

Veileder for landsomfattende tilsyn 2006

Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

Godkjent av Lars E. Hanssen 12. januar 2006

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Organisering av tjenestene	3
1.3 Kunnskapsgrunnlag	4
2. Pliktsubjektet ved dette tilsynet	5
3. Sentrale myndighetskrav ved dette tilsynet	6
3.1 Viktige avgrensninger mot bestemmelser i pasientrettighetsloven	6
3.2 Utdypning av lovbestemmelser som grunnlag for revisjonskriterier	8
4. Avgrensinger av omfanget av tilsynet	10
5. Mottak og vurdering av henvisninger	11
6. Utredning	14
7. Behandling	17
8. Avslutning av behandling	20
9. Planlegging og gjennomføring av tilsynet	21
9.1 Sammensetning av revisjonslaget	21
9.2 Dokumentinnhenting	21
9.3 Antall og omfang	22
9.4 Gjennomføringen for øvrig	23
9.5 Rapporter	23

3 vedlegg

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Stortingets overordnede mål med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skal bli bedre. Det dreier seg om både en ansvarsreform og en innholdsreform. Ansvar for å sørge for at rusmiddelmissbrukere sikres forsvarlig tverrfaglig spesialisert behandling er lagt til spesialisthelsetjenesten. Rusreformen har til hensikt å bidra større kapasitet i behandlingen og at kvaliteten i behandlingen bedres. Det er knyttet store forventninger til rusreformen og fagfeltet har blitt gjort til gjenstand for betydelig oppmerksomhet i den norske offentligheten.

Gjennomføring av landsomfattende tilsynsaktiviteter vil kunne bidra til å sikre kunnskap om hvorledes regelverket etterleves og slik sett bidra til å si noe om hvorledes intensjonene med rusreformen ivaretas av helsetjenesten. Rusreformen ble iverksatt fra 1. januar 2004 og omorganiseringen av behandlingen av rusmiddelmissbrukere bør ha funnet sin form slik at et landsomfattende tilsyn hensiktsmessig kan gjennomføres i løpet av 2006.

Tverrfaglig spesialisert tjenesteyting til rusmiddelmissbrukere er behandling som inkluderer ulike fagdisipliner så som sosialfag, psykologi og medisin. Gjennomføring av et landsomfattende tilsyn nødvendiggjør forberedelser med tanke på å sikre kunnskapsgrunnlaget vedrørende faglig innhold og i forhold til forsvarlighet og normering.

Helsedirektøren nedsatte en arbeidsgruppe som skulle utarbeide en veileder for tilsynet. Arbeidsgruppen har bestått av seniorrådgiver Ingvild Aubert, Helsetilsynet i Oslo og Akershus, fylkeslege Jan Vaage, Sør-Trøndelag, rådgiver Brede Skaalerud, Fylkesmannen i Vest-Agder, seniorrådgiver John Agnar Johansen, seniorrådgiver Liv Rygh, seniorrådgiver Jan Fredrik Andresen, seniorrådgiver Elizabeth Loe Tollefsen og fagsjef Jo Kittelsen.

Mandatet er gjengitt i *vedlegg nr 1*.

1.2 Organisering av tjenestene

Rusreformen innebar at de regionale helseforetakene (RHF) overtok 32 fylkeskommunale behandlingstiltak. I tillegg trådte de regionale helseforetakene inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstiltak. De regionale helseforetakene fikk også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert behandling (LAR).

De 5 regionale helseforetakene har valgt noe ulike løsninger med hensyn til organiseringen.

Helse Nord RHF har organisert behandlingsinstitusjonene under de helseforetakene som de geografiske tilhører. Avtalene med de private aktørene i region nord forvaltes av det regionale helseforetaket.

Helse Midt-Norge RHF er det eneste regionale helseforetaket som har valgt å organisere rusbehandlingsinstitusjonene i et eget helseforetak. Avtalene med de private institusjonene inngås av det regionale helseforetaket, men administreres av Rusbehandling Midt-Norge helseforetak.

Helse Vest RHF fikk som følge av reformen overført én offentlig institusjon. Denne er organisert under psykiatrien i Helse Bergen HF (geografisk tilhørighet). Helse Vest RHF trådte inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med private tjenesteleverandører.

Helse Sør RHF har organisert rusbehandlingsinstitusjonene under de helseforetakene som de geografisk tilhører. Sørlandet sykehus HF er tillagt et koordineringsansvar og har fått ansvar for å etablere og utvikle en analyseenhet. Avtalene med de private institusjonene inngås av det regionale helseforetaket.

Helse Øst RHF har med ett unntak organisert rusbehandlingsinstitusjonene i helseforetakene etter geografisk tilknytning. Unntaket er behandlingsinstitusjonene i Oslo og Follo som uavhengig av geografisk tilknytning, ble organisert under Aker universitetssykehus HF. Helse Øst RHF trådte inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med private aktører.

1.3 Kunnskapsgrunnlag

Statens helsetilsyn gjennomførte en vurdering av sentrale datakilder i rapport fra Helsetilsynet 2/2005 med tittelen "Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv". Selv om kunnskapsgrunnlaget kan sies å være mangelfullt, er det etter Helsetilsynets vurdering et hovedinntrykk at mange rusmiddelmisbrukere ikke får de tjenestene de har behov for. Særlig bekymringsfullt er de tunge rusmiddelmisbrukernes helseproblemer, de dels alvorlige psykiske og somatiske lidelsene og den høye dødeligheten som preger denne gruppen. Kapasitetsproblemer og ventetidene i flere regioner for utredning og behandling for rusmiddelmisbruket gir grunn til bekymring, ikke minst for de såkalte dobbeltdiagnosepasientene (alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk), og for de som er aktuelle for legemiddelassistert rehabilitering. Det er videre grunnlag for å tro at tjenestene fortolker pasientrettighetsreglene ulikt, særlig når det gjelder vurderinger av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp. Manglende samordning innen og mellom nivåene er ofte til hinder for at intensjonene i behandlingssoppleggene nås.

Det kan synes som om det er behov for oppdaterte og kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

På bakgrunn av den kunnskapen som er innhentet, konkluderes det med at det er klare indikasjoner på at mange rusmiddelmisbrukere ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp. Rapporten anbefaler at man i en videre tilsynsmessig oppfølging bør ha særlig fokus på tilgjengeligheten til tjenestene, forsvarligheten i behandlingstilbudene, samhandlingen innen og mellom behandlingsnivåene, og hvordan tjenestene tilrettelegger for medvirkning, informasjon og samtykke.

Sosial og helsedirektoratet har utarbeidet en "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere" IS-0050 Rapport – Sosial- og helsedirektoratet. I rapporten har man valgt ut følgende kvalitetsindikatorer:

- Personalgjennomtrekk
- Individuell plan
- Gjennomføring av brukerundersøkelser
- Ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering)
- Avbrutte behandlingsforløp innenfor spesialisthelsetjenesten
- Epikrisetid

Dette er indikatorer som kan ses i sammenheng med etterlevelse av relevante regelverkskrav og således vise sammenhengen mellom kvalitet og innhold i regelverket. Det landsomfattende tilsynet vil bidra til kunnskap om hvorledes tjenestene arbeider i forhold til noen av de nevnte kvalitetsindikatorerne.

2. Pliktsubjektet ved dette tilsynet

Pliktsubjektet følger primært av lovteksten og kan utledes ut fra generelle lovtolkningsprinsipper. I dette tilsynet har vi valgt å føre tilsyn med virksomheter som yter spesialisthelsetjenester overfor rusmiddelmissbrukere uansett om de er organisert i et helseforetak eller utfører virksomheten på grunnlag av avtaler med ett eller flere regionale helseforetak. Dette valget baserer seg på en vurdering av hvor i styringskjeden vi antar de er størst sannsynlighet for svikt, og hvor eventuelle avvik mest hensiktsmessig kan lukkes. Med begrepet "virksomhet" forstår vi i denne veilederen institusjoner som er pålagt ansvaret for en eller flere av oppgavene som er tema for dette tilsynet.

Arbeidsgruppen er klar over at dette valget medfører noen særlige utfordringer på rusfeltet fordi mange av virksomhetene som skal det føres tilsyn med er private, og at noen bestemmelser i pasientrettighetsloven og i spesialisthelsetjenesteloven, ikke forplikter private virksomheter. For at disse institusjonene skal være selvstendige pliktsubjekter med plikt til å korrigere avvik og følge pålegg, må ordlyden i lovbestemmelsene være utformet slik at den gjelder direkte overfor den private virksomhet (dvs. ikke bare basert på avtale mellom RHF og virksomheten). Dette vil vi måtte ta hensyn til ved tilsynet. Nærmere om håndteringen av problematikken beskrives under punktet om avgrensninger ved tilsynet, avsnitt 3.1.2 og i tilknytning til de konkrete revisjonskriteriene.

De regionale helseforetakenes "sørge for" ansvar er ikke et eget tema i dette tilsynet. Kontraktene er derfor heller ikke grunnlag for å vurdere avvik i forhold til de private virksomhetene. Kontrakten er imidlertid et viktig dokument som kan tilføre tilsynslaget mange faktaopplysninger som kan legges til grunn ved forsvarlighetsvurderingen

3. Sentrale myndighetskrav ved dette tilsynet

Myndighetskravene ved dette tilsynet avledes fra to sentrale lovverk, pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Av lovbestemmelsen fremgår også pliktsubjektet. Veilederen inneholder et eget punkt om valg av pliktsubjekt, se kap. 2

3.1 Viktige avgrensninger mot bestemmelser i pasientrettighetsloven

3.1.1 Generelle avgrensninger

Forsvarlig fristfastsettelse, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. I dette tilsynet skal vi ikke vurdere om den fristen vurderingsinstansen har satt for når nødvendig helsehjelp skal gis, er innenfor den fristen som faglig forsvarlighet krever, selv om dette er en sentral bestemmelse i pasientrettighetsloven. Årsaken til at dette likevel holdes utenfor tilsynet er sammensatt. En forsvarlig undersøkelse av tema er svært ressurskrevende. Videre er det et område som mangler nasjonale retningslinjer og en har lite praksis å bygge på. De regionale helseforetakene har nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide et utkast til kriterier/retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Området er derved lite tilgjengelig for et systemtilsyn i 2006.

