

Internrevisjonen

Oppfølging av tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)

Helse Vest RHF, november 2012

Målgruppene for internrevisjonen sine rapporter er styret og revisjonskomiteen på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå, og utførande fagfolk. Denne rapporten retter seg og til dei private, ideelle institusjonane innanfor TSB og kommunar. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarretteiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsforteikninga og samandraget
2. Hovudrapporten med innleiing, fakta og vurderingar, samt vedlegg

Innhald	3
Samandrag.....	4
Innleiing.....	7
1.1 Formål og problemstillingar	8
1.2 Revisjonskriterier og metode	9
Fakta og vurderingar	10
1.3 Tilbodet i Helse Vest	11
1.3.1 Oversyn	11
1.3.2 TSB i styringsdokumenta	14
1.3.3 Organisering av tilbodet innan TSB	14
1.3.4 Krav til fagleg kompetanse	17
1.3.5 System for internkontroll, kvalitetsoppfølging og rapportering	18
1.3.6 Samarbeidsavtalar	20
1.3.7 Vurdering av problemstilling 1, organisering	22
1.4 Punkt til oppfølging	24
1.4.1 RHF-et si oppfølging av avtalene	24
1.4.2 Institusjonane si oppfølging av Riksrevisjonen si undersøking	25
1.4.3 Vurdering av problemstilling 2, oppfølging	26
1.5 Heilskaplege pasientforløp	28
1.5.1 Eit oversyn	28
1.5.2 Prosedyrar og praksis for tilvising	29
1.5.3 Vurdering av tilvisingar	30
1.5.4 Ventetid mellom vurdert rett og behandlingsstart ved institusjon	33
1.5.5 Behandling	38
1.5.6 Avslutning/overgangar til andre tenesteytarar	40
1.5.7 Vurdering av problemstilling 3, heilskaplege pasientforløp	41
1.6 Oppsummering og tilrådingar	48
1.6.1 System for internkontroll og rapportering	48
1.6.2 RHF-et si oppfølging	48
1.6.3 Vurdering av tilvisingar	49
1.6.4 Informasjon til pasientane	49
1.6.5 Ansvarsdelinga mellom spesialisthelseteneste og kommunane i tida etter vurdering og før behandling	50
1.6.6 Fristar og fristbrot	50
1.6.7 Behandling	51
1.6.8 Pasientansvarleg behandlar	51
1.6.9 Samhandling	52
Vedlegg.....	53

SAMANDRAG

Formålet med internrevisjonsprosjektet er å sjå nærare på korleis spesialisthelsetenesta legg til rette for heilskaplege pasientforløp innan TSB. Det er gjennomført intervju med tilsette og pasientar i føretak og institusjonar. I tillegg er det gjennomført intervju med Helse Vest RHF, kommunale tenesteytarar, KORFOR og brukarorganisasjonen RIO. Internrevisjonen har og innhenta og analysert relevant dokumentasjon.

Vi har i denne revisjonen ikkje vore opptekne av å finne feil og manglar på enkelt-institusjonar, men heller søke fram fellesnemnarar som kjenneteiknar feltet og som har eit potensiale for utvikling i fellesskap.

Følgjande problemstillingar vart undersøkt og vurdert:

Problemstilling 1: Kva tilbod har spesialisthelsetenesta av tverrfagleg spesialisert behandling?

Undersøkinga visar at måla satt i ulike regionale styringsdokument om auka behandlingsskapasitet og betre behandlingstilbod innan TSB, synest å vere nådd. Tenestene innan TSB er noko ulikt organisert i dei fire føretaksområda, og ein stor del av tilbodet gis av private tenesteleverandørar.

Undersøkinga viser at vurderingseiningane og i dei ulike behandlingstilboda har tverrfagleg samansett og spesialisert kompetanse.

Alle føretaka og institusjonane har utvikla system for internkontroll som omfattar dei fleste delane av drifta, og som er tufta på gjeldande lovverk. Når det gjeld rapportering og registrering av aktivitetsdata, synest det som at kunnskapsnivået i institusjonane og merksemda rundt statistikk som styringsinformasjon har eit klart forbettringspotensiale. Kvaliteten på offentleg statistikk er låg.

Det er utarbeidd samarbeidsavtalar innan fleire tenestenivå og mellom ulike tenesteaktørar innan TSB. Avtalane synest å vere lite kjent blant dei tilsette som sit med pasientansvar og ansvar for samhandling.

Problemstilling 2: Korleis har Helse Vest RHF fulgt opp kontraktane som blei inngått i 2010 og Riksrevisjonen si undersøking frå 2010?

Helse Vest RHF følgjer i hovudsak opp dei private tenesteleverandørane tertialvis på krav knytt til produksjon, og ikkje på andre kvalitetskrav som kunne gitt meir informasjon om det faglege tilbodet. Manglande systematisk oppfølging av faglege kvalitetsindikatorar ber med seg risiko for at behandlinga som blir gitt, ikkje har den

kvaliteten som krevjast. I tillegg mister ein moglegheit til å bidra med kunnskap nasjonalt, regionalt og lokalt om kva som kan vere god behandling innan TSB.

Oppfølging av Riksrevisjonen si undersøking har fokusert på institusjonane sine prosedyrar og praksis for utarbeiding av individuelle planar (IP). Undersøkinga visar at det er ulike prosedyrar og praksis knytt til utarbeiding og bruk av dette verktøyet. Manglar knytt til IP aukar risikoen for at pasientane ikkje får sine retter ivaretatt, og aukar risikoen for at dei ulike instansane sitt ansvar og behandling ikkje kan ettergås.

Problemstilling 3: Korleis sikrar spesialisthelsetenesta gode pasientforløp?

Alle føretaka og institusjonane synest å ha prosedyrar og praksis knytt til vurdering og behandling av tilvisingar som er tufta på aktuell lovgjeving.

Dei fleste er nøgde med organiseringa av tilboda innan TSB i sine føretak. I intervju har det komme fram bekymringar knytt til delar av praksisen til den sentrale vurderingseininga i Helse Bergen. Interne forhold og tidvis stor arbeidsbelastning, kombinert med at vurderingseininga sannsynlegvis ikkje har hatt god nok kapasitet eller sett behova av å kommunisere ut om sine prosedyrar og praksis, kan forklare nokre av dei bekymringane som har komme til uttrykk.

Føretaka og institusjonane bør i større grad sikre at pasientane faktisk får informasjon om sine retter etter vurdering, på ein pasienttilpassa måte. Dette for å auke sjansane for at pasientane får det tilbodet han/ ho har krav på i spesialisthelsetenesta.

Pasientane kan i dei ulike ventetidene i behandlingsforløpet og ved avslutning av behandling, havna mellom to stolar der korkje spesialisthelsetenesta eller tilvisande instans tar ansvar. Ulik oppfatning av kven som gjer kva, eller bør gjere kva, aukar risikoen for dårleg ressursutnytting og minskar sjansane for å få til heilskaplege pasientforløp.

Det synest å vere ein systematisk bruk av pasientutsett frist i Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde. Helse Bergen synest ikkje å bruke pasientutsett frist; dersom det går mot fristbrot sendast pasienten til den første institusjonen som då har ledig plass. Helse Bergen sin praksis kan bere med seg ein risiko for at pasienten ikkje får behandling tilpassa behandlingsbehovet. Dei tre andre føretaka sin praksis ber imidlertid med seg ein risiko for at ein ikkje tek i vare pasienten sine rettar, gjennom potensiell underrapporting av fristbrot og ved å ikkje følgje opp frist sett ut frå pasienten sin helsetilstand. Internrevisjonen vurderer at Helse Bergen er dei som best legg til rette for fagleg forsvarleg pasientbehandling.

Det manglar nasjonale føringar for behandling innan TSB, og det er relativt lite forskning på kva som er god behandling. Undersøkinga visar at det synest å vere liten forskjell på kva behandling pasientane faktisk får på dei ulike institusjonane, og at det

er relativt lite individuell tilpassing i behandlinga utover det ein uansett kan forvente at blir gitt denne gruppa.

Psykologane sin kompetanse og kapasitet synest å vere lite utnytta. Dei har eit heilskapleg pasientansvar, men med lite direkte pasientkontakt. Dei synest å ha delegert bort mange av arbeidsoppgåvene til miljøterapeutane.

Konklusjon

Helse Vest RHF har etter rusreforma i 2004 arbeidd systematisk med å utvikle TSB innan sitt vide sørge-for-anvar. Helseføretaka har blitt stadig meir aktive med eigne tenester og med koordinerande aktivitetar i sitt føretaksområde. Dei private institusjonane gjer som før eit heilt sentralt arbeid innan TSB, og ser ut til å ha komme gjennom den turbulensen som fulgte med anbodsprosessen i 2010.

Det gode arbeidet til tross, vil det alltid vere noko som kan utviklast vidare. På bakgrunn av våre undersøkingar vil vi her trekke fram ein del tiltak. Adressaten for tiltaka vil framgå av punktene.

- Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde bør gå gjennom sin praksis med pasientutsett frist og vurdere om ein oftare skal gi rett til utgreiing av rett til helsehjelp.
- Føretak og institusjonar bør avklare kven som har ansvar for pasientane i ventetida og kva tilbod dei skal få i denne tida. Dette for å leggje til rette for meir heilskaplege pasientforløp, sikre at pasienten møter til behandling og kan dra nytte av behandlinga.
- Helse Bergen bør kommunisere betre ut prosedyrar og praksis knytt til kva vurderingar av nyttekriteriet som er gjort og på kva grunnlag.
- RHF-et bør i samarbeid med føretaka, institusjonane og KORFOR utarbeide resultatindikatorar som kan gje eit betre bilete på den faglege kvaliteten på tenestene. På den måten kan ein og bidra nasjonalt, regionalt og lokalt med kunnskap om kva som er virkningsfull behandling for denne gruppa.
- Føretaka og institusjonane må arbeida med system og kultur for å sikre korrekt registrering og rapportering.
- Leiinga i føretaka og institusjonane bør sikre at alle delane av internkontrollsystemet er kjent av dei tilsette, slik at dei kan bidra til kvalitetsutvikling og forbetring
- Døgninstitusjonane bør vurdere om psykologanes kompetanse og kapasitet nyttas godt nok.
- Døgninstitusjonane bør gjere samhandlingsavtalane betre kjent blant dei tilsette som har direkte pasientkontakt. Dei bør også vurdere metoder for å auke bruken av IP som samhandlingsverktøy.
- Vurderingseiningar og institusjonar bør sikre at pasienten får og forstår informasjon om rettighetsvurdering.

INNLEIING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Med rusreforma frå 1. januar 2004 blei behandlingsansvaret for rusmiddelavhengige overført frå fylkeskommunane til staten ved dei regionale helseføretaka. Rusreforma skulle gjere det lettare for personer med rusmiddelavhengighet å få heilskapleg behandling i spesialisthelsetenesta, kalla tverrfagleg spesialisert behandling (TSB). Rusreforma skulle mellom anna sikre rusmiddelavhengige pasientrettar på lik linje med andre pasientar, og føre til betre samhandling mellom spesialisthelseteneste og kommunar.

Formålet med prosjektet er gjennom ei kartlegging å sjå nærare på korleis spesialisthelsetenesta legg til rette for heilskaplege pasientforløp innan TSB.

Mandat for gjennomføring av prosjektet vart behandla av revisjonskomiteen i møte 07.05.12. Det går fram av saka at **følgjande problemstillingar skal svarast på**:

- Kva tilbod har spesialisthelsetenesta av tverrfagleg spesialisert rusbehandling?
 - Prosjektet vil under dette punkt kartlegge behandlingstilbodet til rusmiddelavhengige i regionen i form av organisering, økonomi, personellinnsats og pasientrelatert informasjon
 - Kva internkontrollsystem har behandlingsinstitusjonane etablert?
 - Har det vore ei endring av tilbodet dei siste åra?
- Korleis har Helse Vest RHF fulgt opp kontraktane som blei inngått i 2010 og Riksrevisjonen si undersøking frå 2010?
- Korleis sikrar spesialisthelsetenesta gode pasientforløp?

Prosjektet skal her vurdere pasientforløp i TSB inår det gjeld tilvising, vurdering, behandling og avslutning av behandling/ overføring til andre tenesteytarar. Fokus på følgjande punkt:

 - Lovgjeving
 - Internkontrollsystem
 - Kompetanse i behandlingsinstitusjonane
 - Samarbeid med og overgangar til andre tenesteytarar
 - IT-støtte

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriterier er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

I dette prosjektet har internrevisjonen sett nærare på korleis krava blir etterlevde og følgt opp. Krava er henta frå styringsdokument og andre dokument frå Helse Vest, relevante lovar, forskrifter, rettleiarar, st.mld., osv, og avtalar inngått mellom Helse Vest RHF og dei private tenesteleverandørane

Internrevisjonen har fulgt eit standardisert opplegg for undersøkinga.

Figur 1 – Prosjektfaser					
Prosessflyt i hovudfaser	1. Oppstart	2. Kartlegging	3. Analyse	4. Rapportering	5. Oppfølging
Aktivitetar	- Innhente informasjon frå RHF-et, HF-a og dei priv.inst. - Utarbeide prosjektmandat - Orienterer revisjonskomité - Utarbeide konkret prosjektplan	- Oppstartsbrev - Forespurnad om skriftleg dokumentasjon frå RHF-et, HF-a og dei priv. inst. - Lage intervjuavtalar - Gjennomføre intervju, møter med munnlege kjelder	- Systematisere og vurdere/analysere skriftlege kjelder - Systematisere og vurdere/analysere munnlege kjelder	- Utkast til sluttrapport - Rapport til kommentar til RHF-et, HF-a og dei priv. inst. - Oversending og presentasjon av sluttrapport - Rapportavslutning	Brev til administrativ leiing om status på gjennomføring av tilrådingar i rapport
Leveransar	Prosjektmandat med revisjonskriterier			- Sluttrapport med anbefalingar - Presentasjonsmaterieill	Sak til revisjonskomité om status på oppfølging
Metodar	Møter administrasjon, revisjon og revisjonskomité	- Intervju - Innsamling av materiale frå fleire kjelder, definert under oppstarten	Analysemetodar avhenger av kjeldenes art	- Møte med RHF-et, HF-a og dei private inst. - Sluttpresentasjon for revisjonskomité og ev. andre	Brev

Metodisk har vi nytta intervju, dokumentgransking og analysar av offentleg statistikk, primært talmaterialet innrapportert til Norsk Pasientregister (NPR) for 2010/ 2011 og til Helse Vest RHF.

Internrevisjonen har hatt samtalar og intervju med informantar i ulike roller i systemet: Leiinga i dei fire føretaka som ligg under Helse Vest RHF, leiinga på dei ulike institusjonane, behandlarar og pasientar. I tillegg har vi intervjuar representantar frå kommunar i de fire føretaka, KORFOR og brukarorganisasjonen RIO. Tilsaman er det gjennomført 65 intervju med 101 personar.

Ei nærare omtale av kriterier, metode og kjelder ligg i rapporten sitt [vedlegg](#). Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektets formål og problemstillingar.

FAKTA OG VURDERINGAR

1.3 TILBODET I HELSE VEST

I denne delen av rapporten vurderer vi:

- Korleis er tilbodet beskrive i styringsdokumenta?
- Korleis er tilbodet innan TSB organisert i dei ulike føretaka?
- Kva krav til fagleg kompetanse har institusjonane og tilfredsstiller dei desse krava?
- Kva internkontrollsystem har institusjonane etablert?
- Korleis er samarbeidet mellom institusjonane, mellom institusjonane og leing og mellom institusjonar og andre tenesteytarar?

