenester og passe på at ulike problemer blir vurdert i sammenheng.

Funnene viser alvorlige svakheter i styring og ledelse både i kommuner og helseforetak. Ledelsen hadde ikke sikret kvalitativt gode tjenestetilbud til alle brukere og pasienter.

Alle virksomheter der svikt ble avdekket følges opp av fylkesmennene.