Retten til fritt sykehusvalg, jf. pasientrettighetsloven § 2 – 4. Retten til fritt sykehusvalg blir ikke et tema i dette tilsynet. Som myndighetskrav er det lite egnet fordi bestemmelsen er utformet slik det er en rettighet knyttet til institusjoner som er organisert som sykehus eller DPS, og som det er relativt få av i forhold til de virksomheter som er pliktsubjekter ved dette tilsynet. Retten til fritt sykehusvalg har dessuten mindre relevans i forhold til sårbarhet og risiko for svikt sett i relasjon til et faglig forsvarlig behandlingstilbud.

3.1.2 Avgrensninger av tema i forhold til hvilke virksomheter det skal føres tilsyn med

Retten til vurdering innen 30 dager, jf. pasientrettighetsloven § 2-2 første ledd.

Arbeidsgruppen fant det rettslig uavklart om dette gjelder i de tilfellene der vurderingsenheten er lagt til private, dvs. om pasienters rett til vurdering innen 30 dager er rettslig forpliktende på rusbehandlingsområdet når det regionale foretaket har valgt å inngå avtale med privat virksomhet om at de skal foreta vurdering av retten til helsehjelp. , Det samme gjelder andre spesifikke rettigheter som følger av pasientrettighetslovens § 2-2 første ledd 4. 5. og 6. punktum, Usikkerheten omfatter også andre offentlige helseinstitusjoner som ikke omfattes av ordlyden i pasientrettighetslovens § 2-2 første ledd der disse er tillagt vurderingsmyndighet.

Helsedepartementet drøfter problematikken i rundskriv 1-8/2004. Under punkt 3.3. om retten til vurdering, skriver departementet bl.a.: ”Bestemmelsen i pasientrettighetsloven om rett til nødvendig helsehjelp omfatter også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Vurderingen av hvorvidt den enkelte pasient som henvises for slik behandling har en rettighet etter denne bestemmelsen må derfor foretas. De regionale helseforetakene må derfor organisere sitt tilbud slik at det foreligger et tilstrekkelig antall institusjoner som har i oppgave å foreta denne rettighetsvurderingen på vegne av de regionale helseforetakene, bestående av de offentlige sykehusene som er forpliktet til å foreta denne vurderingen etter § 2-2, og eventuelt andre offentlige og/eller private institusjoner i tillegg som gis denne oppgaven av de regionale helseforetakene. De offentlige sykehusene skal etter § 2-2 foreta

denne vurderingen innen 30 virkedager. Likhetshensyn (vår understrekning) taler derfor for at pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling ved andre (offentlige eller private) institusjoner, bør gis en slik vurdering innen samme frist.”(også gjengitt i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv nr.15-12/2004 under merknader til § 2-2.)

Uttalelsen om at pasienter i slike tilfelle bør gis en slik vurdering innen samme frist, skaper noe usikkerhet om vi som tilsynsmyndighet kan legge til grunn samme krav som følger av pasientrettighetsloven § 2-2, i private virksomheter som etter avtale utfører vurderingsoppgaven for regionale helseforetak for å ivareta ”sørge for” ansvaret, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Det samme gjelder offentlige helseinstitusjoner som ikke dekkes av ordlyden i pasientrettighetsloven § 2-2. Helsetilsynet forsto departementets rundskriv slik at det her ikke er tatt endelig stilling om retten til en vurdering innen 30 dager må omfatte alle virksomheter som er tildelt myndighet til å foreta en vurdering om retten til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. pasientrettighetsloven § 2-2. Spørsmålet er tatt opp med Sosial- og helsedirektoratet som tolkningsinstans i eget brev. I brev av 12.12.2005 uttaler direktoratet: ”Departementets nevnte utsagn i Rundskriv 1-8/2004 om de aktuelle pasienter ut fra likhetshensyn bør gis en vurdering innen 30 dager, har ikke noen rettslig bindende form. Forsvarlighetskravet vil i enkelte tilfeller innebære at en vurdering av en pasient som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, må foretas raskere enn fristen som er angitt i pasientrettighetsloven § 2-2 Likevel er det ikke grunnlag for å si at departementets nevnte utsagn i Rundskriv 1-8/2004 gir en rettighet for alle pasienter som henvises til en slik behandling i spesialisthelsetjenesten. Denne rettforståelse må legges til grunn ved tilsynet

Bestemmelser i pasientrettighetsloven § 2-2, bl.a. 30 dagers fristen, skal være et tema på tilsynet. Der vurderingsenheten ikke er en del av et sykehus eller en poliklinikk i spesialisthelsetjenesten, skal funn i forhold til dette kravet presenteres på sluttmøte for virksomheten og meddeles RHF som inngår avtaler med virksomhetene. Funnene vil også være interessante i Helsetilsynets sluttrapport, og kan underbygge eventuelle forslag om endring i lovtekst. De vil imidlertid ikke være avvik som tilsynsmyndigheten kan kreve rettet av disse virksomhetene. Manglende oppfylning av kravene skal formuleres som en merknad i rapporten, fordi oppfylning av kravene vil kunne forbedre virksomheten. I forhold til oppfylning av kravet om 30 dagers vurderingsfrist, er det viktig at merknaden utformes slik at den bidrar til at virksomheten forstår at det ligger et forbedringspotensiale ved å følge kravet. En oppfyllelse av 30 dagers fristen bidrar til å sikre at alle pasienter får andre nødvendige tjenester ved at det blir gitt en rask tilbakemelding om utfallet til henvisende instans som kan ha et eget oppfølgingsansvar overfor pasientene

3.1.3 Rett til individuell plan, jf. pasientrettighetsloven § 2-5

Tilvarende avgrensingsproblematikk gjelder retten til individuell plan omtalt i pasientrettighetsloven § 2-5. Det er **helseforetakene** som har en korresponderende plikt til å sørge for at det utarbeides en individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Denne plikten må også gjelde institusjoner som er organisert som en del av et helseforetak, Institusjoner som yter tverrfaglig spesialisert behandling og som har avtale med RHF, omfattes ikke av lovens ordlyd, og plikten til å bidra til og iverksette arbeid med individuell plan gjelder ikke dem direkte. I den grad arbeid med individuell plan ikke er implementert i

de private institusjonenes styringssystemer, bør dette behandles i tilsynet på samme måte som manglende oppfyllelse av 30 dagers fristen og framkomme som en merknad.

Det er viktig å huske på at dette ikke unntar institusjonen fra å sikre rusmiddelbrukere en forsvarlig forberedelse av utskrivningen og at de skal følge spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser om varsling til sosialtjenesten ved utskrivning, jf. sphtjl. § 3-15. Samarbeid med andre institusjoner kan også følge av institusjonens egne behandlingsplaner og metodikk og mangel på et felles plandokument kan i den sammenheng bryte med kravet til faglig forsvarlighet.

3.2 Utdypning av lovbestemmelser som grunnlag for revisjonskriterier

3.2.1 Hva ligger i begrepet ”rett til vurdering” i pasientrettighetsloven § 2-1? Fra Sosial- og helsedirektoratets rundskriv nr. IS12-2004 (side 11 og 12) om pasientrettigheter, merknad til § 2-1 siteres:

*”Av annet ledd tredje punktum fremgår at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en **konkret, individuell frist** for når en rettighetspasient, det vil si en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp etter annet ledd senest skal få oppfylt sin rettighet til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.”*

”En skjønnsmessig medisinskfaglig forsvarlighetsvurdering av den enkelte pasients helsetilstand vil være grunnlaget for fristfastsettelsen. Det skal settes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at man går videre med diagnostisk og/eller behandlende helsehjelp.”

*”Fastsettelsen av den individuelle fristen overfor pasienter som er vurdert til å ha rett til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, må baseres på en **tverrfaglig vurdering av når forsvarlighet krever at behandling senest gis.**”*

Kravet om at vurderingen skal bygge på en tverrfaglig vurdering vil være et sentralt tema ved dette tilsynet.

3.2.2 Krav til kompetanse i utredningsprosessen

Utredningsprosessen beskrives nærmere i Helsedepartementets strateginotat datert juli 2004, med tittelen ”Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere – perspektiver og strategier”, se side 34 til 36:

”Kvalifisert utredning vil i mange tilfeller kreve tilgang på helsepersonell med spesialkompetanse. Mange behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere mangler slik spesialkompetanse. Det vil derfor være nødvendig å styrke utredningsdelen. Større vekt på utredning av den enkelte rusmiddelmisbrukers behandlingsbehov er nødvendig for å iverksette best mulig egnet behandling. Slik utredning kan skje poliklinisk eller i døgninstitusjon. Større vekt på vurdering av helsetilstand og psykososial livssituasjon vil være nødvendig for å fastslå riktig diagnose og riktig behandling.”

Hva som kreves av en spesialisert utredning er grundig drøftet i kap. 3 i Ot. pr nr. 3 (2002-2003), Denne proposisjonen ble fremlagt ved den første stortingsbehandlingen av

rusreformen, som førte til at sektoransvaret for spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere som systematisk hørte under den spesialiserte helsetjenesten samt eieransvaret for institusjoner som yter slike tjenester, ble overført fra fylkeskommunen til staten. Faglig krav til innholdet i utredningsfasen, slik det også framkommer i departementets strateginotat, er en videreføring av prinsipper som ble beskrevet i proposisjonen, og legges til grunn som rettslig bindende forsvarlighetsnorm ved denne revisjonen.