Vi starter likevel med eit oversyn over aktørar og omfanget av tilbodet

1.3.1 OVERSYN

1.3.1.1 ANSVARET TIL RHF-ET

Behandling innan TSB er i hovudsak regulert av spesialisthelsetenestelova, helsepersonelllova og pasientrettighetslova. Omfanget på tilbodet, hovedlinjene i innhaldet i tilbodet og kven som skal yte TSB er regulert av Helse Vest RHF.

Ansvar til dei regionale helseføretaka omfattar:

- avrusing som krev tett medisinsk oppfølging
- helsefagleg vurdering, utgreiing og kartlegging av behandlingsbehov
- spesialisert (vesentleg helsefagleg) behandling, poliklinisk eller i institusjon
- sosialpedagogiske tiltak
- institusjonsplassar som kan ta i mot rusmiddelmissbrukarar med heimel i helse- og omsorgstenestelova § 10-2, § 10-3 og § 10-4.

Alle fire helseføretak i regionen har ansvar og tilbod innan TSB. Vidare har regionen avtalar med seks private tenesteleverandørar, sjå seinare avsnitt om organiseringa.

1.3.1.2 TILBODET

Alle institusjonane i Helse Vest som yter tenester innan TSB, gir tilbod om døgnbehandling. I tillegg gir dei tilbod om ulike tenester som avrusing, stabilisering og utgreiing, dagtilbod, utadretta tenester og polikliniske tenester (sjå [vedlegg](#)).

I tillegg er det psykiatriske ungdomsteam (PUT) i Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger som gir polikliniske tenester til unge rusmiddelavhengige (16-35 år).

Samla utgjør polikliniske tenester det største volumet.

Føretaka gir og behandlingstilbud til rusmiddelavhengige på psykiatriske einingar, i forsterka avdelingar og til pasientar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Behandlinga innan TSB overlappar i mange tilfeller med tilbudet som blir gitt innan psykisk helsevern.

1.3.1.3 TAL BEHANDLINGSAKTIVITET

Alle einingar som tilbyr TSB skal rapportere til Norsk Pasientregister (NPR), det gjeld både private institusjonar og helseføretaka. Både NPR og bransjen gjer skriftleg og munnleg uttrykk for at dei ikkje stoler på tala.

I [første tertialrapport 2012](#) frå NPR blir det vist til 10 einingar i landet som ikkje hadde rapportert inn situasjonsdata for behandlingsspart for denne perioden i 2012, og heller ikkje i 2011. I vår region gjeld det Helse Bergen HF.

[Årsstatistikken for 2011](#) er full av atterhald om datakvaliteten. Tilsynelatande endringar frå år til neste forklarast med endringar i registreringspraksis, feilregistrering og manglande registrering. Store avvik vert til dels heller ikkje kontrollerte. Dette gjeld dei fleste institusjonane i Helse Vest sitt område, der ein i tillegg fekk effekten av endringar i aktørbildet etter anbod.

I konklusjon seier NPR at ein må vere varsam i det man nyttar desse dataene, og seier at tal er «å regne som eksempler for å vise innhold i rapporterte situasjonsdata.» Internrevisjonen har valt å sjå bort frå NPR-tal, og ser dei som lite brukeleg styringsinformasjon.

I årsmelding for 2011 skriv Helse Vest RHF følgjande: Tverrfagleg spesialisert rusbehandling "har vore eit av satsingsområda for Helse Vest også i 2011. Kapasiteten innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er betydeleg utvida i 2011, både hos helseføretaka og hos private avtaleleverandørar. I 2010 hadde Helse Vest 292 døgnplassar i TSB, i 2011 hadde vi til samanlikning 338 døgnplassar (12 av dei fall bort 31.12.2011)".

Vi tar her med dei tal privatinstitusjonane har rapportert inn til Helse Vest. Etter kva vi forstår, skal det vere semje om dei. Det er blitt sagt at dei private står for om lag 60 % av tilbudet i regionen. Vi har ikkje her tatt med tall for føretaka.

Tabell 1 – Døgnplasser 2011 (Kjelde: Helse Vest RHF og institusjonane)

Type døgnplassar	Tal på liggedøgn rapportert	Plassar ny avtale	Forventa liggedøgn	Belegg i prosent
Avrusing				
Bergensklinikkene	7 874	22	8 096	97 %
Rogaland A- senter	3 890	12	4 362	89 %
Stabilisering og utgreiing				
Bergensklinikkene	2 251	12	4 308	52 %
Kalfaret behandlingssenter	36		10	360 %
Haugaland A- senter	2 095	8	2 872	73 %
Rogaland A- senter	2 377	6	2 154	110 %
Frelsesarmeens behandlingssenter	541	6	2 154	25 %
Døgnklinikk				
Bergensklinikkene	10 991	28	10 244	107 %
Haugaland A- senter	5 165	20	7 264	71 %
Rogaland A- senter	5 069	15	5 475	93 %
Frelsesarmeens behandlingssenter	3 842	12	4 380	88 %
Valdresklinikken	2 203	6	2 190	101 %
Døgnklinikk for unge				
Bergensklinikkene	1 905	10	3 590	53 %
Kalfaret behandlingssenter	5 343	15	5 457	98 %
Døgnplassar totalt				
Bergensklinikkene	23 021	72	26 238	88 %
Kalfaret behandlingssenter	5 379	15	5 487	98 %
Haugaland A- senter	7 260	28	10 136	72 %
Rogaland A- senter	11 336	33	11 973	95 %
Frelsesarmeens behandlingssenter	4 383	18	6 543	67 %
Valdresklinikken	2 203	6	2 190	101 %

Tabell 2 – Dagplassar 2011 (Kjelde: Helse Vest RHF og institusjonane)

	Tal på dagopphald rapportert	Forventa dagopphald	Belegg i prosent
Bergensklinikkene	1 720	3 231	53 %
Haugaland A- senter	1 330	1 130	118 %
Frelsesarmeens behandlingssenter	20	1 104	2 %

Tabell 3 – Polikliniske og utadretta tenester 2011 (Kjelde: Helse Vest RHF og institusjonane)

Type teneste	Konsultasjonar rapportert	Forventa produksjon	Prosent oppnådd
Polikliniske tenester			
Bergensklinikkene	9 485	12 000	79 %
Kalfaret behandlingssenter	226	984	23 %
Haugaland A- senter	3 452	4 020	86 %
Rogaland A-senter	6 114	6 365	96 %
Utadretta tenester			
Bergensklinikkene	641	984	65 %
Kalfaret behandlingssenter	148	148	100 %
Haugaland A- senter	202	315	64 %
Rogaland A- senter	41	394	10 %

1.3.2 TSB I STYRINGSdokUMENTA

I «[St.mld.nr. 30 \(2011/2012\)](#) Se meg! En helhetlig ruspolitikk» blir samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane vektlagt, i tillegg understreker den at det faglege innhaldet i behandlingstilbodet bør styrkast.

I [Oppdragsdokument for 2012](#) frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Vest er det eit overordna mål at pasientane innan TSB skal oppleve gode og heilskaplege pasientforløp, mellom anna ved at tenestene skal vere samordna med tenester innan psykisk helsevern og somatikk, og ved at spesialisthelsetenesta skal ha gode rutinar for samhandling med kommunale tenesteytarar. Dette skal gjelde både ved avslutta behandling og ved behandlingsavbrot. Det skal vere gode rutinar for raskt reinntak i TSB ved behandlingsavbrot. I tillegg skal det etablerast behandlingsførebuande tiltak for rettigheitspasientar i samarbeid med kommunane. Det skal vere høg kompetanse og kvalitet i tenestetilbodet.

Styringsdokumenta for dei ulike føretaka har i hovudsak same målsettingar.

Både «[Helse 2020](#)» (vedteke i styret i Helse Vest 06/2011) og «[Regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk](#)» (vedteke i styret i Helse Vest RHF i 06/2006) har som overordna mål å tilby meir heilskaplege behandlingstilbod/ samanhengande pasientforløp til rusmiddelavhengige. Det vert understreka i «Regional plan» at dette vil krevje ei nærare koordinering mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, og at tenestene innan TSB må samordnast med utviklinga innan psykisk helsevern og somatikk. «Regional plan» vurderer at helseføretaka sitt ansvar innan TSB må styrkjast, og det anbefalast å utarbeide lokale avtalar om arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private ideelle institusjonane Helse Vest RHF har ein avtale med.

I følge «Helse 2020» skal det utarbeidast eit tillegg til den regionale planen i 2012. Den ligg ikkje føre på noverande tidspunkt.

1.3.3 ORGANISERING AV TILBODET INNAN TSB

1.3.3.1 AKTØRANE

Mykje av aktiviteten knytt til tverrfagleg spesialisert behandling (TSB) i Helse Vest blir utført av private ideelle institusjonar som har avtale med Helse Vest RHF. Dei fire helseføretaka har også eigne behandlingsplassar for rusmiddelavhengige.

Tilsaman er det 11 institusjonar innan regionen og ein utanfor regionen som yter TSB. Seks av desse er private tenesteleverandørar. Det er og TSB-døgnplassar på nokre av dei distriktpsikiatriske sentrene (DPS-ane) i føretaka. I tillegg blir det gitt behandling

til rusmiddelavhengige både på poliklinikkar innan TSB og på psykiatriske poliklinikkar/ avdelingar.

Dei seks private ideelle institusjonane er:

- Stiftelsen Bergensklinikkene og Kalfaret behandlingssenter i Helse Bergen,
- Haugaland A-senter i Helse Fonna,
- Rogaland A-senter og Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter i Helse Stavanger, og
- Valdresklinikken som ligg utanfor regionen.

Dei seks institusjonane som ligg under helseføretaka er:

- Nordfjord DPS og Tronvik i Helse Førde,
- Floenkollektivet og Seksjon Askøy i Helse Bergen,
- Karmøy DPS i Helse Fonna, og
- Gauselskogen og Veksthuset i Helse Stavanger.

Vi går i det følgjande nærare inn på korleis føretaka og institusjonane organiserer seg, og starter med helseføretaka.

1.3.3.2 HELSEFØRETAKA SI ORGANISERING AV TSB

REVISJONSKRITERIER

Helselovgivinga gir føringar som er bindande for korleis dei regionale føretaka skal innrette helsetenestetilbodet til befolkninga sitt behov. Samstundes har dei regionale helseføretaka stor fridom i å organisere tenestetilbodet til befolkninga. For eksempel kan tenestetilbodet innan TSB organisatorisk vere knytt til einingar som og gir tenestetilbod innan psykisk helsevern.

Behandling innan TSB er mellom anna regulert av spesialisthelsetenestelova, helsepersonellova og lov om pasientrettar.

I samband med rusreforma, sette styret i Helse Vest RHF i gang prosessar for å sikre eit betre og meir fullstendig behandlingstilbod til rusmiddelavhengige. Regionale styringsdokument anbefalte å gjere dette mellom anna ved å styrkja den helsefaglege profilen innan tenestetilbodet, styrkja avrusingstilbodet, forbetra kunnskapen om rus i spesialisthelsetenesta, auka brukarmedverknaden og utforma gode tilbod innan TSB med private tenesteleverandørar. Tilsaman skulle dette på ein betre måte leggja til rette for heilskaplege pasientforløp.

FUNN

I Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde er tenestene innan TSB organisatorisk plassert under psykisk helsevern. Organiseringa under psykisk helsevern er i hovudsak grunna i ein tanke om at det vil gje eit betre samarbeid med psykiatrien og

andre deler av spesialisthelsetenesta. Dette kan igjen gje betre forståing av pasientane sine vanskar, og auka moglegheita for samanhengande pasientforløp.

I Helse Bergen ligg alle tilbod innan TSB under Avdeling for Rusmedisin (AFR), som er ei nivå 2-eining på same nivå som psykiatrisk divisjon. AFR blei oppretta i 2009, og målsettinga var å sikre at rusmiddelavhengige får eit forsvarleg helsetilbod innan spesialisthelsetenesta.

I dag er det til saman 15 vurderingseiningar i regionen, to av desse er hos private tenesteleverandørar. Vurderingseiningane i tre av føretaka er knytt til institusjonar, poliklinikkar eller DPS-ar. Helse Bergen har ei sentral vurderingseining. Vi kjem nærare inn på denne organiseringa [seinare](#) i rapporten.

Samla inntrykk frå intervjurundane er at dei fleste er nøgde med den måten føretaka dei ligg under, har organisert tenestene innan TSB på.

Dei siste tre åra har det vore ei endring og ei auke i tenestetilbodet innan TSB i føretaka.

- I Helse Førde har det på Tronvik komme 15 nye døgnplassar, sju av plassane er til avrusing/ stabilisering. Ved Nordfjord DPS er det også bygd opp ein ruspost med ti sengeplassar for rusmisbrukarar med behov for institusjonsopphald.
- I Helse Bergen overtok føretaket Askøy Blå Kors Klinikk (no Seksjon Askøy) etter anbudsrunder i 2010, der er det no opna ein ny stabiliseringspost. Den nye stabiliseringsposten har imidlertid ikkje auka talet behandlingsplassar. Helse Bergen har og i samarbeid med Bergen kommune oppretta ein akuttpost ved Bergen legevakt.
- I Helse Fonna er talet på avrusingsplassar ved Haugesund sjukehus auka.
- Helse Stavanger har fått seks nye døgnplassar ved Ryfylke DPS (LAR-pasientar vert prioriterte) i tillegg til at Veksthuset blei etablert våren 2011. Gauselskogen behandling- og rehabiliteringseining er utvida med fem nye plassar.

1.3.3.3 ORGANISERING AV DEI PRIVATE TENESTELEVERANDØRANE

Då dei regionale helseføretaka overtok behandlingsansvaret for rusmiddelavhengige i 2004, gjekk dei inn i dei avtalane fylkeskommunane hadde med private tenesteleverandørar. Avtalane med dei private rusinstitusjonane i Helse Vest gjekk ut 31. desember 2010, for etter årsskiftet å bli avløyst av nye avtalar. Avtalane er tidsbegrensa og varer i fire år.

Helseføretaka har det koordinerande ansvaret for behandlingstilbodet til rusmiddelavhengige i sitt opptaksområde. Samstundes er dei private tenesteleverandørane sjølvstendige einingar som har eit ansvar for at behandlinga dei gir, tilfredsstillar dei lover og forskrifter som gjeld for tverrfagleg spesialisthelseteneste.

Dei har eigne styringsdokument og verksemdplanar, og eigne internkontrollsystem. Fleire av institusjonane er del av nasjonale, ideelle organisasjonar som Blå Kors, Kirkens Bymisjon og Frelsesarmeen, som også kan komme med føringar for drifta av institusjonane.

Dei nye avtalane skulle gi eit meir fleksibelt tenestetilbod til rusmiddelavhengige i regionen og betre moglegheiter for samhandling, samanlikna med tidlegare avtalar. Mellom anna skulle dei sørge for akutte tenester i krisesituasjonar, ambulante og oppsøkjande tenester og døgnplassar for stabilisering og utgreiing. I avtalane låg og ei auke i allereie eksisterande tenester, som polikliniske tenester, utadretta tenester, dagplassar og døgnplassar.