Helsetilsynet finner også, som en operasjonalisering av den generelle forsvarlighetsstandard i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, å kunne kreve at ansatte som ivaretar vurderings- og utredningsoppgaver knyttet til de virksomheter som er omfattet av dette tilsynet, har kunnskap om hvilke institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, og om innhold og lengde i den behandlingen som tilbys.

Punkt 3.2.3 Implementering av styring og kontrollkravene i internkontrollforskriften

Denne veilederen er innrettet slik, at etter hvert revisjonskriterium, finnes henvisninger til lov og forskriftsbestemmelser som revisjonskriteriet er utledet fra. Med dette ønsker vi å bidra til at føringen om bruk av internkontrollforskriften i Helsetilsynets nye prosedyre for systemrevisjon, bli lagt til grunn ved dette tilsynet.

I prosedyren står følgende:

”Revisjonskriterier

Kravene i helse- og sosiallovgivningen skal brukes som kriterier og være hjemmel ved konstatering av avvik. Internkontroll skal ikke være eget tema i revisjonen, men kravene til internkontroll skal inngå i vurderingen av om de aktuelle bestemmelsene i helse- og sosiallovgivningen er oppfylt.

Gjennomgående mangler ved internkontrollen skal ev. fremkomme i en egen samlet vurdering av Styringssystemet på de aktuelle områdene jf. kap. 5.5.4.”

Dette følges opp i veilederen ved at det etter hvert revisjonskriterium i veilederen, ved siden av henvisning til primærkravene de er utledet fra, også henvises til bestemmelser i internkontrollforskriften. For eksempel henvises det ofte til ikf. §§ 4 annet ledd g og 5. Det betyr at aktiviteten eller tiltaket som beskrives, og som er utledet fra et primærkrav som for eksempel forsvarlighet etter sptjl. §2-2, skal være en prosedyre (planlagt og nødvendig fremgangsmåte) som skal være implementert i virksomheten. Ved å henviser til ikf. § 5 ønsker vi å peke på at tilsynsmyndigheten også må vurdere om kravet til forsvarlig sikring, jf, vurderingstemaene i § 5, krever at prosedyren er skriftliggjort.

Det er også verdt å merke seg at det under hvert hovedkriterium er listet kriterier som er ment som støtte til revisjonslaget når det gjelder hvilken kunnskap de skal søke seg frem til, og som skal innhentes gjennom intervju og dokumentgransking. Revisjonskriteriene skal bidra til at revisjonslaget har en felles oppfatning av hva de skal avdekke under revisjonen, og til harmonisering av tilsynet på landsbasis. Hvert enkelt kriterium er sjelden egnet som selvstendige spørsmål som rettes direkte mot virksomheten.

Avvik fra hovedkriteriet (uthevet i ramme) skal underbygges med svikt i forhold til i et eller flere av revisjonskriteriene. Funnene knyttet til hvert revisjonskriterium må underbygges med faktaopplysninger (revisjonsbevis) som er innhentet i tilsynet og skal kun brukes til å i sin tur underbygge avvik fra hovedkriteriet. Det er altså kun mulig å finne ett avvik til hvert tema, underbygget av svikt på ett eller flere av de områdene som er listet som kriterier.

Også i dette tilsynet vil det være mulig å beskrive mangler ved internkontrollen i en egen samlet vurdering av styringssystemet på de aktuelle områdene slik det beskrives i ovennevnte prosedyre.

4. Avgrensinger av omfanget av tilsynet

For å sikre et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag og for å identifisere tema/områder med risiko for svikt ble det avholdt møte 12. september 2005 med representanter fra brukerorganisasjoner og fagmiljø.

De inviterte parter bidro gjennom forberedte presentasjoner og diskusjon til å identifisere områder med risiko/sårbarhet for svikt i tjenesteområdet. Følgende områder ble identifisert:

- Behov for samhandling innenfor og mellom forvaltningsnivåer (sikre sammenhengende tiltakskjeder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal tjenesteyting)
- Individuelt tilrettelagt behandling
- Brukermedvirkning
- Samarbeid med pårørende (pårørende som en ressurs)
- Avbrudd i behandlingen ("drop-out")
- Ventetid på behandling
- Behov for mangfold i behandlingstilbud – behov for medikamentfrie behandlingstilbud
- Kompetanse
- Forsvarlig medisinsk/medikamentell behandling
- Behov for dokumentasjon

Det er også avholdt møte med fagrådet for kjønn i tilsyn.

Det er i ulike sammenhenger påpekt at det er knyttet særlige utfordringer til det å sikre sammenhengende tiltakskjeder når ulike forvaltningsnivåer er involvert i tjenesteytingen. Dette er også tilfelle i forhold til rusmiddelmissbrukere der det er avgjørende at spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene har etablert gode samhandlingsrutiner. Det har vært fremmet ønske om at et landsomfattende tilsyn med tjenestefeltet burde omfatte både de spesialiserte tjenestene og de kommunale tjenestene. Et tilsyn som inkluderte begge forvaltningsnivåene er vurdert til å bli for omfattende og man har ut fra kapasitetsmessige vurderinger valgt å avgrense dette tilsynet til kun å omfatte de tverrfaglige spesialiserte tjenestene.

I det følgende vil veilederen ta utgangspunkt i kriterier eller operasjonaliseringer av forsvarlighet innen de ulike delområdene:

- Samhandling med andre nivå
 - Brukeres medvirkning
-

- Ansattes kompetanse og tjenestenes utforming
- Dokumentasjon av individuelle forløp (journalplikt) og av kontinuerlig forbedringsarbeid (evaluering, overvåkning av ”behandlingsresultat”, læring av feil eller ikke planlagte hendelser osv.). Hvilke systemer eller tiltak har virksomheten utviklet/utarbeidet for å sikre at ulike krav ivaretas (styringskravet).
- Når det gjelder vurdering av henvisningene vil tilsynet legge vekt på hvordan det sikres at 30 dagers fristen overholdes og på hvilke kriterier virksomheten vektlegger når behovet for nødvendig helsehjelp vurderes

Tilsynsaktivitetene vil være konsentrert om fire ulike faser i den tverrfaglige spesialiserte behandlingen av rusmiddelavhengige:

- Henvisning og vurdering
- Utredningsfase
- Behandlingsfase
- Avslutningsfase av behandling

5. Mottak og vurdering av henvisninger

Ulike instanser har mulighet til å henvise rusmiddelavhengige til tverrfaglige spesialiserte tjenester. Både sosialtjenesten, fastleger og øvrige spesialisthelsetjeneste har henvisningsrett. Henvisninger kan sendes til instanser som er gitt vurderingsmyndighet, dvs. myndighet til å fastslå om kriteriene for nødvendig helsehjelp er oppfylt samt fastsett frist for oppstart av kvalifisert behandling. Vurdering i denne sammenhengen er å forstå som de konkrete faglige vurderinger som gjøres av innholdet i henvisningene og i forhold til de funn som avdekkes ved undersøkelsen av den enkelte pasient. Vurderingen har som siktemål å fastslå om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp. Dersom det fastslås rett til nødvendig helsehjelp skal det fastsettes en individuell frist for oppstart av nødvendig behandling.

For å kunne fastslå om virksomheten håndterer henvisningene på en forsvarlig måte må den ha tilgang til tilstrekkelig kompetanse dvs medisinsk-, psykolog- og sosialfaglig kompetanse. Den samlede kompetanse skal være involvert i vurderingen av de enkelte henvisningene. Enheter som skal foreta utredning med sikte på å vurdere behov for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk må ha nødvendig kompetanse for å ivareta følgende:

- Kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt pasientens generelle psykiske og fysiske tilstand.
- Vurdere pasientens motivasjon, samt relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon.
- Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevant screening- og testverktøy.
- Foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og eventuelle somatiske tilleggslidelser, herunder ha kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og eventuelle andre nødvendige spesialutredninger

- Foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnoser og anbefale adekvat(-e) behandlingstilbud.
- Kunnskap om de behandlingsfaglige tilnærminger i de eksisterende behandlingstiltak og kunne formulere behandlingsbehovet for den enkelte pasient.

Dersom enheten ikke kan selv har nødvendig kompetanse må den kunne beskrive hvordan det sikres at pasienten får en forsvarlig vurdering. Det er ikke meningen at revisjonslaget skal vurdere relevansen eller kvaliteten på de screeningsverktøy virksomheten anvender eller av de diagnostiske vurderingene som gjennomføres. Laget skal imidlertid forsikre seg om at virksomheten selv sikrer at de verktøy som anvendes eller diagnoser som stilles er i tråd med de tilgjengelige faglige anbefalinger.

Dersom henvisningene inneholder fyllestgjørende opplysninger i forhold til det å kunne avgjøre om retten til nødvendig helsehjelp er tilstede er det ikke et krav til forsvarlighet at fagfolkene nødvendigvis må treffe pasienten. De virksomhetene som har vurderingskompetanse må fortløpende holde oversikt over tilgjengeligheten av og tilgangen til behandlingsplasser. Kjennskapet til de tilgjengelige behandlingstilbudene og kapasiteten må virksomhetene kunne dokumentere.

Pasientene skal være vurdert innen regelverkets krav til tidsfrist etter mottatt henvisning. Virksomhetene må ved tilsynet dokumentere at det er etablert rutiner som sikrer at henvisningene håndteres innenfor fristen. Dersom henvisningene ikke inneholder tilstrekkelig informasjon for å kunne fastslå om retten til nødvendig helsehjelp er tilstede må virksomheten på selvstendig grunnlag sørge for at nødvendige opplysninger innhentes enten ved å etterspørre ytterligere informasjon fra henviser eller gjennomføre samtale(-r) med pasienten. I denne sammenhengen vil det være hensiktsmessig at virksomheten har etablert rutiner for innhenting av tilleggsinformasjon. Det vil blant annet innebære at virksomheten har fastsatt kriterier for når supplerende informasjon skal innhentes. Informasjon om henvisningsrutiner må være kommunisert til samarbeidende/henvisende instanser.

Dersom vurderingen resulterer i at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en individuell frist for oppstart av nødvendig behandling. For å kunne fastslå om retten til nødvendig helsehjelp er oppfylt eller ei bør virksomheten benytte kriterier utarbeidet for dette formålet.

Det må være etablert rutiner som sikrer at kommunen har tilstrekkelig kunnskap til brukerens behov og ønsker slik at de kan yte forsvarlige tjenester i ventetiden på tverrfaglig spesialisert behandling.

For at pasientene skal sikres medvirkning må den enkelte få tilgang til tilstrekkelig informasjon slik at reell medvirkning kan ivaretas. Virksomheten må kunne dokumentere hvorledes pasientene informeres om ulike behandlingstilbud på de ulike nivåene og det må opplyses om klageadgang (eksempelvis mulighetene for "second opinion").

Virksomhetenes journalføring vil være kritisk dokumentasjon i forhold til å se om regelverkskravene etterlevs. Rutiner for journalføring/håndtering må foreligge.

Revisjonskriterier – Mottak og vurdering av henvisninger

Tilsynsmyndigheten skal avdekke om:

Virksomheten sikrer at pasienten får en forsvarlig vurdering av sin helsetilstand innen 30 dager etter mottatt henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf spesialisthelsetjenesteloven (heretter forkortet sphtjl.) §§ 2-1a første ledd punkt 5 og 2-2 og pasientrettighetsloven (heretter forkortet pasrtl) § 2-2, jf. internkontrollforskriften (heretter forkortet ikf.) §§ 3, 4 og 5

For å belyse dette skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

1. Virksomheten sikrer at det foreligger en beskrivelse av hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt for å sikre at henviste pasienter sikres en forsvarlig vurdering. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt a)
2. Virksomheten sikrer at vurderingen skjer på grunnlag av henvisninger fra sosialtjenesten/legen eller andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 3.12 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
3. Virksomheten sikrer at henvisningen snarest (uten unødig forsinkelse) etter mottakelsen blir vurdert og prioritert for videre undersøkelse ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom (jf. sphtjl.). §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
4. Virksomheten sikrer at det innhentes supplerende opplysninger ved behov og at pasienten innkalles der det er nødvendig. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
5. Virksomheten sikrer at pasienten er informert og har uttalt seg om behandlingsbehovet og behandlingsformen. (jf. pasrtl. § 3-2 og helsepersonelloven § 10 og sphtjl. § 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
6. Virksomheten sikrer at vurderingen skjer på bakgrunn av en tverrfaglig og relevant kartlegging der både sosiale, psykiske og fysiske forhold blir vurdert. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-1 a femte ledd og § 2-2 jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
7. Virksomheten sikrer at pasienten, som ledd i vurderingen, undersøkes av en spesialist der dette er nødvendig for å sikre kravet til faglig forsvarlighet. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
8. Virksomheten sikrer at det etter vurderingen tas stilling til om pasienten er en rettighetspasient. (jf. pasrtl. § 2-2 jf. § 2-1 annet ledd jf. prioriteringsforskriften § 2 og sphtjl. § 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
9. Virksomheten sikrer at vurderingen tar utgangspunkt i følgende prioriteringskriterier:
 - Om pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde

- ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet
 - pasienten kan ha forventet av nytte av helsehjelpen
 - forventede kostnader står i rimelig forhold til tiltakets effekt
10. Virksomheten sikrer at pasienter som henvises får sin helsetilstand vurdert innen fristen og informeres om vurderingen innen 30 dager. (jf. partrl. § 2-2 første og annet ledd jf, § 2-1 annet ledd og sphtjl. § 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
 11. Virksomheten sikrer at fastsettelsen av fristen for når forsvarlighet krever at pasienten senest skal få oppfylt retten til helsehjelp (evt. videre diagnostisk utredning og behandling) baseres på en tverrfaglig vurdering. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
 12. Virksomheten sikrer at henvisende instans underrettes om resultatet av vurderingen og behovet for bistand i en venteperiode (jf. partrl.). § 2-2 annet ledd siste punktum og sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5).
 13. Virksomheten sikrer at svikt i vurderingsprosessen rapporteres til ansvarlig leder, og brukes som grunnlag for evaluering og forbedring (jf. sphtjl.). § 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt c, f, g og h)

Svikt i forhold til kriterium 10 kan medføre avvik fra hovedkriteriet der den reviderte vurderingsenheten er lagt til et sykehus eller en psykiatrisk poliklinikk. Der vurderingsenheten er lagt til en private eller andre offentlige helseinstitusjon som ikke er organisert under et sykehus eller en poliklinikk, skal funnene også presenteres på sluttmøte for å sjekke at virksomheten er enig i virkelighetsbeskrivelsen. De skal også synliggjøres i rapporten som merknad fra hovedkriteriet der forbedringspotensiale må relateres til formålet med bestemmelsen.

De kan ikke presenteres som avvik fra myndighetskrav overfor disse virksomhetene pga. manglende dekning i lovbestemmelser som regulerer disse institusjonenes plikter. Se mer om tema under kapitel 2. "Pliktsubjekt ved dette tilsynet" og kapitel 3 "Avgrensninger av tilsynet".

6. Utredning

Utredning er de aktivitetene som har til hensikt å skaffe tilstrekkelig kunnskap om pasientens tilstand slik at konkret, tilpasset og hensiktsmessig behandling kan iverksettes. Det må kunne stilles krav om at utredning skal være gjennomført som en del av tverrfaglig spesialisert behandling. For å kunne gjennomføre utredninger må virksomheten kunne dokumentere tilgang på kompetanse som gjør det mulig å avklare somatiske og psykiatriske problemstillinger samt sosiale og rusrelaterte forhold. De rusfaglige vurderingene må si noe om rushistorie, misbrukte midler, misbruksmønster, avhengighetsgrad og relasjonelle og yrkesmessige konsekvenser.

En utredning må i tilstrekkelig grad ivareta følgende områder/tema i forhold til den enkelte pasient:

- fysisk helse
- avhengighet/rusmønster
- psykisk helse
- familie/nettverk
- skole/arbeid

En utredning skal gi grunnlag for å sette diagnose(-r) og det skal redegjøres for differensialdiagnostiske vurderinger. Diagnosene skal være i henhold til ICD-10. Revisjonslaget skal altså ved intervjuer og gjennomgang av journaler forsikre seg om at det internasjonale systemet for sykdomsklassifisering anvendes, ikke vurdere selve diagnosene.

Virksomheter som gjennomfører utredninger skal ha etablert rutiner for kontinuerlige vurderinger (i takt med endringer i pasientens tilstand) og det skal utarbeides behandlingsplan for den enkeltes tverrfaglige spesialiserte behandling for å sikre et forsvarlig tilbud.

En utredning forutsetter at det gis tilbud om utarbeiding av individuell plan. Individuell plan er et viktig verktøy for å sikre samhandling og gi pasienten et sammenhengende behandlingstilbud innen og mellom behandlingsnivåer. I tilknytning til utarbeidelse av individuelle plan må det i særlig grad legges vekt på at det er utviklet rutiner for samhandling med de kommunale tjenestene. Det må kunne stilles krav til at de pårørende sikres medvirkning i den utstrekning pasienten samtykker til det.

Virksomheter som utfører utredninger må ha etablert rutiner for viderehenvisning for å avklare helsetilstanden på en forsvarlig måte (eksempel avklaring/oppfølging av somatiske sykdommer). Utredninger vil kunne fordre tilgang på tilleggskompetanse (eksempelvis nevropsykologisk vurdering) og det må være etablert rutiner som sikrer tilgang til nødvendig kompetanse som virksomheten ikke selv innehar.

Virksomhetene må ha oversikt over relevante, anerkjente faglige retningslinjer og dokumentere hvorledes man benytter seg av faglige retningslinjer.

I løpet av en utredningsfase vil det kunne oppstå en forverring av pasientens tilstand. Virksomhetene må ha etablert rutiner slik at pasienten til enhver tid sikres forsvarlig oppfølging. Dette innebærer et krav om kontinuerlig evaluering av pasientens tilstand. Den fortløpende evalueringen skal være dokumentert.

Revisjonskriterier – utredning

Tilsynsmyndigheten skal avdekke om følgende myndighetskrav er oppfylt:

Virksomheten sikrer at det skjer en forsvarlig utredning av pasientens behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. sphtjl. § 2-2, jf. § 2-1a første

ledd nr. 5, jf. § 1-2 og ikf. §§ 3, 4 og 5.