Dei private tenesteleverandørane rapporterer til Helse Vest RHF etter dei krava som er nedfelt i avtalane

1.3.4 KRAV TIL FAGLEG KOMPETANSE

1.3.4.1 REVISJONSKRITERIER

Spesialisthelsetenestelova seier at verksemdene som driv spesialiserte helsetenester skal sørge for at tilsett helsepersonell blir gitt opplæring, etterutdanning og vidareutdanning dersom dette er nødvendig for at desse kan utføre sine oppgåver på ein forsvarleg måte. Det er også eit krav om at vurdering av tilvisingar til spesialisthelsetenesta skal gjerast av tilsette som har tilstrekkeleg kompetanse for å kunne tilby dei helsetenester som omfattas av «sørge for»-ansvaret.

Rusreforma i 2004 ([Helse- og Omsorgsdepartementet, 2004](#)) sette opp nokre vilkår for kva som er god behandling innan TSB, mellom anna at behandlinga skal vere tverrfagleg samansett av sosialfagleg og helsefagleg kompetanse. Følgjande yrkesgrupper skal minimum vere tilgjengelige: lege, psykolog (minimum ein av dei spesialist), sjukepleiar og sosionom/ anna personell med sosialfagleg høgskuleutdanning. Det same kravet gjeld for vurderingseiningane innan TSB.

1.3.4.2 FUNN

Tabell 4 – Årsverk hos dei private leverandørane (Kjelde: Helse Vest RHF, 2012)

	Lege	Psykolog	Sykepleier	Andre helsefagl.	Sosialfaglige	Andre	Sum
Kalfaret behandlings-senter	0,4	4	3,2	5,5	6,1	7	26,2
Bergensklinikkene	8,2	20,1	29	23	11	9,5	100,8
Haugaland A-senter ¹	1,1	8	10,64	4,27	9,5	2	35,51
Frelsesarmeens behandlingssenter	0,3	2	2,15	5	9,2	7	25,65
Rogaland A-senter ²	4,8	11	16,3	13,4	2,4	2	45,3
Valdresklinikken (andel årsverk tildelt våre 6 avtaleplasser)	0,33	0,06	2,34	0,3	0,68	1,67	5,38
Sum	15,03	40,76	58,79	48,2	38,38	29,17	230,33

Ei vurdering av den skriftlege dokumentasjonen og informasjon gitt i intervju, viser at føretaka og institusjonane i all hovudsak tilfredsstillar lovkrava om tverrfagleg samansett kompetanse i vurderingseiningane og i behandlingstilbodet. Alle institusjonane og alle føretaka har kompetanseplanar for dei tilsette, og dei som har blitt spurt bekreftar at dei legg til rette for vidareutdanning i tråd med mellom anna psykologforeininga og legeforeininga sine retningslinjer for spesialisering.

I intervju kjem det fram at det ved fleire av institusjonane på tidspunkt for undersøkinga er ei utskifting av legeressurs, eller mangel på fast tilsett lege. Det er vanskeleg ut frå internrevisjonen si undersøking å seie om dette er eit enkeltstående augeblinksbilet, eller om det er uttrykk for eit meir vedvarande problem. Tradisjonelt har det vore vanskeleg å få til stabil legedekning i rusinstitusjonar. Dette kan bli betre etter at regjeringa i juni 2012 vedtok å etablere spesialisering i rus- og avhengigheitsmedisin for legar.

1.3.5 SYSTEM FOR INTERNKONTROLL, KVALITETSOPPFØLGING OG RAPPORTERING

1.3.5.1 REVISJONSKRITERIER

Helsetenesta blei i «Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten» frå og med 1994, pålagt å etablere system for internkontroll. Internkontrollsystemet skal sørge for at verksemder og tenester planleggast, utførast og blir haldt ved like i samsvar med krav eller lover og forskrifter.

¹ Tala for Haugaland A-senter er korrigererte etter nye opplysningar frå senteret.

² Psykologtalet for Rogaland A-senter er korrigererte etter nye opplysningar frå senteret. Dersom ein inkluderer kompetansesenteret er der 13 psykologer.

Institusjonar som tilbyr spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk vil vere helseinstitusjonar etter spesialisthelsetenestelova, og vil såleis vere omfatta av dei retter og plikter som loven legg på helseinstitusjonar. Dette inneber til dømes at institusjonane er forplikta til å ha eit pasientjournalssystem, og at informasjons- og journalsystema ved verksemda skal vere forsvarlege.

Institusjonane skal mellom anna rapportera til Norsk Pasientregister (NPR). Data som rapporterast frå TSB skal danne grunnlag for god styringsinformasjon til myndigheitar, tenesteytarar og forskarar. Det skal vidare gje grunnlag for regionale og nasjonale oversiktar og for internasjonal rapportering.

Internrevisjonen fikk tilsendt dokumentasjon frå føretaka og dei ulike institusjonane sine internkontrollsystem.

1.3.5.2 FUNN

INTERNKONTROLLSYSTEM

Ein gjennomgang av den tilsendte dokumentasjonen og informasjon gitt i intervju, indikerer at alle institusjonane og føretaka har eit system for internkontroll. Vi har ikkje gått i detalj på dette, eller søkt etter manglar. Dei fleste synest å ha eit internkontrollsystem som beskriv prosedyrar knytt til pasientbehandling, brukar-medverknad, rapportering, avviksmeldingar, planar for kompetanseutvikling og organisering/ mål for verksemda som kan leggst til grunn for å utvikla gode rutinar og praksis på dei gjeldande områda.

RAPPORTERING

NPR- rapporteringa er automatiske uttrekk frå fagsystema, og gir informasjon om alle som venter på eller får behandling i spesialisthelsetenesta. Feil i NPR-data medfører og feil i offisiell statistikk.

Både leing, behandlarar og merkantilt personale rapporterer pasientdata. Fleire gir uttrykk for at dei opplever NPR som ei upåliteleg kjelde, og har erfart at Helse Vest RHF har henta ut tal institusjonane sjølve ikkje kjenner seg igjen i. NPR skal tilbakemelde tala til institusjonane slik at dei får korrigerert, men innan dette skjer er tala ofte allereie offentleggjort. Fleire uttrykker at dei er oppgitt over gjeldande registreringspraksis og meiner det tar for mykje tid, samstundes som dei vurderer at tala ikkje seier noko om kvaliteten på tenestene som ytes.

NPR går sjølve langt i å beskrive rapporteringa frå institusjonane og eigne tal som upålitelige. Helse Vest RHF har vært nøydtt til å bruke eigne rapporteringsordningar for å mellom anna følgje opp avtalane med private tenesteleverandørar.

IT-STØTTE

Dei institusjonane som ligg under føretaka nyttar DIPS som journalsystem, medan dei private nyttar Rusdata. Dette inneber at fleire vurderingseiningar og institusjonar ikkje kan kommunisera med kvarandre. Følgjeleg må ein del informasjon gå via post, og så skannast inn/ leggjast manuelt inn i journalsystemet.

Dei fleste spurde i vurderingseiningane opplever dette som tungvint. I intervju seier fleire at tilviserane som regel ikkje er klar over at vurderingseiningane og institusjonane ikkje har tilgang på same data. Dei skriv derfor til dømes «pasienten forutsettast kjent», og gir derfor mindre opplysingar om pasienten enn dei kanskje elles ville gjort. Dette kan forsinke vurderingsprosessen, då vurderingseiningane må bruke meir tid på å hente inn informasjon som ligg hos andre verksemdar.

1.3.6 SAMARBEIDSAVTALAR

1.3.6.1 REVISJONSKRITERIER

Nasjonale, regionale og lokale styringsdokument vektlegg samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunane for å leggje til rette for samanhengande pasientforløp. Same styringsdokumenta vektlegg òg samarbeid mellom føretaka og private tenesteleverandørar, og samarbeid innan spesialisthelsetenesta.

I følge spesialisthelsetenestelova har helsepersonell i spesialisthelsetenesta rettleiingsplikt overfor kommunehelsetenesta.

1.3.6.2 FUNN

SAMARBEIDSAVTALAR MED KOMMUNANE

Alle helseføretaka har samarbeidsavtalar med kommunane i sitt føretaksområde. Avtalane skal sikre ei tydeleg ansvarsavklaring i pasientarbeidet, og skal leggja til rette for heilskaplege pasientforløp. I styringsdokumenta til helseføretaka er det formalisert årlege møter mellom HF-a og kommunane.

Gjennom intervju kjem det fram at dei fleste er nøgde med samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, men at dei i liten grad er kjent med innhaldet i dei ulike samarbeidsavtalane. Dei fleste som er spurte trekk fram personlege relasjonar til samarbeidspartnar som årsak til god samhandling, og ikkje system. Tilsette i spesialisthelsetenesta oppgjer at dei synes det er vanskeleg å få oversikt over dei ulike kommunane si organisering av rusomsorgen og deira tilbod til rusmiddelavhengige. Dei oppgjer òg at det er vanskeleg å få kommunane til å ta ansvar for bustad til pasientar som er utskrivingssklare.

SAMARBEID FØRETAKE OG PRIVATE TENESTELEVERANDØRAR

Helseføretaka har eit koordinerande ansvar når det gjeld tilbodet til rusmiddelavhengige i sine føretaksområder, og har ulike samhandlings- og utviklingsarenaer kor private tenesteleverandørar i føretaksområdet deltar.

Eit eksempel er *Samarbeidsforum for rus* som Helse Stavanger har etablert på leiarnivå, for å koordinere og samordne eigne tilbod med dei private tilboda i føretaksområdet. Forumet består av leiarar både hos private tenesteleverandørar og offentlege tilbod på tvers av fagfelte rus, psykiatri og somatikk. Dei fleste som er intervjuet uttaler at dei ikkje skil mellom offentlege behandlingstilbod og private tenesteleverandørar, og at samarbeidet dei i mellom er godt.

SAMARBEID MED ANDRE DELAR AV SPESIALISTHELSETENESTA

Rusmiddelmisbruk er ein sentral del av sjukdomsbiletet hos pasientar i alle delar av spesialisthelsetenesta, og rusmiddelmisbrukarar har ofte behov for tenester frå andre deler av spesialisthelsetenesta. Samarbeid på tvers av dei ulike delane av spesialisthelsetenesta er derfor nødvendig.

- I Helse Bergen er det til dømes etablert ein akuttpost på Bergen legevakt. Denne posten har eit særleg fokus på rusmiddelavhengige, og kan både sende og motta pasientar frå somatisk og psykiatrisk akuttinntak. Dette er eit samarbeid mellom Helse Bergen og Bergen Legevakt.
- I Helse Stavanger er det eit eige Rus-Somatikk- Psykiatri- team (RPS-team) som kan bidra inn i pasientsaker som er komplekse og krev tenester frå ulike deler av spesialisthelsetenesta.
- Helse Stavanger og Haugaland A-senter har kvar sin rusmiddelkonsulent, som tilbyr tenester til pasientar i somatisk avdeling med eit eventuelt problematisk rusmiddelmisbruk.

Når det gjeld samarbeid med andre deler av spesialisthelsetenesta, oppgjer dei som er spurt at det kan vere vanskeleg å jobbe opp mot andre deler av spesialisthelsetenesta. Dette fordi dei opplever at denne pasientgruppa lett blir stigmatisert, særleg innan somatiske helsetenester.

1.3.7 VURDERING AV PROBLEMSTILLING 1, ORGANISERING

1.3.7.1 TSB I STYRINGSdokUMENTA OG ENDRING

Det blei tidleg etter reforma i 2004 utarbeidd ein regional plan for TSB. Styret vedtok planen i 2006, noko som etter kvart er blitt ei stund sidan. I følge siste versjon av "Helse 2020" skal det utarbeidast eit tillegg til denne planen. Det ligg på revisjonstidspunktet ikkje føre.

Etter rusreforma sette styret i Helse Vest RHF i gang ein prosess for å auke behandlingsskapasiteten og betre behandlingstilboda innan TSB. Dei nye tilboda synest vere på plass ved tidspunkt for internrevisjonen si undersøking, med unntak av eit par institusjonar som melder om vanskar med å få nok pasientar til anten poliklinisk behandling eller til dagtilbod. Helse Vest RHF er informert om desse forholda.

1.3.7.2 FAGLEG KOMPETANSE

Internrevisjonen finn ved tidspunkt for undersøkinga at kompetansen i vurderingseiningane og i behandlingstilbodet er tverrfagleg samansett og spesialisert. Internrevisjonen finn og at mange av institusjonane har ei svært stabil personalgruppe med lang erfaring innan rusbehandling. Alle institusjonane legg til rette for spesialisering for dei ulike faggruppene i henhold til dei ulike fagforeiningane sine retningslinjer.

Utnytting av kompetansen er forøvrig noko vi kjem tilbake til seinare i rapporten.

1.3.7.3 INTERNKONTROLLSYSTEM

Alle føretaka og institusjonane har utvikla system for internkontroll som omfattar dei fleste delane av drifta. Internrevisjonen har ikkje grunnlag for å konkludere i kor stor grad internkontrollsystemet er kjent av og faktisk nyttast av dei tilsette i føretaka og institusjonane. Vi finn indikasjonar på at det ikkje er tilfelle over alt.

Internrevisjonen understreker at det er svært viktig at dei tilsette blir kjent med internkontrollsystemet og nyttar det aktivt. På den måten kan institusjonane leggje til rette for at alle kan bidra til kvalitetsutvikling og forbetring av ulike sider av drifta. Dersom tilsette har liten kjennskap til system for handtering og registrering av til dømes uplanlagte hendingar og feil, vil ikkje ein kontinuerleg forbetring av verksemda bli oppnådd.

Når det gjeld rapportering og registrering av aktivitetsdata, synest det som at kunnskapsnivået i institusjonane og behovet for merksemd kring statistikk som styringsinformasjon, har eit forbetringspotensiale. NPR bekreftar langt på veg at deira tal kan vere upålitelege. Det er svært uheldig at ein ikkje kan stole på offisiell statistikk.

Alle føretaka og institusjonane oppgir at dei har journalssystem i henhold til helselovgivinga. Dei offentlege institusjonane og dei private nyttar to ulike journalssystem som ikkje kan kommunisere. Dette synest likevel ikkje å utgjere ein risiko for pasientane og behandlinga.

1.3.7.4 SAMARBEID

Det er utarbeidd samarbeidsavtalar innan fleire tenestenivå og mellom ulike tenesteaktørar innan TSB. Avtalane synest likevel å vere lite kjent blant tilsette som sit med pasientansvar og ansvar for samhandling ut mot andre tenesteytarar, og dei fleste her uttrykker at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivå fungerer bra på grunn av gode personlege relasjonar.

Fokuset på viktigheita av heilskaplege behandlingstilbod til rusmiddelavhengige, synes å ha betra tilgangen for denne pasientgruppa til tenester både innan TSB, psykisk helse og somatiske tenestene.

Det synes imidlertid framleis vere potensiale for forbedring, og det er framleis behov for fleire systematiske tiltak retta inn mot samhandling mellom TSB og andre delar av spesialisthelsetenesta.

Vi kjem nærare inn på fleire av desse punkta ut over i rapporten.

1.4 PUNKT TIL OPPFØLGING

I denne delen av rapporten spør vi:

- Korleis har RHF-et fulgt opp kontraktane som blei inngått med private tenesteleverandørar i 2010?
- Korleis har institusjonane fulgt opp Riksrevisjonen si undersøking frå 2010?