For å belyse dette skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

1. Virksomheten sikrer at det er tilgang til rusfaglig kompetanse som kan vurdere omfang, varighet og konsekvenser av rusmisbruket. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd c)
2. Virksomheten sikrer at det er tilgang til kompetanse som kan avklare psykiatriske problemstillinger eks. psykose, angst/depresjon, personlighetsproblematikk, suicidalitet, ADHD, farlighetsvurderinger og gjennomføre somatiske undersøkelser (jf. sphtjl.). §§ 2, 2-2 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd c) Dersom virksomheten ikke selv har nødvendig faglig kompetanse må den vise hvordan den sikrer at de nødvendige undersøkelsene gjennomføres.
3. Virksomheten sikrer at det er tilgang til sosialfaglig kompetanse som kan vurdere behovet for sosialfaglig bistand og nødvendige sosiale rammer for behandlingen (jf. sphtjl.). §§ 1-2, 2-2 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd c) Hvis virksomheten selv ikke har sosionom må den kunne godtgjøre at annet personale har den nødvendige realkompetanse.
4. Virksomheten sikrer at pasienten, ved behov, viderehenvises til andre deler av spesialisthelsetjenesten, f. eks avklaring og oppfølging av somatiske sykdommer og nevropsykologiske vurderinger. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
5. Virksomheten sikrer at utredningen gir et forsvarlig grunnlag for å sette en diagnose i henhold til ICD-10. Arbeidet med å fastsette diagnose må inkludere differensialdiagnostiske vurderinger (jf. sphtjl.). §§ 1-2, 2-2 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
6. Virksomheten sikrer at det under utredningen tas kontakt med aktuelle samarbeidspartnere i pasientens lokalmiljø med samtykke fra pasienten. Pasienten skal tilbys å få utarbeidet en individuell plan. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2, 2-5 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5).
7. Virksomheten sikrer at pasientens rett til informasjon og medvirkning ivaretas i utredningsarbeidet. (jf. pasientrtl. § 3-2 og helsepersonelloven § 10 og sphtjl. § 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5).
8. Virksomheten sikrer at resultatet av utredningene utformes som en behandlingsplan for hver pasient som er relevant i forhold til behov som ble avdekket i utredningsprosessen. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
9. Virksomheten sikrer at svikt i ovennevnte prosedyrekrav, og som skal sikre en forsvarlig utredning, rapporters til ansvarlig, og brukes som grunnlag for evaluering og forbedring av prosedyrene og andre styringskrav som følger av internkontrollforskriften. (jf. sphtjl. 2-1a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt c, f, g, og h)

Kriteriet 6, annet punktum: "tilbud om individuell plan". Svikt i forhold til om pasienten tilbys å få utarbeidet individuell plan, skal medføre avvik fra hovedkravet om forsvarlig utredning der den reviderte vurderingsenheten er en del av et helseforetak. Der vurderingsenheten er lagt til en privat eller offentlig helseinstitusjon som ikke er organisert under et helseforetak, skal funnene også presenteres på sluttmøte for å sjekke at virksomheten er enig i virkelighetsbeskrivelsen. De skal også synliggjøres i rapporten som en merknad. Funnet kan ikke presenteres som avvik fra myndighetskrav overfor disse virksomhetene pga. manglende dekning i lovbestemmelser som regulerer disse institusjonenes plikter. Se mer om tema under kapittel 2. "Pliktsubjekt ved dette tilsynet", og kap. 3 "avgrensning av tilsynet".

7. Behandling

Behandlingen omfatter de aktiviteter som har til hensikt å begrense rusmiddelmissbruket eller bringe missbruket til opphør. Kravene til kompetanse vil kunne vektles ulikt alt avhengig av behandlingsnivå og behandlingstilbudets utforming/egenart. Den beskrivelsen som virksomheten gir av seg selv og den beskrivelsen som gis i en eventuell kontrakt med RHF, må vise hvilken kompetanse institusjonene har sikret seg tilgang til.

Det bør stilles krav om at virksomhetene legger til rette for ivaretagelse av omsorgsrelaterte oppgaver og sikrer mulighet for kontakt i de tilfellene der pasientene har mindreårige barn. Institusjonene må kunne beskrive hvordan den tar hensyn til individuelle forhold, inkludert kjønn i planleggingen av et behandlingsforløp. God, individuelt tilrettelagt, behandling vil vanligvis innebære at kjønnsperspektivet ivaretas.

Behandlingsinstitusjoner må skaffe seg tilgang til resultatene fra gjennomførte utredninger av pasientene. Oppfølgingen i forhold til de forhold som er beskrevet i utredningen av den enkelte pasient må dokumenteres i journalen. Oppfølgingen må dekke de medisinsk-, psykolog- og sosialfaglige adresserte problemstillingene hos den enkelte pasient.

Det er en forutsetning at virksomheter som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet har tilgang til tilstrekkelig kompetanse slik at nødvendig farmakologisk behandling gjennomføres. Det må være etablert ruiner for forsvarlig oppbevaring og administrasjon av legemidler.

I tillegg til relevant medisinsk-, psykolog- og sosialfaglig kompetanse forutsettes det at virksomhetene tilegner seg kompetanse om systematisk kvalitetsarbeid inkludert kontinuerlig forbedring. Det er derfor aktuelt å stille krav om rutiner som sikrer evaluering av behandlingsresultatene. Det å etablere behandlingsplaner som beskriver mål og tiltak vil være et viktig redskap for å sikre forsvarlig behandling. En behandlingsplan vil kunne bidra til å sikre at innholdet i og målet med behandlingen er kjent, forstått og blir etterlevd av pasienten og det involverte personellet. Ved å benytte behandlingsplaner i forhold til de enkelte behandlingsforløpene vil man være i stand til å gjennomføre regelmessige evalueringer i forhold til de mål som er fastsatt. Resultatene fra evalueringene gir grunnlag for eventuelle justeringer av behandlingstiltakene eller målsettingen med behandlingen.

Det er ikke tilstrekkelig at den omtalte fagkompetansen utelukkende er tilgjengelig i forhold til individuell oppfølging. Kompetansen må også være tilgjengelig i forhold til utviklingen og forbedring av organisasjonen som sådan. Det må settes krav om rutiner for medvirkning for å bidra til at de organisatoriske løsningene utvikles slik at kvaliteten i pasientbehandlingen sikres.

Forsvarlig behandling forutsetter at nødvendig kompetanse utvikles og vedlikeholdes. Virksomhetene må kunne dokumentere at den kompetanse som anses for nødvendig vedlikeholdes.

Tjenestene skal planlegges og organiseres slik at pasientene får tilbud om en sammenhengende behandlingsskjede. Det er avgjørende for å lykkes med dette at det utvikles gode samhandlingsrutiner innen samme forvaltningsnivå og mellom nivåene. Det må være dokumentert hvorledes samhandlingen med de kommunale tjenestene i løpet av en behandling er organisert slik at pasienten sikres en tilrettelagt oppfølging på kommunalt nivå etter endt tverrfaglig spesialisert behandling.

Virksomhetene må kunne dokumentere hvorledes brukernes ønsker ivaretas i det enkelte behandlingsforløp. Det må være beskrevet på hvilken måte pasienten, og pårørende i den utstrekning pasienten samtykker, tar del i utarbeidelsen av egen behandling. Hvorledes kravet om samtykke sikres må være dokumentert.

Virksomhetene må ha etablert systemer som sikrer avviksbehandling av såkalte "drop-out" (dvs. ikke planlagt avslutning av behandling) eller uteblivelse (*sosialtjenesteloven kap. 5 § 3 annet ledd og § 7*). Slike hendelser må anses for å være avvik i forhold til en avtalt behandlingssesjon. Avviksbehandling må i denne sammenheng ses på som avgjørende for å kunne sikre kontinuerlig forbedring av tjenestene.

Virksomhetene må ha etablert rutiner som sikrer fortløpende dokumentasjon av den behandlingen som ytes. Det må sikres forsvarlig journalføring og sikker oppbevaring av journaldokumentasjon. Det må foreligge rutiner for å dokumentere retensjon i behandlingen og hvorledes dette gjennomføres.

Utarbeidelse av individuelle plan er nødvendig for å sikre sammenhengende tiltakskjeder samt ivareta kravet til brukermedvirkning.

Revisjonskriterier - behandling

Tilsynsmyndigheten skal avdekke om følgende myndighetskrav er oppfylt:

Virksomheten sikrer pasientene en forsvarlig tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. spesialisthjtj. §§ 1-2, 2-2 jf. 2-1a første ledd nr. 5 og ikf. §§ 3, 4 og 5.

For å belyse dette skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

1. Virksomheten sikrer at det foreligger en beskrivelse av hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt for å sikre at henviste pasienter sikres en forsvarligbehandling i virksomheten. (jf. sphtjl. § 2-2 og § 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt a)
2. Virksomheten sikrer at de ansatte har kompetanse som samsvarer med behandlingsnivå, behandlingstilbudets egenart og den enkelte pasients behandlingsbehov slik det fremgår av utredning og behandlingsplan. Virksomheten må ha tilgang på personale med psykologisk, medisinsk og sosialfaglig kompetanse der pasientens behandlingsbehov tilsier det. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a, jf. ikf. § 4 annet ledd c)
3. Virksomheten sikrer at ansatte med tverrfaglig kompetanse deltar i arbeid med evaluering og forbedring av virksomheten slik at et forsvarlig behandlingstilbud sikres. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a, jf. ikf. § 4 annet ledd d)
4. Virksomheten sikrer at brudd i behandlingsforløpet rapporteres til ansvarlig for virksomheten og brukes som grunnlag for evaluering av behandlingsforløpet og behandlingstilbudet generelt. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a, jf. ikf. § 4 annet ledd f og g)
5. Virksomheten sikrer at pasienten varsles før han/hun mister sin behandlingsplass. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 3-14 annet ledd jf, sosialtjl. § 7-11, jf. forskrift til sosialtjenesteloven § 5-12 femte ledd og sphtjl. 2-1 a, jf. ikf. § 4 annet ledd g og § 5)
6. Virksomheten sikrer at det, før en utilsiktet utskrivning, vurderes om pasienten fortsatt er en rettighetspasient med behov for annen type behandling fra spesialisthelsetjenesten eller fra den kommunale helsetjenesten. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd g og § 5)
7. Virksomheten sikrer, under forutsetning av pasientens samtykke og at pasienten fortsatt har behov for helsetjenester, at det tas kontakt med rett instans i helsetjenesten, og at ved behov for øyeblikkelig hjelp, bidrar ansatte slik at pasienten ivaretas av legevakt eller akuttinstitusjon. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd g og § 5)
8. Virksomheten sikrer at nødvendig kompetanse sikres og vedlikeholdes. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd og 3-10, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt c)
9. Virksomheten sikrer at ansatte samhandler med pasientene for forbedring av virksomheten. (jf. sphtjl. §§ 1-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt e, g og § 5).
10. Virksomheten sikrer at det legges til rette for at pasienter med omsorgsansvar for barn, har kontakt med dem under behandlingsoppholdet. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
11. Virksomheten sikrer nødvendig kompetanse for at faglig forsvarlig behandling (også farmakologisk behandling) gjennomføres. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt c).
12. Virksomheten sikrer en forsvarlig administrasjon av legemidler. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2, jf. forskrift til lege middelforsyningen § 2 og sphtjl. § 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt c, g og § 5).
13. Virksomheten sikrer at den løpende behandlingen og avvik fra det forventede behandlingsforløpet dokumenteres jevnlig i pasientens journal. Det samme gjelder forhold der det er krav til samtykke fra pasienten. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2, 3-2 og sphtjl. § 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt, g og § 5)

14. Virksomheten sikrer at det er utarbeidet hensiktsmessige samarbeidsprosedyrer for å sikre en sammenhengende behandlingsskjede mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet (sphtjl. §§ 1-2, 2-2, 3-15, journalforskriften § 9 og sphtjl. § 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt, g og § 5).

15. Virksomheten sikrer, ved behov og med pasientens samtykke, at sosialtjenesten varsles i god tid før utskrivelsen (sphtjl. §§ 1-2, 3-15 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5).

8. Avslutning av behandling

Avslutningen bør være planmessig og styrt slik at pasienten sikres en sammenhengende tiltaksskjede ved overgang fra et forvaltningsnivå til et annet. Behandlingsinstitusjoner må varsle de øvrige aktørene i tiltaksskjeden om utskrivning av pasienten. Det må være et krav om at behandlingsinstitusjonen tar initiativet til å arrangere ansvarsgruppemøte i tilknytning til vedlikeholdet av individuell plan i god tid før en planlagt utskrivelse.

Avslutning av behandlingsforløp må planlegges slik at det etableres samhandling med kommunene forut for og ved utskrivning som sikrer at pasienten får bolig og nødvendige sosiale ytelser/bistand fra sosialtjenesten. Det må være etablert rutiner for hvorledes virksomhetene ivaretar sitt rådgivningsansvar overfor kommunehelsetjenesten. Krav om epikrisetid må imøtekommes av virksomhetene.

Virksomhetene må kunne beskrive på hvilken måte pasienten, og pårørende i den utstrekning pasienten samtykker, tar del i planlagte utskrivninger og hvorledes pasientens ønsker ivaretas.

Revisjonskriterier - utskrivning

Tilsynsmyndigheten skal avdekke om følgende myndighetskrav er oppfylt:

Virksomheten sikrer pasienten en forsvarlig utskrivelse etter behandling i et tverrfaglig spesialisert behandlingstiltak, jf. spesialisthtjl. §§ 2-2 jf, 2-1a første ledd nr, 5 og ikf. §§ 3, 4 og 5.

For å belyse dette skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

1. Virksomheten sikrer at det foreligger en beskrivelse av hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt for å sikre at det skjer en forsvarlig utskrivning av den enkelte pasient. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt a)
2. Virksomheten sikrer at planlegging av utskrivningsprosessen begynner i god tid før utskrivning. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
3. Virksomheten sikrer at pasienter medvirker, og at pårørende eventuelt inviteres til å delta, i utskrivningsprosessen. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)

4. Virksomheten sikrer at det sammenkalles til ansvarsgruppemøte med berørte parter der det er behov for det og pasienten samtykker. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
5. Virksomheten sikrer at pasienter ikke skrives ut uten at de er sikret grunnleggende behov etter utskrivningen. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 2-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
6. Virksomheten sikrer at den bidrar med rådgiving til kommunehelsetjenesten ved behov i forkant av og etter utskrivningen (jf. sphtjl. §§ 1-2, 6-3 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5).
7. Virksomheten sikrer at det sendes epikrise innen forsvarlig tid til helsepersonell som trenger det for å gi pasienten en forsvarlig oppfølging. (jf. sphtjl. §§ 1-2, 3-2 og journalforskriften § 9, sphtjl. § 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt g og § 5)
8. Virksomheten sikrer at avvik fra utskrivningsprosedyren rapporteres til ansvarlig for virksomheten og legges til grunn ved forbedringsarbeidet. (jf. sphtjl. §§ 1-2 og 2-1 a femte ledd, jf. ikf. § 4 annet ledd punkt f, g og h)

9. Planlegging og gjennomføring av tilsynet

9.1 Sammensetning av revisjonslaget

Det skal etableres regionale revisjonslag. Tilsynet er Helsetilsynets myndighetsområde og Helsetilsynene i fylkene skal i samarbeid opprette lagene og utpeke revisjonsleder. Revisjonsleder skal delta i arbeidet med å sette sammen revisjonslaget. Revisjonslagene bør ikke ha mer enn 4 – 5 deltakere.

I alle regioner skal det delta en representant for en tidligere sosialavdeling for å sikre at teamene har med en person som har erfaring fra å føre tilsyn med de tjenestene/virksomhetene tilsynet rettes mot. Vi anmoder om at Helsetilsynene i regionen blir enige om hvordan denne representanten skal utpekes, i en del regioner kan det være en person som jobber i en felles avdeling, i andre kan det være en person som er forankret i en jus og samfunnsavdeling eller liknende. Det må i denne sammenhengen tas hensyn til lokale forhold slik at entydige sentrale føringer er vanskelig å fastsette.

Ved embetene innen hver region finnes det tilstrekkelig kompetanse om den kommunale sosialtjenesten, om spesialisthelsetjenesten og om rusbehandling/rusfaglige spørsmål. Det anses derfor ikke som nødvendig med bruk av spesielle fagrevisorer. Vi viser i denne forbindelse til vårt brev til kontaktfylkeslegene av 23. desember 2005.

9.2 Dokumentinnhenting

Revisjonslagene må i forberedelsene til revisjonen innhente oversikt over hvilke institusjoner som har vurderingskompetanse.

I tilknytning til planleggingen av de enkelte tilsynsaktivitetene er det nødvendig å innhente ulike former for dokumentasjon fra de utpekte tilsynsobjektene. Dokumentasjon som omhandler følgende forhold er relevant for gjennomføringen av tilsynet:

- Overordnet beskrivelse av virksomheten inkludert målsetting og omtale av behandlingstiltak/-regime.
- Oversikt over organisasjon (organisasjonskart) inkludert beskrivelse av ansvarsforhold, oppgavefordeling, informasjons-/kommunikasjonslinjer og rapporteringsrutiner.
- Oversikt over ansatte med beskrivelse av utdanning/kompetanse.
- Stillingsbeskrivelser/-instrukser.
- Opplæringsprogram og eventuelle planer for å sikre utvikling og vedlikehold av nødvendig kompetanse.
- Oversikt over kriterier som virksomheten legger til grunn for vurdering av retten til nødvendig helsehjelp.
- Maler til bruk ved gjennomføring av rettighetsvurdering inkludert svarbrev til henviser og pasient.
- Rutiner/prosedyrer som sikrer en sammenhengende tiltakskjede eksempelvis rutiner for henvisning av pasienter til andre deler av tjenesteapparatet når virksomheten selv ikke kan yte pasienten et forsvarlig tilbud om undersøkelse/utredning eller behandling.

For øvrig bør virksomhetene anmodes om å oversende annen dokumentasjon som de på selvstendig grunnlag finner relevant i forhold til tilsynet.

Når man planlegger å føre tilsyn med private aktører som har avtale med de regionale helseforetakene (RHF) bør RHFet informeres om det forestående tilsynet samt anmodes om å over sende den aktuelle kontrakten til tilsynsmyndigheten. Kontrakten gir informasjon om hvilke funksjoner som er forventet av virksomheten, for eksempel om de skal vurdere henvisninger til tverrfaglige spesialisert behandling, og som forsvarlighetskravet må vurderes opp mot.

9.3 Antall og omfang

Helsetilsynet har besluttet at det i hver region skal gjennomføre tilsyn med 6 ulike funksjoner som ikke nødvendigvis er 6 ulike institusjoner:

2 virksomheter i regionen som utføre vurderinger av behovet for nødvendig helsehjelp i henhold til lov om pasientrettigheter, fortrinnsvis en privat virksomhet som har avtale med RHF og en som er organisert under et sykehus eller en DPS og som kommer inn under bestemmelsen om rett til fritt sykehusvalg jf. parrtl. § 2-4. og derved også forpliktelsen som følger av parrtl. §2-2 plikten til å sikre 30 dagers vurderingsfrist,

1 virksomhet som har tilbud om avrusning

1 poliklinisk virksomhet

1 behandlingstilstand som gir døgnbasert behandling under 6 måneders varighet

1 behandlingsinstitusjon som gir døgnbasert behandling over 6 måneders varighet

Minimum en av de nevnte virksomhetene bør behandle alkoholrelaterte lidelser og en av virksomhetene bør være privat. Vi skal ikke ha tilsyn med virksomheter som **kun** vurderer eller gir tilbud om legemiddelassistert behandling. Dette er begrunnet ut fra at den sistenevnte typen virksomheter gjøres til gjenstand for fortløpende evaluering i regi av andre og at våre ressurser bør brukes på andre virksomheter som yter tverrfaglig spesialisert behandling.

9.4 Gjennomføringen for øvrig

Revisjonen skal gjennomføres i henhold til Prosedyre for systemrevisjon, pkt 5.6
Gjennomføring av revisjonsbesøket.