1.4.1 RHF-ET SI OPPFØLGING AV AVTALENE

1.4.1.1 REVISJONSKRITERIER

Helse Vest RHF stiller krav til at drifta ved dei private institusjonane skjer i tråd med gjeldande lovgjeving og andre myndigheitskrav.

I kravspesifikasjonen i avtalane Helse Vest RHF inngikk med private tenesteleverandørar i 2011, ligg meir detaljerte krav til kvalitet og resultat. Mellom anna stillest det krav om at institusjonane har eit fungerande internkontrollsystem, at individuell plan utarbeidast for alle pasientar som ønskjer dette, at beleggsprosenten er høg og at institusjonane samarbeider med andre tenesteytarar.

Helse Vest RHF får i hovudsak informasjon om korleis institusjonane oppfyller krava i avtalane ved at institusjonane legg fram dokumentasjon for interne prosedyrar ved inngåing av kontrakt. Produksjonskrav følgjes opp ved tertialvis rapportering. Utover dette følgjes institusjonane opp gjennom årlege møter, eller enkeltvis i møter dersom resultat i aktivitetsrapportering eller andre hendingar skulle tilsei dette.

Dei private institusjonane skal etter avtalen med Helse Vest RHF rapportere tertialvis kapasitet, aktivitetstal, IP, epikrisetid, eventuelle pasientskadar, eventuelle varslar til Helsetilsynet og eventuelle klagesakar kvart tertial til Helse Vest.

Dei skal vidare rapportere forventa ventetider til Fritt Sykehusvalg, poliklinisk aktivitet til NAV, ventelistedata og aktivitetsdata til NPR og sørge for at registreringspraksis er i tråd med nasjonale føringar.

Tal på årsverk skal rapporterast inn til Helse Vest RHF for legar, legespesialistar og psykologar ved utgangen av året.

1.4.1.2 FUNN

Då Helse Vest RHF skulle skrive under dei nye avtalane med private tenesteleverandørar i 2010, blei dei forsinka på grunn av ein rettsprosess. Nye avtalar blei derfor ikkje signerte før 7. januar 2011. Dette medvirka til at leverandørane kom seint i gang med å få lagt om behandlingstilbodet i henhold til dei nye avtalane, i tillegg har det tatt tid å gjere tilbodet kjent og å få tilstrekkeleg med pasientar.

I henhold til avtalane kan Helse Vest RHF gjere trekk i betalinga ved lågare belegg og/eller produksjon enn 90 % gjennom eit heilt år. I 2011 blei nivået for trekk senka til 80 % for å ta høgde for det krevjande oppstartsåret. På grunn av dette vart det ein noko tettare oppfølging enn det som er beskrive ovanfor i 2011.

På oppdrag frå Helse Vest har konsultentselskapet Deloitte i 2012 evaluert mellom anna anskaffinga av TSB-tenester i 2010 ([Styresak 094/12](#)). Internrevisjonen har ikkje gått inn i det same, men vurdert korleis avtalane er fulgt opp i etterkant av signering.

Kort oppsummert konkluderer Deloitte med at konkurransen blei gjennomført etter regelverket. Derimot skriv dei at "*vår undersøkelse har avdekket svakheter i Helse Vest RHF sin kommunikasjon med leverandørmarkedet i forkant av konkurransegjennomføringen*". Dei knytter dette til dei store endringane som låg i denne anskaffinga sett opp mot tidlegare avtaleprosessar. Tilrådinga går på større bruk av dialogkonferansar.

I intervju gir alle dei private tenesteleverandørane uttrykk for at dei ønskjer eit tettare samarbeid med Helse Vest RHF og ein meir løypande dialog. Fleire gir og uttrykk for at dei ønskjer at Helse Vest skal leggje til rette for fleire faglege arenaer og konferansar. Vidare gir dei fleste uttrykk for at det er utfordrande med det økonomiske fokuset i oppfølginga av avtalane, der kvalitetskrav mellom anna er definert som epikrisetid, IP, beleggsprosent og produksjonskrav. Fleire gir i intervju uttrykk for at dette ikkje gir faglege indikasjonar på korleis dei jobbar.

Dei fleste ønskjer og at kompetansen hos dei private tenesteleverandørane hadde blitt nytta meir aktivt inn i rådgeving og utvikling av behandlingstilboda.

Helse Vest RHF uttrykkjer at dei frå tidlegare er kjent med desse ønska frå dei private tenesteleverandørane, men at dei bevisst ikkje vil gå inn i ei fagleg rolle. Dei ønskjer ikkje at den faglege utviklinga innan TSB skal vere forankra i RHF-et, men ute i føretaka der behandlinga føregår.

1.4.2 INSTITUSJONANE SI OPPFØLGING AV RIKSREVISJONEN SI UNDERSØKING

1.4.2.1 REVISJONSKRITERIER

Riksrevisjonen hadde i 2010 ei undersøking av om Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale føretaka hadde etablert eit hensiktsmessig system for oppfølging av tilbodet ved private institusjonar innan rusområdet som hadde avtalar med RHF-a. Det blei og vurdert om dei avtalefesta private behandlingstilboda innan rusområdet tok i vare krav til kvalitet knytt til internkontroll og individuell plan. Denne internrevisjonen er ikkje ein replikasjon av Riksrevisjonen si undersøking, men har mellom

anna undersøkt korleis føretaka og institusjonane tek i vare krav om utarbeiding av individuell plan.

Alle pasientar som har behov for langvarige og samansette tenester innan helse- og sosial har krav på å få utarbeidd individuell plan (IP). IP er eit virkemiddel som kan gi betre og meir samordna tilbod til enkeltpersonar. Plikt til å utarbeidde IP er regulert både i helse- og omsorgstenestelova, spesialisthelsetenestelova og psykisk helsevernlova. Forskrift om individuell plan inneheld ei presisering av at den delen av kommunens helse- eller sosialtenester eller den delen av spesialisthelsetenesta pasienten oppsøker, har ein sjølvstendig plikt til å initiere arbeid med IP.

1.4.2.2 FUNN

Alle føretaka og institusjonane har prosedyrar for utarbeiding av IP. I intervju bekreftar alle at IP er eit verktøy dei har kjennskap til. Dei fleste føretaka og institusjonane gir uttrykk for at pasienten får tilbod om IP, men dei har noko ulikt syn og ulik praksis på i kor stor grad dei oppmodar pasienten til å takke ja til dette. Det varierer òg kor vidt dei tek faktisk ansvar for å utarbeidde IP ved institusjonen.

Ein institusjon seier at dei har praksis på at pasienten skal inn til leiaren ved institusjonen å få meir informasjon om kva IP faktisk er, dersom han/ho takkar nei til IP. Erfaringa er at så godt som alle seier ja til IP etter å ha fått utfyllande informasjon om IP frå leiaren ved institusjonen.

Det kan synest som at institusjonar som tilbyr langtidsopphald er meir tilbøyelege til å initiere IP enn andre. Fleire gir i intervju uttrykk for at ansvarsgrupper der spesialisthelsetenester og andre ressursar rundt pasienten inngår, både er i større bruk og kan vere ei meir fleksibel og tilpassa løysing for pasientar inne på korte opphald enn IP.

1.4.3 VURDERING AV PROBLEMSTILLING 2, OPPFØLGING

Helse Vest RHF følgjer opp dei private tenesteleverandørane tertialvis på krav knytt til mellom anna beleggsprosent, IP, epikrisetid og produksjonskrav. Dei følgjer ikkje institusjonane opp på andre kvalitetskrav som til dømes innhald og kvalitet i behandling, metodebruk, fagleg utvikling eller institusjonanes kvalitetssystem.

Manglande systematisk gjennomgang eller tilsyn med eit eller fleire av desse punkta ber med seg risiko for at avvik frå krav stilt i avtalane mellom Helse Vest RHF og institusjonane ikkje blir oppdaga og fulgt opp. Dette kan medføre ein risiko for at tenestene ikkje har den kvalitet som er påkrevd.

Både frå nasjonalt, regionalt og lokalt hold er det eit ønskje om meir informasjon, kunnskap og empiri om kva som er effektiv og god behandling innan TSB. Indikatorar som kan rapporterast og som seier noko om kvaliteten på tenestene, vil kunne bidra til auka forståing av kva behandling som verkar og korleis ein kan leggje til rette for best mogleg ressursutnytting.

Alle føretaka og institusjonane har prosedyrar for utarbeiding av IP. Internrevisjonen si undersøking viser at det framleis er ulik praksis og forståing knytt til utarbeiding og bruk av dette verktøyet. Nokre institusjonar seier at det ikkje er alle pasientane som ønskjer eller treng IP.

Manglar knytt til IP aukar risikoen for at pasientane ikkje får sine retter ivaretatt, og kan få konsekvensar for behandlinga. Det aukar og risikoen for at dei ulike instansane sitt ansvar og behandlinga ikkje kan ettergå.

1.5 HEILSKAPLIGE PASIENTFORLØP

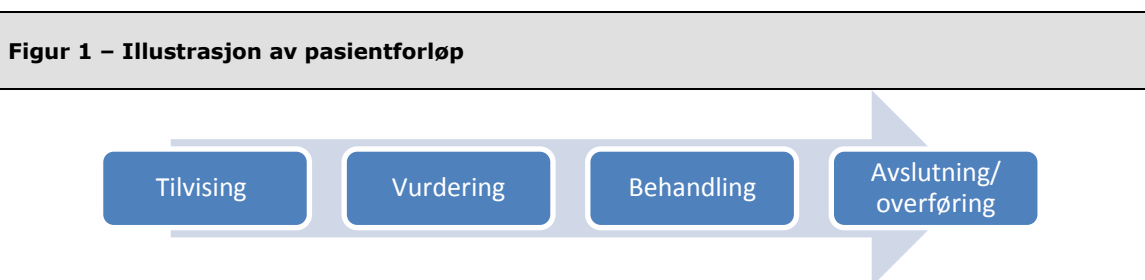
I denne delen av rapporten spør vi:

- Kva for prosedyrar og praksis gjeld for tilvising til TSB?
- Kva for prosedyrar og praksis gjeld for vurdering av tilvisingar?
- Kva skjer mellom vurdert rett til behandling og før behandlinga startar?
- Kva behandlingstilbod har pasientane?
- Korleis fungerer avslutning av behandling og overgangar til andre tenesteytarar?
- Kva system har institusjonane for rapportering?

1.5.1 EIT OVERSYN

Figuren under viser det stiliserte pasientforløpet vi nytta under intervju. Vi har valt å disponere dei følgjande sidene på same måten. Vi er oppteken av å få fram innhaldet i dei prosessane som kvar av boksane viser, men og kva som skjer i overgangen mellom dei med tanke på flaskehalsar eller risikoen for at nokon fell mellom to stolar.

På kvart punkt starter vi med dei krava som gjeld (det vi kallar revisjonskriterier) og følgjer opp med den praksis vi finn innan TSB-feltet på Vestlandet.



Figuren viser både det som skjer i spesialisthelsetenesta og det som skjer utanfor. **Tilvising** til spesialistbehandling kjem frå fastlegar, det kommunale barnevernet eller frå den kommunale helse- og sosialtenesta som kan vere samorganisert med NAV.

Tilvisinga skal så **vurderast** innan ei viss tid av ei eining hos spesialisthelsetenesta med tanke på om pasienten har behov for nødvendig helsehjelp og nytte av den- og dermed rett til slik hjelp. I Helse Vest er det tilsaman 15 vurderingseiningar.

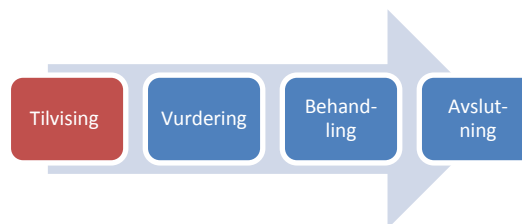
Dersom pasienten får rett til behandling, blir saka sendt vidare til ein behandlande institusjon. **Behandlinga** kan vere poliklinisk eller døgnbehandling over kortare eller lengre tidsrom.

Ved **avslutning** av behandlinga blir pasientansvaret tilbakeført til fastlege, NAV eller kommunal helse- og sosialteneste.

1.5.2 PROSEDYRAR OG PRAKSIS FOR TILVISING

1.5.2.1 REVISJONSKRITERIER

Tilvising til TSB kan komme frå fastlegar/legar frå andre delar av spesialisthelsetenesta og fengselshelsetenesta, sosialtenesta, leder av barneverntenesta, eller frå anna helsepersonell som har rett til å tilvise til spesialisthelsetenesta. Pasienten har etter pasientrettighetsloven rett til å få ei vurdering av sin helsetilstand etter tilvising, og tilvisinga skal vurderast innan 30 dagar etter mottak (innan 10 dagar for pasientar under 23 år).



Tilvisinga må innehalde dei opplysingar som er nødvendige for å vurdere pasientens tilstand. Er tilvisinga mangelfull, må supplerande opplysingar hentas inn. Vurderingseininga kan ikkje avvise eller returnere tilvisingar sjølv om dei er mangelfulle, og tilvisingar som kjem feil skal sendast vidare til rett vurderingsinstans utan opphald.

Helse Vest RHF har utarbeidd ei liste med krav til tilvisinga. Den ligg på [nettstaden](#). Der går det og fram at "Sidan vurderinga helst skal skje poliklinisk, er det naturleg å sende tilvisinga til den vurderingseininga som er nærmast bustaden til pasienten. Pasienten står likevel fritt til å velje ei anna vurderingseining."

1.5.2.2 FUNN

FLEIRE TILVISINGAR

Siste setninga ovanfor betyr at ei tilvising kan sendast til fleire vurderingseiningar i regionen. Som vi skreiv tidlegare er det 15 vurderingseiningar i regionen, to av desse er hos private tenesteleverandørar.

Tabell 5 – Organisering av vurderingseiningar i helseføretaka, fordeling etter pasientmålgruppe

Helse Stavanger (5): • PUT Sandnes • PUT Stavanger • Rogaland A- senter • Oppsøkjande behandlingsteam • LAR Helse Fonna (5): • Karmøy DPS • Haugaland A- senter • Haugaland DPS • Folgefonn DPS • Stord DPS	Helse Bergen: • Avdeling for Rusmedisin Helse Førde (4): • Indre Sogn psykiatrisenter • Nordfjord psykiatrisenter • Psykiatrisk klinikk ved Sentralsjukehuset i Førde • Psykiatrisk poliklinikk Florø
---	---

Dei fleste gir i intervju uttrykk for at denne spreidde løysinga har ein ibuande risiko for at pasienttilvisingar kan belaste arbeidskapasiteten til fleire vurderingseiningar, og at pasientar kan stå på ventelista til fleire institusjonar samstundes. I følgje Helse Bergen var det tidligare målingar som indikerte at slik var tilfelle: Det var tidlegare

målt opp mot 3-4 tusen tilvisingar til alle vurderingseiningane i føretaksområdet i året, mot 2 tusen etter samlinga i ei vurderingseining.

Vi høyrde i andre føretaksområde om tilfelle der ei eining avslo ei tilvising, medan ei anna innvilga rett til nødvendig helsehjelp.

Vurderingseiningane i Stavanger, Fonna og Førde meinte imidlertid at det var liten risiko for "shopping" av vurdering og behandlingssassar, og at de fleste tilvisarar visste kvar dei skulle stile tilvisinga.