I tillegg til intervjuer skal det innhentes informasjon fra skriftlige kilder under revisjonsbesøket. Den viktigste skriftlige kilden vil være journaler. Antall og prinsipper for valg av journaler må besluttes av revisjonslaget på bakgrunn av virksomhetens størrelse og innhold. Det skal tilstrebes å få et tilfeldig utvalg, enten ved å ta de ti siste, etter fødselsdato eller lignende. Det skal også tilstrebes å få se journaler som dekker hele tidsspennet i behandlingsforløp, noen helt nye, noen som er midt i sitt opplegg, noen som nærmer seg avslutningen og noen som er utskrevet både etter planlagt og uplanlagt utskrivning. Det skal også gjøres et utvalg av epikriser og eventuelt henvisninger fra en spesialisthelsetjeneste til en annen. (Det er altså ikke meningen å gjennomgå henvisninger fra kommunehelsetjenesten eller sosialtjenesten, bortsett fra der det er relevant i forbindelse med å vurdere journaler).

Andre aktuelle dokumenter som kan inneholde informasjon om de forhold tilsynet er rettet mot er referater fra ulike typer interne møter (vi forutsetter at ansvarsgruppemøter og andre typer møter om brukere er dokumentert i journal), eventuelle sjekklister eller andre skriftlige rapporteringer og lignende.

Revisjonslaget bør sikre at det er tid mellom intervjuene til å avklare og justere innretningen og oppsummere hvilke opplysninger som er fremkommet og hva det trengs ytterligere informasjon om.

Rapport fra tilsynet skal utformes etter mal for rapport fra systemrevisjon.

Tilsynene skal være gjennomført, og endelige rapporter sendt Statens helsetilsyn, innen utgangen av oktober 2006.

9.5 Rapporter

Tilsynsrapportene skal sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no. Rapportene vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

Revisjonslaget skal oppsummere tilsyn med helseforetak i hver region i en samlet rapport til det regionale helseforetaket.

Statens helsetilsyn vil utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport fra det landsomfattende tilsynet.

Vedlegg:

Vedlegg nr 1: Oversikt over relevante lov og forskriftskrav ved denne revisjonen

Vedlegg nr 2: Arbeidsgruppens mandat

Vedlegg nr.3: Brev fra SHdir. Av 12. desember 2005 Vedrørende spørsmål om fortolkning av pasientrettighetsloven § 2-2

Vedlegg nr 1:

Oversikt over relevante lov og forskriftkrav ved denne revisjonen.

N.B. Bestemmelser med fet skrift er uthevet av arbeidsgruppa for at revisjonslaget lettere skal kunne identifisere de relevante lovbestemmelsene.

Pasientrettighetsloven:

§ 1-2. Virkeområde

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell;
- d) helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten;
- e) helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3.

§ 3. Definisjoner (i helsepersonelloven)

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd.

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten

§ 2-1. Rett til nødvendig helsehjelp

Annet ledd: "Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette **en frist** for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp

§ 2-2. Rett til vurdering

Pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen **30 virkedager** fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt.

Det skal **vurderes** om pasienten har en slik rettighet overfor spesialisthelsetjenesten som omtalt i § 2-1 annet ledd, og eventuelt **fastsettes en slik frist** som omtalt i samme ledd annet punktum. Pasienter som har en slik rettighet, skal underrettes om dette og om fristen. I underretningen skal pasienten også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Henvisende lege skal også underrettes.

Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

2-4. Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at sykehuset eller det distriktpspsykiatriske senteret eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om slike avtaler som er omtalt i første ledd

§ 2-5. Rett til individuell plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å **medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder**. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha **den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.**

Spesialisthelsetjenesteloven:

§ 1-2. Lovens virkeområde

Loven gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av staten **og private**, når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven.

§ 2-1a første ledd nr.5:

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3,

4. ledd: Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at **de inngår avtale med andre tjenesteytere. (se. helseforetaksloven § 9 første ledd: Utøvende virksomhet skal organiseres som helseforetak**

5. ledd. Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven

2-2. Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige

2-5. Individuell plan

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold

3-2. Journal- og informasjonssystemer

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at **journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.**

Departementet kan gi forskrift om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer

§ 3-11. Om informasjon

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. lov om pasientrettigheter § 2-1, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter lov om pasientrettigheter § 3-2 siste ledd.

§ 3-12. Henvisning fra sosialtjenesten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal vurdere henvisning fra sosialtjenesten om behandling som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

§ 3-14. Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelmissbruk m.m.

Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.

Bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 og bestemmelser gitt i medhold av disse, gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.(vår utheving)

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter plassering med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, herunder regler om ansvar for innbringning, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

§ 3-15. Varsel til sosialtjenesten ved utskrivning

Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side, og pasienten ønsker det, skal sosialtjenesten varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, skal sosialtjenesten alltid varsles

§ 6-3. Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift

Lov om sosiale tjenester:

§ 7-11. Rettigheter under opphold i institusjon/bolig som omfattes av dette kapittel.

En institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester skal drives slik at beboerne selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens/boligens ansvar for driften, herunder ansvaret for trygghet og trivsel.

Beboerne skal ha rett til å bevege seg både i og utenfor institusjonen/boligen med de begrensninger som institusjonen/boligen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og trivsel.

Det er ikke tillatt

- a) å refse en person fysisk,
- b) å bruke innelåsning i enerom eller andre tvangstiltak med mindre det er tillatt ved lov eller forskrifter som nevnt i femte ledd bokstav a),
- c) å føre kontroll med beboernes korrespondanse med mindre det er tillatt ved forskrifter som nevnt i femte ledd bokstav c).

Kongen kan gi forskrifter

- a) til utfylling av bestemmelsene foran, herunder om bruk av tvangsmidler,
- b) om urinprøvetaking,
- c) med sikte på å hindre at rusmidler eller farlige gjenstander bringes inn i institusjonen/boligen,
- d) om forvaltning av beboernes midler.

Forskrifter til loven

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd

2. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Forskrift om ventelisterregistrering.

§ 1. Virkeområde

Denne forskrift gjelder

1. Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpsikiatriske sentra som et regionalt helseforetak har inngått avtale om tjenesteyting med i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd.
2. Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpsikiatriske sentra som eies av et regionalt helseforetak.
3. **Institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og som eies av, eller som har inngått avtale som nevnt i nr. 1 med, et regionalt helseforetak.**

0 Endret ved forskrifter 18 des 2001 nr. 1577 (i kraft 1 jan 2002), 31 aug 2004 nr. 1227 (i kraft 1 sep 2004).

3. Ventelisterregistrering

Institusjon som faller inn under § 1, skal føre venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling. Dersom den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen ytes på flere, geografisk atskilte, behandlingssteder i institusjonen, skal det føres venteliste for hvert behandlingssted.

Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Dersom pasienten har en slik rett, skal den fristen som er fastsatt

i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, skal ikke registreres på venteliste.

Henvisninger registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen. Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen.

0 Endret ved forskrift 31 aug 2004 nr. 1227 (i kraft 1 sep 2004).

§ 4. Oppdatering av ventelistene

Institusjonen skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert. Ventetiden slutter den dato behandlingen påbegynnes. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte undersøkelse eller behandling, skal heller ikke regnes som ventende lenger.

De pasientene som har vært registrert på venteliste i seks måneder bør kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell.

0 Endret ved forskrift 31 aug 2004 nr. 1227 (i kraft 1 sep 2004).

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig **forbedringsarbeid i tjenestene.**

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder de virksomheter som **omfattes av helselovgivningen og er pålagt internkontroll plikt etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3** og de virksomheter som er pålagt slik plikt etter lov om sosiale tjenester kap. 4 og 6A, jf. § 2-1.

§ 3. Internkontroll

I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

§ 4. Innholdet i internkontrollen

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver

- og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
 - c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
 - d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
 - e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
 - f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
 - g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivning,
 - h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

§ 5. Dokumentasjon

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig

Forskrift om pasientjournal.

§ 1. (Forskriftens innhold)

Forskriften gir nærmere regler om:

- a) helsepersonells dokumentasjonsplikt, herunder om innhold i pasientjournaler, føring, retting, sletting, oppbevaring, overføring, tilgang til og tilintetgjøring av journal, jf. helsepersonelloven kapittel 8,
- b) virksomheters ansvar i forhold til opprettelse og organisering av journalsystem, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, tannhelsetjenesteloven § 1-3a og kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og
- c) rett til innsyn i journal, jf. pasientrettighetsloven § 5-1.

§ 9. Epikrise

Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.

Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens faste lege.

Epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner.

Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 18. desember 2001 med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a fjerde ledd. Endret 13. juni 2003 nr. 719.

§ 1. Virkeområde

Forskriften gjelder sykehus og andre helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. I forskriften benevnes disse institusjonene som sykehus.

§ 2. Ansvarsforhold mv.

Sykehusets administrative leder skal sørge for at legemiddelforsyningen ved sykehuset blir organisert i samsvar med forskriftene. Lederen ved den enkelte sykeavdeling har ansvaret for avdelingens legemiddelforsyning og legemiddellager.

0 Endret ved forskrift 13. juni 2003 nr. 719 (i kraft 1. juli 2003).

§ 8. Utdeling av legemidler til pasient

- 1) Utdeling av legemidler til pasient bør bare skje etter skriftlig ordinasjon fra lege eller etter generelle skriftlige direktiv. Utdelingen skal foretas av de personer som har fått myndighet til det. Ved somatiske sykehus og psykiatriske akuttavdelinger skal slik myndighet bare unntaksvis gis til andre enn offentlig godkjente sykepleiere. Ved andre institusjoner som reguleres av denne forskrift skal nevnte myndighet **bare unntaksvis** gis til andre enn offentlig godkjente sykepleiere/vernepleiere.
- 2) Utdeling av legemidler skal skje på en måte som sikrer at legemidler blir gitt til den pasient det er forskrevet for. Som regel skal det ikke utdeles større mengder av et legemiddel enn det som er bestemt for umiddelbart forbruk.
- 3) Legemidler som skal injiseres eller innfunderes skal umiddelbart før bruken kontrolleres visuelt, og det skal påses at legemiddel og dose er i overensstemmelse med det som er ordinert. Kontrollen skal så vidt mulig foretas av 2 personer.
- 4) I tilfelle sykehuset forsyner pasienter som i kortere tid er borte fra sykehuset, med legemidler, skal disse utleveres i hensiktsmessig emballasje og påføres pasientens navn, midlets navn og mengde, tydelig bruksrettleiing, dato og legeekspeditørens underskrift.
- 5) Det skal føres fortegnelse over all utdeling av legemidler til innvortes bruk.