TILVISINGSMAL

Dei fleste føretaka og institusjonane seier i intervju at dei ber tilvisarar nytte Helse Vest RHF sin mal. Alle tilvisarar som har blitt intervjuet seier at dei nyttar sitt eige tilvisings-skjema.

MOTTAK AV TILVISINGAR

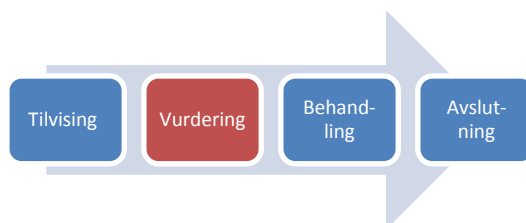
Når tilvisingane kjem til institusjonane blir dei tekne i mot av merkantilt personell eller av rådgjevarar med tre-årig høgskuleutdanning. Tilvisingane kjem alltid skriftleg, anten elektronisk frå fastlegar eller i posten frå andre tilvisarar. Dei blir lagt inn i journalsystemet, anten manuelt eller ved skanning. Fastlegane er dei einaste tilvisarane som kan kommunisera elektronisk med føretaka/ institusjonane.

Dei fleste som har blitt spurt i intervju, gjer uttrykk for at det er tungvint å ikkje kunne kommunisere elektronisk med alle tilvisarane.

1.5.3 VURDERING AV TILVISINGAR

1.5.3.1 REVISJONSKRITERIER

I følge nasjonale retningslinjer skal vurderingseiningane innan TSB ha medisinsk-, psykologisk-, og sosialfagleg kompetanse. Det skal vere minst ein spesialist i psykologi eller psykiatri.



Tilvisinga skal vurderast opp mot tre kriterier:

- **Alvorskriteriet** krev ei vurdering av pasientens tilstand og kva utvikling pasienten mest sannsynleg vil ha dersom hjelpa frå spesialisthelsetenesta vert utsett. Her må ein vurdere grad av rusmiddelmissbruk og kor avhengig pasienten er, og kor store konsekvensar misbruket har for pasienten

- **Nyttekriteriet** krev ei vurdering av om helsehjelpa frå spesialisthelsetenesta vil påverke pasienten sin tilstand til det betre, eller hindre forverring.
- **Kriteriet om kostnadseffektivitet** krev at det skal vere eit rimeleg forhold mellom kostnadane ved behandling eller behandlinga si forventa effekt, når det gjeld å betre pasientens helsetilstand eller hindre forverring.

Vurderingar av pasienten si helsetilstand kan få følgjande resultat:

- **Rett med frist:** Pasienten kan få rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta og får ein frist for når det er fagleg forsvarleg at pasienten mottok hjelp. Fristen må settast slik at helsehjelpa kan ytast på eit tidspunkt kor man ved tverrfagleg spesialisert behandling oppnår forbetring av pasientens helsetilstand, og unngår at tilstanden blir forverra.
- **Ingen rett, men behov:** Pasienten har behov for helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, men får ikkje rett til nødvendig helsehjelp. Det settest ikkje frist for når helsehjelpa seinast skal bli gitt.
- **Ingen rett, ingen behov:** Pasienten har ikkje behov for helsehjelp frå spesialisthelsetenesta og får ikkje rett til nødvendig helsehjelp og.
- **Rett til utgreiing:** Pasienten får rett til utgreiing av rett til nødvendig helsehjelp

Ved vurdering av rett til nødvendig helsehjelp skal det i utgangspunktet berre settast ein frist. Dersom ein trass innhenta opplysingar ikkje finn fagleg grunnlag for å vurdere rett til nødvendig helsehjelp, kan det settast ein frist for utgreiing av rett.

Pasientar som får rett til nødvendig helsehjelp skal bli informert om sine retter og tidspunkt for oppstart av behandling. Denne informasjonen skal og sendast tilvisar.

Det er vurderingseiningane som vurderer om pasientane kan ha nytte av behandlinga innan TSB generelt, og den behandlinga institusjonane tilbyr spesielt. Institusjonane kan ikkje reservere seg mot pasientar som har blitt vurdert rett til nødvendig helsehjelp og som vil kunne ha nytte av den behandlinga institusjonen tilbyr.

1.5.3.2 FUNN

SKRIFTLEGE PROSEDYRAR OG PRAKSIS PÅ VURDERING

Gjennomgang av informasjon som er sendt inn, viser at alle vurderingseiningane har skriftlege prosedyrar på vurdering av tilvisingar. Prosedyrane synest å vere tufta på lovgevinga og den nasjonale rettleiaren for vurdering av tilvisingar til TSB.

INFORMASJONGRUNNLAG FOR VURDERING

Alle vurderingseiningane har skriftlege prosedyrar for å innhente informasjon dersom informasjonsgrunnlaget i tilvisinga ikkje er tilstrekkeleg til å gjere ei vurdering. Dei fleste tilsette beskriv i intervju at dei har fungerande rutinar på å innhente meir

informasjon frå tilvisar dersom det er nødvendig. Dette skjer før saka blir lagt fram i vurderingsmøte.

Dei fleste behandlingsinstitusjonane uttrykker at dei er nøgde med vurderingane som kjem frå vurderingseiningane i sitt føretaksområde. Dei opplever at vurderingane er basert på tilstrekkeleg informasjon om pasienten, og at dei er vurdert grundig opp mot alvors-, nytte-, og kostnadskriteriet. Dei fleste opplever også at pasientane er vurdert med tanke på å passe inn i institusjonen sitt behandlingsopplegg.

Dette argumentet kan ein kanskje forvente i dei institusjonane som sjølve har ei vurderingseining, men vi finn same konklusjon og andre stader.

Mange tilsette, både utanfor og innan Helse Bergen HF, uttrykker imidlertid i intervju at dei somme tider kan vere usikre på om vurderingseininga i Helse Bergen har hatt tilstrekkeleg informasjon til å gjere ei grundig nok vurdering, spesielt gjeld det vurdering av nyttekriteriet. Fleire seier at institusjonane får lite informasjon om pasienten tilsendt frå vurderingseininga i Helse Bergen, sjølv om nokre har opplevd at dei har fått meir informasjon dersom dei har ringt og etterspurt informasjon.

Fleire gir og uttrykk for at dei opplever at pasientane som kjem frå Helse Bergen er mindre førebudd på kva behandling dei skal inn i enn pasientar frå andre føretak, eller at pasientane kjem på svært kort varsel.

INTERNE MØTER

Alle vurderingseiningane som har vore med i undersøkinga bekreftar at dei har jamlege interne vurderingsmøter 1-2 gonger i veka. I tillegg har vurderingseiningane jamlege møter med andre vurderingseiningar i sitt føretak for å drøfte vanskelege sakar, og for å sikra at dei gjer ei lik vurdering av dei same sakene.

Vurderingseininga i Helse Bergen oppgjer at dei på grunn av stor arbeidsbelastning ikkje har hatt interne fagmøter siste tida før revisjonsbesøket (juni 2012), men at dette skal på plass igjen frå hausten 2012. Eininga har hatt ulike vurderingsteam der medarbeidarane sit i fleire team, og gir uttrykk for at dette sikrar erfaringsoverføring internt i eininga.

INFORMASJON FRÅ VURDERINGSEININGANE TIL TILVISAR/PASIENT

Representantar frå kommunale tenesteytarar som er intervju bekreftar stort sett at dei får informasjon om vurderinga innan tidsfristane på 30/10 dagar. Ingen av pasientane som blei spurt kunne huske om dei hadde fått skriftleg informasjon frå vurderingseininga. Fleire av dei kommunale tenesteytarane seier i intervju at det kan vere vanskeleg for pasientane å forstå informasjonen som blir sendt ut frå vurderingseiningane, og at dei ofte må forklare pasientane kva som står i breva. Ein institusjon i

undersøkinga opplyser at dei har tatt konsekvensane av dette, og laga eit pasientbrev som gir meir kortfatta og enklare informasjon om rettighetsvurderinga.

FØRESPURNAD OM Plass PÅ INSTITUSJON ETTER VURDERING

Etter at tilvisinga er vurdert sender vurderingseininga førespurnad til egna institusjon om behandlingssjans. Institusjonane vurderer på inntaksmøte om pasienten er i deira målgruppe med tanke på alder, institusjonens behandlingssjans, og eventuelt samansettinga i pasientgruppa. Ut frå informasjon gitt i intervju synest det å vere sjeldan at pasientane blir avvist, men dersom dei gjer det, sendest tilvisinga tilbake til vurderingseininga som då har ansvar for å finne ein annan behandlingssjans.

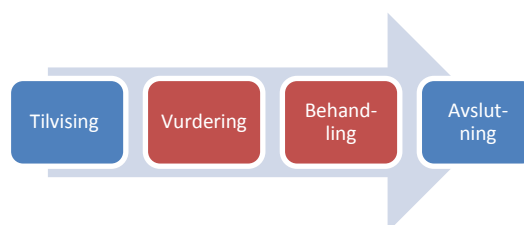
I intervju uttrykker dei fleste institusjonane at dei har ei oppleving av at vurderingseiningane har god kunnskap om institusjonane. Unntaket er nokre erfaringar med vurderingseininga i Helse Bergen, der fleire opplever at Bergen tilsynelatande ikkje veit nok om dei einskilte institusjonane dei sender pasientane til. Resultat er i følge intervjuobjekta at vurderingseininga sender pasientar som ikkje er i målgruppa til institusjonen, eller at dei sender pasientar som ikkje kan dra nytte av behandlinga som blir gitt.

1.5.4 VENTETID MELLOM VURDERT RETT OG BEHANDLINGSSTART VED INSTITUSJON

1.5.4.1 REVISJONSKRITERIER

Dersom pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp skal det vere ein frist for når det er fagleg forsvarleg at pasienten får hjelpa.

Dersom den fastsatte fristen ikkje kan oppfyllest innanfor helseføretaket, pliktar helseføretaket å skaffe pasienten eit anna behandlingstilbod innan fristen, offentleg eller privat, jamfør pasientrettighetsloven.



I nasjonale og regionale styringsdokument blir det lagt vekt på at pasientane skal oppleve heilskaplege og samanhengande pasientforløp. I den nasjonale rettleiaren for vurdering av tilvisingar, blir det anbefalt at pasienten blir overført direkte frå avrusing til vidare behandling.

1.5.4.2 FUNN

OFFISIELLE VENTETIDER

Nettstaden "[Fritt sykehusvalg](#)" inneheld oppdatert informasjon frå dei einskilte institusjonane om ventetider for behandling. Institusjonane rapporterer på fleire lidningar, men vi har i tabellen tatt med berre alkohol og narkotika. Forskjellane er små.

Vi merker oss at rapporteringa blir halden jamleg vedlike. Grunnlaget for tabellen viser at det eldste talet var frå 19.09, det nyaste same dag som tabellen blei kopierte (17.10).

Tabell 6 – Ventetider for behandling for rus (alkohol og narkotika) frå nettstaden "Fritt sykehusvalg", per 17.10.2012

Institusjon	Avrusning	Poliklinisk	Døgn korttid (<6 mnd)	Døgn langtid (>6 mnd)
Bergensklinikkene, Hjelpestadklinikken	-	-	9 uker	-
Bergensklinikkene, poliklinikken	-	8 uker	-	-
Bergensklinikkene, Skutevikenklinikken	2 uker	-	-	-
Frelsesarmeens Behandlingssenter Stavanger	-	-	2 uker	14 uker
Haugaland A-senter, døgnenhet og dagklinik	-	-	17 uker	-
Haugaland A-senter, poliklinikken	-	9 uker	-	-
Helse Bergen HF, Floenkollektivet	-	-	-	18 uker (kun nark)
Helse Bergen HF, psykiatrisk ungdomsteam	-	7 uker	-	-
Helse Bergen HF, seksjon Askøy	-	-	20 uker	-
Helse Fonna, Folgefonn DPS, rusbehandling	-	6 uker	-	-
Helse Fonna, Karmøy DPS, ungdomsenheten	-	3 uker	-	30 uker
Helse Fonna, psykiatrisk ungdomsteam Haugesund	-	16 uker	-	-
Helse Førde, døgnavdeling Tronvik	-	-	-	24 uker
Helse Førde, Indre Sogn psykiatrisenter	-	10 uker (8 uker alkohol)	-	-
Helse Førde, Nordfjord psykiatrisenter	-	6 uker	-	-
Helse Førde, psykiatrisk poliklinikk Florø	-	8 uker	-	-
Helse Førde, psykiatrisk poliklinikk Førde	-	8 uker	-	-
Helse Stavanger, psykiatrisk ungdomsteam Sandnes	-	11 uker	-	-
Helse Stavanger, psykiatrisk ungdomsteam Stavanger	-	4 uker	-	-
Helse Stavanger, Veksthuset Rogaland	-	-	-	25 uker
Kalfaret Behandlingssenter	-	5 uker	-	10 uker
Rogaland A-senter	8 uker	8 uker	22 uker	-

Nettstaden opplyser at dette er indikative ventetider: "Alle henvisninger til sykehus eller behandlingssteder vurderes individuelt. Pasienter med samme diagnose kan få ulike ventetider, avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og andre faktorer som er spesielle for den enkelte. Ventetidene for den enkelte pasient blir fastsatt individuelt. Ventetidene som presenteres her er veiledende og skal være et grunnlag for å skille mellom institusjonene og er ikke en garantert ventetid for hver pasient."

Det går fram av [rettleiaren](#) at ventetid skal reknas frå dagen tilvisinga kjem til vurderingseininga. Såfremt alle held seg til korrekt teljemåte, vil institusjonar utan vurderingseining systematisk framstå med kortare ventetid.

Forventa ventetid er ikkje det same som faktisk ventetid. "Fritt sykehusvalg" presenterer historisk informasjon, men berre ut frå forventningstala. Det

gjennomgåande biletet revisjonen har frå revisjonsbesøka er at faktisk ventetid kan vere frå 6-9 månader, altså jamt lenger tid enn det som går fram av tabellen. Vi kjem tilbake til dette under diskusjonen om fristbrot.

Vårt inntrykk frå intervjuar med tilsette og pasientar var at denne nettstaden var mindre viktig i val av behandlingsinstitusjon. Dersom det var val mellom fleire institusjonar, syntes kunnskapen om institusjonen og institusjonens renommè å vere meir avgjerande enn ventetida.

TO POTENSIELLE VENTEPERIODAR

I undersøkinga kom det fram to potensielle periodar med venting før behandlingsstart i institusjon:

- Etter vurdering og før avrusing/ stabilisering/ behandling
- Etter avrusing /stabilisering og behandling

OPPFØLGING FRÅ SPESIALISTHELSETENESTA I VENTETIDA

Alle føretaka og institusjonane har prosedyrar for om og korleis dei skal følgje opp pasientane før behandlingsstart i institusjon. Praksisen og rutinane knytt til pasientoppfølginga i ventetida varierer likevel.

Føretaka og institusjonane i Stavanger, Fonna og Førde har noko ulik praksis knytt til oppfølging av pasienten i denne tida, men alle gir uttrykk for at dei på ein eller anna måte følgjer opp pasienten. Det kan skje ved å gi pasienten tilbod om poliklinisk behandling eller behandlingførebuarande tiltak, såkalla forvern. Frekvensen og intensiteten i kontakten varierer frå institusjon til institusjon.

Vurderingseininga i Helse Bergen har ikkje oppfølging av pasienten mellom vurdert rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsstart. Dei avsluttar saka etter vurderinga er gjort og ein institusjon har gitt pasienten eit behandlingstilbod. Dei meiner at dersom pasienten har behov for oppfølging av spesialisthelsetenesta i denne perioden, er det i utgangspunktet sett feil frist. Dersom pasienten har behov for anna oppfølging er det tilvisar sitt ansvar, får vi opplyst.

Fleire tilsette i andre føretak og institusjonar har gitt uttrykk for bekymring knytt til vurderingseininga i Helse Bergen sin praksis. Dei meiner at vurderingseiningar i andre føretak, som er knytt til ein poliklinikk eller institusjon, i mykje større grad følgjer opp pasienten i ventetida og dermed sikrar at pasienten er klar for behandling ved institusjon. Det har ikkje komme godt fram korleis og med kor hyppig desse andre vurderingseiningane følgjer opp pasienten i ventetida. Internrevisjonen si undersøking kan heller ikkje seie om vurderingseininga i Helse Bergen sin praksis faktisk fører til auka dropout.

Kommunale tenesteytarar og pasientar seier imidlertid i intervju at det ikkje er deira erfaring at spesialisthelsetenesta er aktiv i denne perioden, uansett føretak eller institusjon. Dei gir uttrykk for at det verkar tilfeldig om pasienten får oppfølging eller ikkje, og at oppfølginga uansett er begrensa.

Fleire kommunale tenesteytarar uttrykker og at forvernsamtalar har lite føre seg, då pasientane ofte er i aktiv rus og ikkje får med seg særleg mye frå den eller dei samtalane.

ANSVARSFORDELING MELLOM KOMMUNAR OG SPESIALISTHELSETENESTE I VENTETIDA

Dei fleste intervjuobjekta, uansett forvaltningsnivå, ga i intervju uttrykk for at dei synest ventetida for behandling innan TSB er for lang. Fleire ga uttrykk for at motivasjon er ferskvare, og at spesialisthelsetenesta burde klare å gi eit tilbod mens pasienten er motivert for behandling.

Fleire kommunale tenesteytarar ga uttrykk for at dei syntes spesialisthelsetenesta ofte svikta ansvaret sitt i ventetida. I intervju kom det òg fram at kommunane ofte legg til rette for eit forsvarleg behandlingsforløp ved at dei betalar for opphald på privat "omsorgsinstitusjon" for pasienten i ventetida. Særleg gjeld dette dersom pasienten har vore til avrusing eller stabilisering, og etter det må vente på behandlingsplass.

Ingen av institusjonane innan TSB som blei intervjuar nemnte bruk av omsorgsinstitusjonane som ein mogleg del av eit behandlingsforløp. Tilbodet ved dei mange institusjonane som helseregionane ikkje har avtale med, men som kommunane bruker ganske hyppig, er knapt heller omtala i den nye [stortingsmeldinga](#) om rus.

DROP-OUT

Dei fleste som blei intervjuar ga uttrykk for at dette er ei ustabil pasientgruppe, kor det både er vanskeleg å få pasientane til å møte og fullføre behandlinga. "Tommelregelen" er at det gjeld tredjeparten av pasientane.

Utfrå internrevisjonen si undersøking syntes det ikkje å vere nokon systematikk kring kven av pasientane som droppar ut; men dei fleste som er spurt oppga at det i tidsrommet før behandling og første tida i behandling var størst risiko for at pasientane droppa ut.

Fleire av institusjonane hadde derfor satt inn nokon ekstra tiltak i denne perioden, som utgang med følgje frå institusjon, ikkje permisjonar eller forbod mot bruk av mobiltelefon.

Samstundes sa samtlege som blei spurt at drop-out ofte hadde årsak i utanforliggende forhold som var vanskelege å kontrollere; som til dømes at pasienten hadde ein trong til å ruse seg eller at pasienten nett hadde fått pengar på kontoen.

I tillegg ga fleire uttrykk for at sosiale forhold var sterkt avgjerande for om pasienten klarte å møte opp til og fullføre behandlinga; om dei til dømes hadde bustad, jobb, sosialt nettverk, familie etc.

Dette blei bekrefta av mest alle pasientane vi intervjuja.

VED FARE FOR FRISTBROT

I undersøkinga teikna det seg eit bilete av to ulike praksisar knytt til å unngå fristbrot.

I Helse Bergen ga dei uttrykk for at dersom institusjonen pasienten er tilvist til ikkje kan innfri fristen som er sett, tek vurderingseininga over ansvaret for pasienten igjen. Vurderingseininga finn då ein annan institusjon, helst innan Helse Vest, som kan ta pasienten innan fristen.

I Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde bekrefta mange av dei intervjuja at pasientane ofte valde pasientutsett frist for å få innfridd ønskje om behandling på ein bestemt institusjon. Pasientutsett frist er omgrepet som nyttast dersom pasientane sjølv gir frå seg fristen som er satt for å få nødvendig helsehjelp. Dei gir likevel ikkje frå seg retten til helsehjelp.

Inntrykket var at institusjonane ofte seier ja når det kjem ein førespurnad frå ei vurderingseining om dei kan ta imot pasienten, sjølv om dei ikkje kan overhalde fristen som er sett for nødvendig helsehjelp. Dette blir formidla til pasienten, som då ofte seier frå seg fristen for å få behandling ved den bestemte institusjonen. Omgrepet *pasientutsett frist* var svært godt kjent blant alle dei behandlarane og leiarane vi møtte, og i kommunane. Mest alle dei pasienthistoriane vi fekk under revisjonsbesøka var av denne karakter.

I høyringsrunden er det ein institusjon som vektlegg at dei ikkje anmodar pasientane å seie frå seg fristen. Dei gir uttrykk for at deira erfaring er at pasientane primært ønskjer behandling på ein stad, og motsett seg behandling andre stader (vald ut frå geografi eller kjennskap til behandlinga). Dei vektlegg og viktigheita av pasientane sin rett til fritt sjukehusval, omsyn til eventuelle barn og moglegheit for samhandling med andre, lokale samarbeidspartnarar som gode argument for å nytte pasientutsett frist.

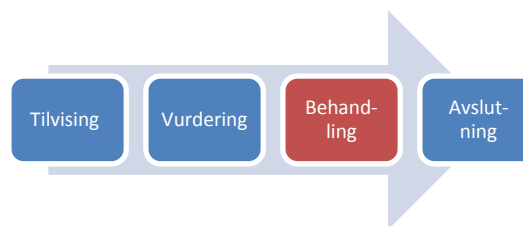
Foruten at ein ikkje tek i vare pasienten sine retter, er konsekvensen av ein nærast systematisk bruk av pasientutsett frist, at føretaka og institusjonane unngår å rapportere fristbrot.

1.5.5 BEHANDLING

1.5.5.1 REVISJONSKRITERIER

I helselovgevinga er helsehjelp definert mellom anna som handlingar som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande eller helsebevarande føremål og som er utført

av helsepersonell. Behandlinga innan spesialisthelsetenesta skal vere forsvarleg, og følgjande forhold skal takast i vare: pasientens rettssikkerheit, respekt for den einskilde pasients liv, integritet og menneskeverd, kontinuitet i behandlinga, pasientens behov for å bli integrert i eit sosialt fellesskap og brukarmedverknad.



Det finst ikkje nasjonale retningslinjer eller anna rettleiing som gir dei regionale helseføretaka informasjon om korleis tenestene innan TSB bør byggjast opp. Helse- og omsorgsdepartementet har opplyst at retningslinjer og rettleiarar for TSB først vil komma innan 2015.

Behandlingsplanar er ein viktig reiskap for å sikre brukarmedverknad og for å gjennomføra regelmessige evalueringar av behandlinga. Det er ein del av det systematiske kvalitetsarbeidet føretaka og institusjonane skal legge til rette for.

1.5.5.2 FUNN

BEHANDLINGSMETODIKK

Dei fleste intervjuobjekta som har blitt spurt, seier at dei saknar nasjonale retningslinjer for behandling innan TSB.

I KORFOR sitt innspel til stortingsmeldinga om rus ([Nr 30 \(2011-2012\)](#)), blir det understreka at tilgjengelige tenester, kontinuitet i behandlinga og eit individuelt tilpassa behandlingsforløp, er viktigare indikatorar på om behandlinga har effekt enn til dømes lengda på behandlinga og om institusjonane nyttar evidensbaserte metodar eller. KORFOR seier vidare at forskning kan tyde på at enkeltbehandlingssekvenser (polikliniske eller døgnbaserte) har relativt lite å seie for korleis rusmiddel-misbrukarane klarar seg.

Dei fleste føretaka og institusjonane har sendt inn dokumentasjon på og fortalt i intervju kva teoriar, metodar, forskning og ideologiske føringar dei baserer behandlinga ved sin institusjon på. Dei fleste har ein behandlingsmetodikk som i større eller mindre grad kjem til uttrykk gjennom det behandlingsforløpet institusjonane legg opp for pasientane.

Inntrykket til internrevisjonen er likevel at dei fleste institusjonane, uavhengig av om dei er private eller offentlege, i stor grad tilbyr pasientane det same: ulike fysiske

aktivitetar, oppgåver knytt til drifta av institusjonen, gruppetilbod, gruppeterapi, individualterapi, medisinsk behandling med meir.

Inntrykket er og at dei fleste pasientane får tilbod om relativt identiske og standardiserte pasientforløp, med dei individuelle tilpassingar ein uansett må kunne forvente i behandlinga av denne gruppa.

KOMPETANSE

Internrevisjonen har i hovudsak intervjuar psykologar som har vore pasientansvarlege behandlarar på døgninstitusjon. Dei har i intervju blitt bedt om å beskrive oppgåvene sine knytt til direkte pasientbehandling og ved døgninstitusjonen. Dei fleste fortel at dei har ansvar for mellom tre og seks pasientar (døgninstitusjon), nokre fleire pasientar der dei har poliklinisk aktivitet knytt til institusjonen.

Psykologane fortel at dersom dei har individualsamtalar er det i hovudsak ein gong i veka, men langt frå alle har faste individualsamtalar med pasientane. Nokre har ansvar for det gruppeterapeutiske tilbodet som blir gitt ved institusjonen, men i mange institusjonar blir gruppene leia av miljøterapeutar/andre enn dei pasientansvarlege behandlarane (psykologane).

På dei fleste døgninstitusjonane har pasientansvarleg psykolog det heilskaplege behandlingsansvaret for pasientane. Det inneber ansvar for utgreiing, utarbeiding av behandlingsplan, miljøterapeutiske tiltak, utarbeiding av individuell plan og samarbeid med andre tenesteytarar. På veldig mange institusjonar svarer psykologane at nokre eller dei fleste av desse oppgåvene er delegert til dømes miljøterapeutane. På nokre institusjonar har pasienten sjølv ansvar for å utarbeide sine behandlingsplanar.

Fleire av pasientane bekreftar dette i intervju; dei har anten ikkje regelmessige samtalar med psykologen ved institusjonen eller dei har ikkje individualsamtalar i det heile tatt. I nokre tilfelle har dei heller ikkje sett den pasientansvarlege psykologen. Dersom dei ikkje har regelmessige individualsamtalar har dei ofte, men ikkje alltid tilbod om gruppeterapi. I praksis kan dei gå gjennom ei innlegging utan å sjå pasientansvarleg psykolog.

Dei fleste leiarar og psykologar gjer uttrykk for at psykologkompetansen blir nytta på ein god måte i tverrfaglege behandlingssmøter. Der er psykologen alltid tilstades, og sikrar på den måten indirekte at det tverrfaglege perspektivet blir tatt i vare.

BRUKARMEDVERKNAD

Føretaka og institusjonane har sendt inn dokumentasjon som syner at dei fleste har prosedyrar som – dersom dei blir nytta – sikrar gode moglegheiter for brukar-

medverknad og utarbeiding av behandlingsplanar. Dei fleste som er spurt, seier at pasienten sin brukarmedverknad blir tatt i vare gjennom behandlingsplanar.

I intervju stadfester dei aller fleste at dei kjenner omgrepet behandlingsplan, men det er ulik praksis knytt til om behandlingsplanar faktisk blir utarbeidd, kven som utarbeidar dei og korleis dei blir nytta i behandlinga.

1.5.6 AVSLUTNING/OVERGANGAR TIL ANDRE TENESTEY TARAR

1.5.6.1 REVISJONSKRITERIER

I følge nasjonale og regionale styringsdokument skal tenestene innan TSB planleggast og organiserast på ein slik måte at pasientane får tilbod om ein samanhengande behandlingsskjede. Det er avgjerande for å lukkast at det vert utvikla gode samhandlingsrutinar mellom og innan forvaltningsnivå.



Det må vere dokumentert korleis samhandlinga med dei kommunale tenestene i løpet av ein behandling er organisert slik at pasienten sikrast ei tilrettelagt oppfølging på kommunalt nivå etter endt tverrfagleg spesialisert behandling. Ein rusmiddel-misbrukar kan ofte ha særlege behov for samordna tenester.

1.5.6.2 FUNN

Dei fleste institusjonane har internkontrollsystem som beskriv prosedyrar som legg til rette for utvikling av god praksis og rutinar rundt samhandling, både i pasientsakar og på systemnivå. Samstundes viser både informantar frå behandlarar, pasientar og kommunale tenesteytarar til at det er svært vanskeleg å få til saumlause overgangar på tvers av forvaltningsnivå.

Informasjon gitt i intervju indikerer at dei fleste tilsette i spesialisthelsetenesta opplever at dei har god dialog med kommunale tenesteytarar i enkeltsakar, noko dei kommunale tenesteytarane stadfester.

Samstundes visar undersøkinga at føretaka og institusjonane opplev vanskar knytt til samhandlinga med kommunar knytt til uklare ansvarsforhold og samkjøring av tenestetilbodet, særleg når det gjeld avslutning av behandling. Fleire uttrykkjer også at det er vanskeleg å forholde seg til organiseringa av rusomsorga dei ulike kommunane, mellom anna fordi det er vanskeleg å få eit overblikk over dei ulike tenestetilboda. Det

er og vanskeleg å finne ut kven som har beslutningsmynde i kommunane i pasientsakar.

Dei fleste uttrykkjer også at dei er usikre på ansvarsforholdet ved utarbeiding av IP. Pasientane kan ha krav på IP, men ofte vil kommunane sjølve avgjere om pasienten skal få IP, eller dei vil utarbeide dette dokumentet sjølve.

At kommunane og spesialisthelsetenesta har elektroniske system som ikkje kommuniserer med kvarandre gjer overføring av IP mellom dei to forvaltningsnivåa vanskeleg. Innhaldet må skrivast inn på nytt, manuelt i det andre systemet.

Dei fleste behandlarane seier at dei sjeldan eller aldri har jobba systemretta opp mot kommunale tenesteytarar utan at det har vore i samband med ei pasientsak. Leiarane i dei ulike føretaka og institusjonane bekreftar derimot at dei jobbar meir systemretta.

Pasientane var svært opptatt av kva som skulle skje etter avslutning av døgnopphaldet sitt på institusjon. Dei mest optimistiske til at dei denne gongen skulle lukkast, hadde alle ein avklart bustadsituasjon å gå til. Dei usikre hadde det ikkje. Likeeins knytter pasientane stor merksemd til kontakt med familie og ein arbeidsplass.