FOR-1992-12-04-915- forskrift til lov om sosiale tjenester

Kapittel 5. Beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere

§ 5-12. Lengre fravær fra institusjonen (permisjoner)

Beboerne skal ha rett til permisjoner etter avtale med institusjonen.

Ved institusjoner der behandling, rehabilitering eller avrusning er hovedformålet med oppholdet, kan permisjon nektes dersom det er nødvendig for opplegget at beboeren er tilstede.

Er beboeren plassert i institusjon på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a, eller 6-3, barnevernloven §§ 4-24 eller 4-26 eller fengselsloven § 12, kan institusjonen begrense adgangen til permisjon, i den utstrekning det er hjemlet i vedtaket.

I institusjoner som har til formål å være et botilbud, kan beboeren være fraværende fra institusjonen i inntil 4 sammenhengende uker uten å miste rett til plassen, under forutsetning av at institusjonen har fått beskjed om fraværet. Fravær utover 4 uker er bare tillatt når det er avtalt med institusjonen og den kommune som betaler oppholdet.

Står beboeren i fare for å miste plassen ved institusjonen, skal vedkommende varsles om dette og gis anledning til å uttale seg, før beslutning om tap av plassen tas. Er ikke beboeren å finne når varsel er forsøkt gitt på forsvarlig måte, eller unnlater beboeren å svare tross varsel, kan beslutning om tap av plassen tas uten at beboeren har uttalt seg.

For øvrig kan plassen, under lengre fravær, stilles til disposisjon for andre. Beboeren bør gjøres oppmerksom på dette.

Vedlegg nr 2:

LANDSOMFATTENDE TILSYN MED TVERRFAGLIGE SPESIALISERTE TJENESTER FOR RUSMIDDELAVHENGIGE – 2006 – mandat for arbeidsgruppe som skal forberede gjennomføring av tilsynsaktivitetene

Bakgrunn

Det vises til ledermøtesak 18/03/05. Det er besluttet å gjennomføre landsomfattende tilsyn med tjenesteområdet i 2006. Beslutningen bygger bl a på innholdet i beslutningsnotat med vedlegg datert 09. mars 2005 som ledsaget ledermøtebehandlingen 16. mars 2005.

Stortingets overordnede mål med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skal bli bedre. Det er således knyttet store forventninger til rusreformen og fagfeltet har blitt gjort til gjenstand for betydelig oppmerksomhet i den norske offentligheten. Behandling av rusmiddelavhengige er en politisk prioritert oppgave og det er besluttet at tilsynsmyndighetene vier feltet oppmerksomhet ved gjennomføring av et landsomfattende tilsyn i 2006.

Rusreformen innebar at de regionale helseforetakene (RHF) overtok 32 fylkeskommunale behandlingstiltak. I tillegg trådte helseforetakene inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstiltak. De regionale helseforetakene fikk også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert behandling (LAR).

De 5 regionale helseforetakene har valgt noe ulike løsninger med hensyn til organiseringen.

- Helse Nord RHF har organisert behandlingsinstitusjonen under de helseforetakene som de geografisk tilhører. Avtalene med de private aktørene i region nord forvaltes av det regionale helseforetaket.
- Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket som har valgt å organisere rusbehandlingsinstitusjonene i et eget helseforetak. Avtalene med de private institusjonene inngås av det regionale helseforetaket, men administreres av Rusbehandling Midt-Norge helseforetak. (Det er besluttet at organiseringen skal evalueres fortløpende og fremlegges for styret første gang innen utgangen av 2006.)
- Helse Vest RHF fikk som følge av reformen overført én offentlig institusjon. Denne er organisert under psykiatrien i Helse Bergen HF (geografisk tilhørighet). Helse Vest RHF trådte inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med private tjenesteleverandører.
- Helse Sør RHF har organisert rusbehandlingsinstitusjonene under de helseforetakene de geografisk tilhører. Sørlandet sykehus HF er tillagt et koordineringsansvar og har fått ansvar for å etablere og utvikle en analyseenhet. Avtalene med de private institusjonene inngås av det regionale helseforetaket.
- Helse Øst RHF har med ett unntak organisert rusbehandlingsinstitusjonene i helseforetakene etter geografisk tilknytning. Unntaket er behandlingsinstitusjonene i Oslo og Follo som uavhengige av geografisk tilknytning, ble organisert under Aker universitetssykehus. Dette var bl. a. begrunnet med at det var svært kort tid fra

Stortinget endelig besluttet gjennomføringen av rusreform til den skulle iverksettes. Mangfoldet og kompleksiteten knyttet til behandlingstilbudene bidro til valget av denne løsningen for å sikre en forsvarlig drift ved de ulike virksomhetene. Helse Øst RHF trådte inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med private aktører. Senere er avtalene reforhandlet/endret etter anbudsutlysningen (juni 2004).

I forbindelse med beslutning om tema er det gitt følgende føringer for avgrensning av området for tilsyn:

Pasientrettigheter - Rusreformen innebærer at rusmiddelmissbrukere har de samme pasientrettighetene som andre brukere av spesialisthelsetjenesten. Pasientrettigheter er sentralt i rusreformen og høyt profilert på politisk nivå. Reformen innebærer at denne gruppen sikres nye rettigheter. Arbeidet for å sikre pasientrettighetene vil også bidra til å sikre kvaliteten i tjenesteytingen.

Det kan i forbindelse med pasientrettigheter være særlig aktuelt å se på hvorledes virksomhetene arbeider i forhold til vurdering av hjelpebehovet – sonderingen mellom retten til nødvendig helsehjelp og behovet for helsehjelp. Når det gjelder å operasjonalisere innholdet i begrepet ”nødvendig helsehjelp” i forhold til rusmiddelmissbrukere er fagmiljøene allerede i gang med et arbeid – jf bl a retningslinjer utarbeidet av Helse Sør. Dette er et arbeid som tilsynsmyndigheten bør kunne benytte i arbeidet med å definere innholdet i begrepet ”nødvendig helsehjelp” dvs fastlegge hva som er å anse som forsvarlig virksomhet.

Individuell plan - Rusmiddelmissbrukere vil ofte ha behov for sammensatte og koordinerte tjenester fra ulike fagfelt/forvaltningsnivåer. Behovet for å utarbeide individuelle planer (IP) vil være tilstede og arbeidet med å utforme IP bør kunne inkluderes i et landsomfattende tilsyn. Spørsmålet om IP har vært fokusert ved tidligere tilsyn (barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri), og tilsynet bør kunne dra nytte av tidligere forberedelser i forhold til IP.

Det skal også vurderes om det er hensiktsmessig å undersøke spørsmål knyttet til **fritt sykehusvalg**.

Tilsynet skal utføres av et kjerneteam i hver helseregion, eventuelt supplert med en representant fra det stedlige tilsynet.

Arbeidsgruppen skal utarbeide en veileder for tilsynet som skal omhandle:

- Kortfattet omtale av hva som menes med tverrfaglige spesialiserte tjenester for rusmiddelavhengige
- En ytterligere presisering/avgrensning av temaet for tilsynet. Arbeidsgruppen skal ta hensyn til føringene ovenfor, men kan foreslå at andre tema, basert på risiko- og sårbarhetsvurdering, bør inngå i tillegg eller i stedet.
- Innholdet i begrepet ”nødvendig helsehjelp” dvs hva som er å anse som faglig forsvarlig virksomhet når det gjelder å vurdere rusmiddelmissbrukeres rettigheter på de aktuelle områder
- Hvilke kriterier som skal legges til grunn for Helsetilsynet i fylkenes revisjoner

- Hvilke virksomheter eller foretak som skal revideres/hvem som er pliktsubjekt for de tema tilsynet undersøker
- Antall tilsyn som skal gjennomføres i hvert fylke/hver helseregion og omfanget på det enkelte tilsyn
- Drøfting av hvilken informasjon som skal innhentes fra den enkelte virksomhet før og under revisjonen, hvem som bør intervjues, om det bør avholdes formøte osv
- Veilederen skal utformes i tråd med Styrende dokumenter for tilsyn, revidert våren 2005.

Arbeidsgruppen skal også

- Vurdere om det er aktuelt å bruke fagrevisorer i tilsynet
- Vurdere om forhold som kjønn og etnisitet eller andre ulikheter har betydning for de tema tilsynet omfatter
- Sørge for at eventuelle prinsipielle spørsmål avklares med Helsetilsynets ledelse løpende når det er behov for det
- Samarbeide med Helsetilsynet om revisjonsledersamling før veilederen endelig besluttes
- Gjennomgå revisjonsrapportene og vurdere behov for revisjonsledersamling som ledd i intern erfaringsbearbeiding og – utveksling
- Utarbeide sluttrapport der funn og eventuelle behov for regelverksutvikling omtales

Arbeidsgruppen vurderer selv behovet for møter med SHdir, fagmiljøer og brukerorganisasjoner.

FREMDRIFTSPLAN

Innen:

1. juni:	Konstituere arbeidsgruppen samt gjennomføre første møte
1. september:	Avholdt møter med fagmiljøer og brukerorganisasjoner
30. september:	Forslag til avgrensning mht tema og omfang av tilsynsaktiviteten legges frem
4. november:	Utkast til tilsynsveileder sendes ut
22. november:	Utkast til tilsynsveileder gjennomgås på møte for revisjonsledere
2. januar 2006:	Godkjent veileder sendes ut

Tidspunkt for oppsummering av tilsynet samt revisjonsledersamling fastsettes senere.