1.5.7 VURDERING AV PROBLEMSTILLING 3, HEILSKAPLEGE PASIENTFORLØP

1.5.7.1 TILVISING

Med organiseringa av vurderingseiningar som er i tre av føretaka, ligg det ein ibuande risiko for at pasientane blir tilvist til fleire vurderingseiningar. Dermed er det både ein risiko for auka belastning av arbeidskapasiteten til fleire vurderingseiningar og auka risiko for at pasientane står på ventelister til fleire institusjonar på same tid. Dette er i så tilfelle ikkje god ressursutnytting. Organiseringa i Helse Bergen med ei sentral vurderingseining sikrar god ressursutnytting på dette punktet.

Alle føretaka og institusjonane oppgjer at dei ber tilvisarane nytte Helse Vest RHF sitt oppsett. Samstundes oppgjer alle dei kommunale tenesteytarane i undersøkinga at dei har eigne skjema dei nyttar ved tilvising. Ei samla vurdering indikerer at dette ikkje synest å vere eit problem; skilnaden på utfyllande/ mindre utfyllande tilvisingar handlar i følgje tilsette i spesialisthelsetenesta meir om kven som skriv tilvisinga, og mindre om kva skjema som nyttast.

Tilvisingane kjem elektronisk frå legar, elles kjem dei på papir pr. post. Dei som har blitt spurt, seier at det er tungvint å ikkje kunne kommunisere med tilvisarane elektronisk, og at det er tungvint å legge inn pasientopplysingar manuelt eller å skanne tilvisingane.

Det er likevel ikkje noko i denne undersøkinga som indikerer at dette utgjer nokon risiko for at pasientane ikkje får sine retter ved tilvising.

1.5.7.2 VURDERING

Alle føretaka og institusjonane har utvikla prosedyrar for vurdering som er tufta på aktuell lovgjeving. Informasjon frå intervjuar indikerer at dei fleste har utvikla gode rutinar og praksis på vurdering av tilvisingar, som sikrar pasienten sine retter.

I internrevisjonen si undersøking har det komme til uttrykk to bekymringar knytt til vurderingseininga i Helse Bergen sin praksis:

- Fleire av dei spurte stiller spørsmål ved om vurderingseininga i Helse Bergen har god nok praksis på å hente inn informasjon om pasienten, der det er nødvendig for å gjere ei vurdering av rett til helsehjelp. Spesielt peiker dei på at vurdering av nyttekriteriet ofte kan synest å vere gjort på grunnlag av lite informasjon.
- Det er uttrykt bekymring knytt til kven som har ansvaret for pasientane som kjem frå Helse Bergen i tidsrommet etter vurdering og før behandling, fordi vurderingseininga her avsluttar saka etter at ein institusjon har gitt pasienten tilbod om behandling

Vi får opplyst at vurderingseininga i Helse Bergen sjølv ikkje har fått mange tilbakemeldingar på at dei vurderer tilvisingar på grunnlag av for lite informasjon.

Vi får vidare opplyst at det er ein bevisst praksis at vurderingseininga i Helse Bergen avsluttar pasientane etter ei vurdering er gjort. Oppfølgingsansvaret ligg i denne perioden til tilvisar i følge Helse Bergen. Fleire har i intervju uttrykt at dei er bekymra for at denne praksisen ikkje legg til rette for heilskaplege pasientforløp og kontinuitet i kontakten med pasienten.

Informasjon gitt frå vurderingseininga i Helse Bergen tyder på at dei har hatt store organisatoriske utfordringar sidan dei blei oppretta, mellom anna ved at dei på kort varsel fekk ansvar for vurdering av alle LAR- pasientane. Dette tok mykje kapasitet vurderingseininga ikkje var dimensjonert for.

I tillegg opplyser leiinga ved Avdeling for rusmedisin at dei på få år har hatt ein vekst frå 5 til rundt 200 medarbeidarar, samstundes som det også har vore høg turn-over i vurderingseininga sidan oppstarten. Vurderingseininga opplyser til internrevisjonen at desse forholda no er på veg til å betre seg.

Dei interne forholda ved vurderingseininga i Helse Bergen, kombinert med at dei sannsynlegvis ikkje har hatt god nok kapasitet eller sett behova av å kommunisere betre ut om sine prosedyrar og praksis til samarbeidspartnarar både i eige og andre føretaksområder, kan sannsynlegvis forklare nokre av dei bekymringane som har komme til uttrykk i intervju.

Internrevisjonen har ikkje grunnlag for å vurdere om vurderingseininga i Helse Bergen har god nok informasjon om pasientane til å vurdere nyttekriteriet. Dersom dei ikkje har det, er det imidlertid ein risiko for at ressursutnyttinga ikkje blir god nok. God ressursutnytting er ikkje berre høgt belegg, det er riktig pasient på riktig plass. Det er derfor svært viktig å gjere ei vurdering av rett til nødvendig helsehjelp på bakgrunn av tilstrekkeleg kjennskap til pasienten.

Internrevisjonen kan heller ikkje ut frå funna i denne undersøkinga seie om Helse Bergen sin praksis på å avslutte pasientane etter vurdering faktisk fører til auka dropout.

Internrevisjonen vurderer òg at dei andre føretaka og institusjonane sin praksis på oppfølging av pasienten i dette tidsrommet kan virke noko tilfeldig og ulikt praktisert, og det er usikkert korleis dei i praksis legg til rette for meir heilskaplege pasientforløp enn Helse Bergen.

Internrevisjonen vurderer uansett at det er svært viktig at alle føretaka og institusjonane har ein praksis som legg til rette for mest mogleg heilskaplege pasientforløp, og færrest moglege brot i denne kjeden.

Internrevisjonen vurderer at vurderingseininga i Helse Bergen kan vere eit godt organisatorisk grep som, når det fungerer, kan sikra gode, objektive vurderingar av pasientane, oversikt over pasientstrømmen, og leggja til rette for høg kompetanse blant dei tilsette til å gjere vurderingar. I tillegg er dette ei god organisering med tanke på at pasientar, pårørande og tilvisarar ikkje har fleire enn ei eining å forholde seg til, noko som gjer ein god oversikt.

Slik sett minner framstår organiseringa i Helse Bergen som ein refleks av den "ei-dør-inn" politikken som vi kjenner frå mange kommunar, der ein gjennom bestillarkontor har forsøkt å lette pasientane sin veg gjennom alle irrgangane i hjelpeapparatet.

1.5.7.3 INFORMASJON TIL PASIENTANE

Fleire, både tilsette i spesialisthelsetenesta, kommunale tenesteytarar og pasientar bekreftar at informasjonen som kjem frå vurderingseiningane i regionen, er vanskeleg å forstå. Dette er ein samansett problemstilling, for det treng ikkje nødvendigvis vere det i seg sjølv at informasjonen er skriven på eit komplisert språk som gjer at pasientane ikkje får eller forstår informasjonen.

Dei kan ha vanskar med å forstå informasjonen fordi dei er i aktiv rus, fordi dei er kognitivt svekka, og det kan vere at informasjonen reint fysisk ikkje kjem dei i hende fordi dei ikkje har fast bustad.

Internrevisjonen vurderer likevel at det kan vere ein auka risiko for at pasienten ikkje får det tilbodet i spesialisthelsetenesta han/ ho har krav på, dersom ein ikkje legg betre til rette for at informasjon om pasientrettar og resultat av vurderinga blir kjent for pasienten.

1.5.7.4 ANSVAR I VENTETIDA

Dei fleste som er intervjuja, meiner at den lange ventetida før behandlinga startar er problematisk. Mange kommunar kjøper plass på omsorgsinstitusjon mellom vurdering og behandling, eller mellom avrusing og behandling. Mange kommunar meiner at spesialisthelsetenesta burde ta meir ansvar i ventetida.

At pasienten ikkje kjem direkte vidare til behandling frå avrusing eller stabilisering kan vere dårleg ressursutnytting, då dette aukar risikoen for at pasienten kanskje må gjennom eit nytt avrusings- eller stabiliseringsopphald fordi han/ ho på eigen hand ikkje har klart å forbli rusfri før behandlingsstart. Dei fleste institusjonane tar ikkje i mot pasientar som ikkje er avrusa.

Samstundes treng ikkje eit opphald mellom avrusing/stabilisering og vidare behandling vere dårleg ressursutnytting. Forsking kan ifølge KORFOR tyde på at rusmiddelavhengige kognitivt ikkje er i stand til å dra nytte av behandling før inntil tre månader etter avrusing. Sett i lys av dette, er faktisk bruk av omsorgsinstitusjonar behandlingsfremmande og god ressursutnytting. Det føreset likevel at ein slik bruk ikkje er tilfeldig, og at det er ein del av eit samanhengande behandlingsforløp som både spesialisthelsetenesta og kommunane tek ansvar for.

Internrevisjonen vurderer derfor at det mest problematiske her ikkje er at det kan gå noko tid mellom avrusing/ stabilisering og behandling. Det mest problematiske er at det ikkje er avklart mellom spesialisthelsetenesta og kommunen kven som har ansvar for pasienten i denne perioden, og at det dermed synest å vere tilfeldig om pasienten blir tatt i vare på ein slik måte at han/ ho er klar for behandling.

Spesialisthelsetenesta har eit klart ansvar for å samarbeide med kommunane i ventetida for rettighetspasientar, før pasienten får tilbod om behandling.

1.5.7.5 PASIENTUTSETT FRIST

I undersøkinga kjem det fram informasjon som tyder på at det er ein systematisk bruk av ordninga med «pasientutsett frist» i Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde. Helse Bergen har ein annan praksis. Informasjon gitt i intervju tydar på at pasientar her, oftare enn i andre føretak, får tilbod om behandlingsplass ved andre institusjonar enn der dei er søkt inn dersom dei går mot fristbrot.

Denne praksisen kan sannsynligvis forklare at mange institusjonar både i og utanfor Helse Bergen sitt føretaksområde, opplever at pasientane som kjem frå vurderings- eininga i Helse Bergen ofte er lite forberedt på kva behandling dei skal inn i, eller kjem på svært kort varsel.

Dette er ei tveegga problemstilling. Er det best å få behandling innan fristen sjølv om det kanskje ikkje er behandling tilpassa pasientens behov, eller er det betre å vente lenger tid på riktig behandlingsstad?

Praksisane ber med seg ulike risikoar: dersom pasienten blir sendt til behandlingsinstitusjon ikkje tilpassa behandlingsbehov, kan det vere dårleg ressursutnytting. Dersom pasienten ikkje får behandling innan fristen som er sett med utgangspunkt i helsetilstanden, undergravar ein pasienten sine retter. Ein ytterlegare konsekvens er at man unngår å rapportere fristbrot.

Internrevisjonen vurderer at det er Helse Bergen som gjennom sin praksis best tek i vare pasientane sine rettar. Dei sørgjer for at fristen som er sett med utgangspunkt i ei vurdering av pasienten sin helsetilstand og når pasienten seinast må få helsehjelp, blir overholdt, og tek dermed i vare pasienten si helse på ein forsvarleg måte.

Det kjem fram gjennom intervju med kommunale tenesteytarar og ein institusjon, informasjon som indikerer at nokon institusjonar gir pasientar tilbod om poliklinisk samtale/ utgreiingsamtale for å unngå fristbrot. Det er ikkje kjent for internrevisjonen kva for nokre institusjonar dette gjeld.

I praksis inneber det at pasienten får komme til ein samtala ved institusjonen som definerast som behandlingsstart, slik at fristen overhaldast. Neste samtale eller reell behandlingsstart kjem ei tid etter dette.

Det blir oppmoda i styringsdokument og føringar for behandling at det er viktig å gje pasienten behandlingsførebuande tiltak. Samstundes skal ikkje kontakt med pasienten opprettast for unngå fristbrot. Det vil i så fall vere brot på retningslinjene om registrering av ventetider: Ved vedtak om døgnbehandling skal ventetida registrerast som avslutta ved dagen for innlegging, og ikkje ved ein forutgåande samtale.

1.5.7.6 BEHANDLING

Behandlinga innan spesialisthelsetenesta skal vere basert på empiri. Men dette er ei svært heterogen og ustabil pasientgruppe, og det er vanskeleg å finne ein eller fleire typar behandling som vil virke på tvers av kognitiv kapasitet og sosiale forhold og type og lengde av misbruk. Veldig forenkla kan ein seie at dei fleste institusjonane og føretaka som har vore med i undersøkinga til internrevisjonen, legg til grunn ein behandlingsmetodikk og tankegang ein kan kjenne igjen frå andre deler av spesialisthelsetenesta: pasienten er syk, får behandling og blir frisk.

Forsking og litteratur på området ([KORFOR, forløp- og kunnskapsoppdatering](#)) tilseier at behandlinga innan TSB sannsynlegvis ikkje kan drivast etter same metode og prinsipp som andre tenester i spesialisthelsetenesta, og samstundes vere like effektiv eller målast på same indikatorar.

Forsking visar at for denne pasientgruppa har behandlingsmetodikk og lengda på behandling relativt lite å seie for korleis dei klarar seg etter behandling. Andre faktorar som har meir å seie for utfallet av behandlinga er tilgjengelighet på tenestene, individuell tilpassing av tenestene og kontinuitet i behandling på tvers av behandlingsnivå og forvaltningsnivå. Systemet må med andre ord tilstrebe å tilpassa seg den heterogene pasientgruppa, og ikkje krevja at pasientane tilpassar seg eit allereie fastsett og standardisert behandlingsforløp.

K46 i Stavanger er eit godt døme på korleis tenestene for rusmiddelmissbrukarar kan leggjast opp for å komme i møte dei viktige tre faktorane for vellukka behandling nemnd ovanfor.

Inntrykket etter undersøkinga er at institusjonane tilbyr relativt standardiserte og identiske behandlingsforløp, og at dei har nokre metodar og aktivitetar alle pasientane skal gjennom. Det synast som at det er få metodiske ulikheitar og lite individuell tilpassing i behandlinga, utover det ein sjølv sagt må kunne forvente i behandlinga av denne pasientgruppa.

Både KORFOR og brukarorganisasjonen RIO vektlegg viktigheita av, og kunnskap om, andre behandlingstiltak utanfor spesialisthelsetenesta, mellom anna sjølvhjelpsgrupper. Dette er ei behandlingsform som internrevisjonen får opplyst kan ha god effekt på denne pasientgruppa. Spesialisthelsetenesta ville sannsynlegvis vore tent med å ha noko meir kjennskap til slike grupper, og gi pasientar informasjon om kontaktpersonar og møter i regi av desse gruppene.

1.5.7.7 UTNYTTING AV KOMPETANSE OG KAPASITET

Internrevisjonen stiller spørsmål ved om psykologanes kompetanse og kapasitet blir nytta godt nok inn i døgninstitusjonane. Det varierer svært mykje om dei faktisk har individuell pasientkontakt og kor mykje dei er direkte inne i pasientarbeidet. Dei har eit heilskapleg ansvar for arbeidet rundt pasienten før, under og etter under innlegging , men synest å ha delegert bort mange av oppgåvene og det praktiske arbeidet til mellom anna miljøterapeutane. Dei fleste psykologane fortel at dei bidrar indirekte med sin kompetanse inn i tverrfaglege behandlingsmøter.

Internrevisjonen vurderer at psykologane gjennom si utdanning og ulike spesialiseringar har ein kompetanse som i enda større grad kan nyttast inn i direkte pasientarbeid, fagleg utviklingsarbeid, i nettverksarbeid og i rettleiing..

1.5.7.8 AVSLUTNING/ SAMARBEID

Dei fleste beskriv samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunale tenesteytarar som god, men dei fleste legg og til at det i større grad skyldes at dei har god personlege relasjonar på tvers av forvaltningsnivåa enn at systema legg til rette for gode pasientforløp.

Internrevisjonen vurderer at dersom det er dårleg ansvarsavklaring på tvers av forvaltningsnivå og lite kjennskap til samarbeidsavtalar, så aukar risikoen for at behandlingsforløpa ikkje blir heilskaplege og kontinuerlige. Dette kan igjen medføre at effekten av behandlinga i spesialisthelsetenesta blir lav, og ressursutnyttinga dårleg.

1.6 OPPSUMMERING OG TILRÅDINGAR

1.6.1 SYSTEM FOR INTERNKONTROLL OG RAPPORTERING

Føretaka og institusjonane har alle internkontrollsystem. Leiinga bør sikre at alle delane av internkontrollsystemet er kjent blant sine tilsette, slik at dei kan bidra til kvalitetsutvikling og forbetring av dei ulike sidene av drifta.

Det er til dels store svakheter i rapporteringssystema. Internrevisjonen anbefaler at institusjonane arbeidar med kultur og system for å sikre korrekt rapportering heile vegen frå pasientansvarlege behandlarar og administrativt tilsette, til leiargruppene si utnytting av styringsinformasjonen. Bevisstheita og kunnskapen rundt dette må aukast, og ein må sikre at dei tilsette forstår viktigheita av rapporteringa. I tillegg bør ein lage rutinar som til dømes sikrar at rapportering til mellom anna NPR gjerest parallelt med anna pasientregistrering (journalføring), slik at ein unngår at NPR ikkje hentar ut feil informasjon på grunn av forseinkingar i rapporteringa.

1.6.2 RHF-ET SI OPPFØLGING

Ved å ikkje følgje opp institusjonane på andre kvalitetsindikatorar enn dei som måler produksjon og økonomi, mister RHF-et moglegheit til å følgje opp om institusjonane faktisk leverar det dei skal utover om dei når måltala. Dei har ikkje oppfølging av den faglege kvaliteten på tenestene.

RHF-et mister og ein moglegheit til å bidra med meir informasjon, kunnskap og empiri nasjonalt, regionalt og lokalt om kva som er virkningsfull behandling innan TSB.

Internrevisjonen anbefaler at RHF-et saman med institusjonane og/eller KORFOR søker å jobbe fram andre målbare indikatorar som kan gi eit betre bilete av den faglege kvaliteten på tenestene.

Dei fleste private tenesteleverandørane som er spurt, ønskjer at RHF-et skal leggje til rette for fleire faglege arenaer. Om RHF-et skal ha ei meir fagleg rolle i oppfølging av avtalane kan diskuterast. Men internrevisjonen vurderer at det vil kunne vere mogleg å leggje til rette for nokre fleire faglege arenaer der fagfeltet kan møtast, samstundes som ansvaret for det faglege innhaldet ligg til dei ulike føretaka og institusjonane. Avdeling for Rusmedisin i Helse Bergen ønskjer til dømes ein regional konferanse som har fokus på vurderingar. Dette vil vere hensiktsmessig med tanke på at ein i større grad enn det som er tilfelle no, ville kunne sikra at aktørane i dei ulike føretaka gjer faglege skjønnsmessige vurderingar på same måte.

1.6.3 VURDERING AV TILVISINGER

Dei fleste tilsette i føretaka og institusjonane er nøgde med korleis tenestene innan TSB er organisert innan sitt eige føretaksområde. Samstundes kjem det fram to bekymringar knytt til vurderingseininga i Helse Bergen sin praksis:

- om nyttekriteriet blir vurdert på grunnlag av tilstrekkeleg pasientinformasjon
- om praksisen med å avslutte pasientsaka etter vurdering vanskeleggjer heilskaplege pasientforløp

Det kan vere fleire årsakar til dei bekymringane som kjem til uttrykk, og internrevisjonen kan ikkje utfrå denne undersøkinga seie om bekymringane er reelle. Men det er uheldig dersom det har utvikla seg ein praksis der vurderingar ikkje sikrar god ressursutnytting, og dersom ein gjennom ein systematisk praksis ikkje legg til rette for samanhengande pasientforløp og kontinuitet i behandlinga.

Internrevisjonen anbefaler derfor at vurderingseininga i Helse Bergen internt sikrar at tilvisingane er vurdert på grunnlag av tilstrekkeleg informasjon ved å gå gjennom eigne prosedyrar og intern praksis. Det bør og sikrast at informasjon om prosedyrar og praksis er godt kjent i dei ulike føretaka og institusjonane, for på den måten å unngå misforståingar og unødig frustrasjon.

Ved ei vurderingseining kan det utvikla seg ein eigen praksis og kultur for vurdering av tilvisingar som kan skilje seg frå vurderingar gjort av andre vurderingseiningar.

Internrevisjonen anbefaler derfor at Helse Vest RHF og/eller vurderingseininga i Helse Bergen tar initiativ til jamlege møter med vurderingseiningar i andre føretak for å sikre at like vurderingar vurderast likt.

Når det gjeld oppfølging av pasient mellom rettighetsvurdering og behandlingsstart er dette ein stor fagleg diskusjon som ikkje internrevisjonen har føresetnad for å gå inn i. Internrevisjonen vurderer likevel at det er svært viktig at ein sikrar at pasienten får den oppfølginga og informasjonen han/ ho treng for å klare å nytte seg av behandlingstilbodet i spesialisthelsetenesta, og at ein legg til rette for heilskaplege pasientforløp.

Helse Vest RHF og/eller vurderingseininga i Helse Bergen bør ta initiativ til ei slik ansvarsavklaring, slik at man sikrar ein tilnærma lik praksis i dei ulike føretaksområda.

1.6.4 INFORMASJON TIL PASIENTANE

Slik praksis er i dag, kan det framstå som å vere lite kontroll med kva informasjon pasientane får om vurderinga som er gjort, og om dei forstår informasjonen som blir gitt.

Internrevisjonen anbefaler at føretaka og institusjonane i større grad enn i dag, sikrar at pasientane faktisk får og forstår informasjonen om vurderinga, og på denne måten i større grad aukar sjansen for at pasientane får den behandlinga han/ ho har krav på etter lova.

1.6.5 ANSVARSDELINGA MELLOM SPESIALISTHELSETENESTE OG KOMMUNANE I TIDA ETTER VURDERING OG FØR BEHANDLING

Kommunale tenesteytarar har i intervju gitt uttrykk for at dei synest spesialisthelsetenesta svikter sitt ansvar i ventetida mellom vurdering og behandling, eller mellom avrusing/stabilisering og behandling.

Internrevisjonen får bekrefta at det kan vere opphald mellom avrusing/ stabilisering og vidare behandling. Slike opphald i behandlingsforløpet legg ikkje til rette for heilskaplege og samanhengande pasientforløp, og bør unngås .

Samstundes vil det alltid vere slik at nokre pasientar av ulike årsaker ikkje vil få tilbod om behandling umiddelbart etter avrusing. Internrevisjonen vurderer at det ikkje er spesialisthelsetenesta sitt ansvar å sørge for omsorgstilbod i denne ventetida. Samstundes kan det vere dårleg ressursutnytting for behandlinga i spesialisthelsetenesta dersom pasienten ikkje er klar til å motta behandling ved behandlingsstart.

Internrevisjonen anbefaler føretaka og institusjonane å vurdere korleis ein eventuelt kan følgje opp pasientane i ventetida før behandlingsstart, i samhandling med tilvisar og kommunar. Dette for å i større grad bidra til heilskaplege pasientforløp, og for i større grad leggje til rette for at pasienten møter til behandling og kan dra nytte av behandlinga.

1.6.6 FRISTAR OG FRISTBROT

Det synest å vere ein systematisk praksis i Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde at pasientane blir bedne om å seie frå seg fristen for å komme på ein institusjon han/ ho ønskjer behandling ved, for å unngå fristbrot. Dersom pasientane systematisk blir bedt om å seie frå seg fristen for å få behandling ved ein bestemt institusjon, har ikkje frist for nødvendig helsehjelp nokon faktisk betydning. Ved systematisk bruk av pasientutsett frist og manglande rapportering av fristbrot, undergraver ein pasientane sine retter.

I Helse Bergen synest det å vere motsett praksis: Pasienten går ikkje til fristbrot men blir sendt til ein annan institusjon enn den han/ho opprinneleg har fått plass ved.

Helse Bergen synest gjennom sin praksis å ivareta pasienten sine retter på ein betre måte, ved å gi eit behandlingstilbod innan den fristen pasienten sin helsetilstand er vurdert å ha behov for hjelp. Internrevisjonen anbefaler at vurderingseiningane går gjennom sin praksis og vurderer om det kanskje blir sett for korte fristar Internrevisjonen anbefaler og at vurderingseiningane vurderer hyppigare bruk av rett til utgreiing. Dette kan gje ein moglegheit til å vurdere pasienten og hans/ hennes behandlingsbehov grundigare før ein sett i gang behandling.

Informasjon som har komme fram indikerer at det kan vere ein praksis nokre stader at ein opprettar kontakt med pasienten før innlegging, kun for å unngå fristbrot. Internrevisjonen anbefaler at leiinga hos alle aktørar kontrollerer praksisen rundt dette, ein slik praksis skal ikkje førekomme.

1.6.7 BEHANDLING

Forsking viser at val av behandlingsmetode og lengde på behandling har mindre å seie for utfallet av behandlinga, enn dei tre faktorane tilgjengelighet, individuell tilpassing og kontinuitet i behandlinga. Enkeltbehandlingssekvensar har relativt lite å seie for korleis rusmiddelmissbrukarar klarar seg.

Det overordna inntrykket etter internrevisjonen si undersøking, er at dei fleste institusjonane i stor grad tilbyr relativt identiske og standardiserte behandlingsforløp til alle sine pasientar. Internrevisjonen anbefaler at involverte aktørar vurderer om det i enda større grad, både organisatroisk og behandlingmessig kan leggest til rette for pasientforløp som byggjer på dei tre prinsippa nemnd ovanfor.

Internrevisjonen anbefaler og at det i enda større grad leggest til rette for samarbeid med forskingsavdelingar/einingar, og at ein sikrar at kunnskap om god og effektiv behandling blir rapportert og systematisk nytta inn i drifta.

Internrevisjonen ser det som viktig at føretaka og institusjonane opparbeider seg meir kunnskap om andre behandlingsalternativ, som til dømes sjølvhjelpsgrupper. Rett nok vil det vere aktivitet som vil gå for seg utanom behandlingsopphaldet, men vil kunne bli fulgt opp poliklinisk og som førebuing til utskriving.

1.6.8 PASIENTANSVARLEG BEHANDLAR

Informasjon som har komme fram i undersøkinga indikerer at psykologane sin kapasitet og kompetanse i for liten grad blir utnytta i døgninstitusjonane. Psykologane

har eit heilskapleg pasientansvar, men i svært mange av institusjonane har dei delegert utføring av svært mange av arbeidsoppgåvene til miljøterapeutane. Det er eit inntrykk etter undersøkinga at dei har lite konkret pasientkontakt.

Psykologane er ei yrkesgruppe som gjennom si utdanning har gode føresetnadar for å bidra ytterlegare inn i behandlinga av desse pasientane og bidra med med auka fagleg forståing og utvikling inn i institusjonane.

Det synest ikkje å vere ei tilfredstillande bruk av deira kompetanse, at dei gjennom behandlingsmøter tar eit indirekte ansvar for den tverrfaglege kompetansen, eller at det overordna ansvaret for pasientane i så stor grad handteres gjennom delegering av konkrete arbeidsoppgåver.

1.6.9 SAMHANDLING

Internrevisjonen vurderer at samhandlingsavtalane bør gjerast betre kjent blant dei tilsette, slik at dei i større grad kan lena seg på eit system enn på personlege relasjonar når dei skal leggja til rette for samanhengande pasientforløp. Samstundes må og systemet ta inn over seg at gode samhandlingsplanar ikkje vil ivareta pasientane om det ikkje organisatorisk er lagt til rette for gode pasientforløp.

Internrevisjonen viser til K46 i Stavanger som døme på ein god behandlingsmodell og samhandling på tvers av ulike forvaltningsnivå. K46 har på ein god måte klart å leggja til rette for dei tre viktige prinsippa i behandlinga av denne pasientgruppa; tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpassing.

Det bør bli eit auka fokus på arbeidet med IP i institusjonane og betydinga av dette som ein viktig reiskap for samhandling og ansvarsfordeling. Ettersom opphalda på behandlingsinstitusjon som regel er så korte, må det løysast i eit samarbeid med den aktør som følgjer pasienten over lengst tid, nemlig kommunen. Det bør og vere fokus på å gi pasientane grundig informasjon om kva IP er, slik at dei har grunnlag for å ta eit reelt val om dei ønskjer IP.

VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRF/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no/internrevisjon.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisor Kjersti Berge Evensen og gjennomgått av leiar for internrevisjonen i Helse Vest RHF, Bård Humberset.

Metode

Formelle forhold:

Revisjonskomiteen godkjende oppstart 07.05.2012. Melding om oppstart blei sendt leiinga i Helse Vest RHF, leiinga i føretaka og leiinga i dei private tenesteleverandørane 18.05.2012

Ei kvalitativ tilnærming blei brukt i denne undersøkinga for å få ei grundig forståing av korleis føretaka og dei private institusjonane legg til rette for at heilskaplege og samanhengande pasientforløp. Vi har ikkje gått inn i pasientsaker, journaler eller konkrete behandlingsforløp, og heller ikkje stilt spørsmål ved overordna organisatoriske val. Derimot har vi hatt ein systemretta merksemd og stilt spørsmål ved føresetnader og konsekvenser ut frå det.

I rapporten nyttas litt ulike omgrep og formuleringar for å beskrive dei ulike aktørane. Med omgrepet «private tenesteleverandørar» eller «private aktørar» meiner vi private ideelle verksemdar. «Føretak» omfattar i hovudsak alle aktørane som ligg under føretaka, leiging og institusjonar, dersom ikkje noko anna går klart fram av sammenhengen.

Prosjektet har ikkje omfatta LAR- pasientar, pasientar på tvang eller gravide rusmisbrukarar då det blei vurdert at dette er pasientgrupper som til dels er omfatta av anna lovverk, og ofte har andre behandlingsforløp enn andre pasientgrupper innan TSB.

Dei reviderte institusjonane Helse Vest RHF, dei fire helseføretaka og dei fem private, ideelle organisasjonane fekk rapporten til gjennomlesing 23.10.2012. Det blei gitt frist til 13.11 til å kome med korrigeringar til faktaunderlaget og eventuelle andre innspel til rapporten. Internrevisjonen har bakt inn i dette dokumentet det som kom fram i denne siste runden av informasjonsinnhenting.

Dokumentanalyse:

Internrevisjonen ba Helse Vest RHF, Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF og Helse Førde HF, og dei private tenesteleverandørane om følgjande dokumentasjon:

- Beskriving av organisering og samarbeid med vurderingseining(ar)
- Skriftlege rutinar/ prosedyrar for tilvising til behandling ved institusjonen og skjema fortilvising
- Samarbeidsavtaler med andre tenesteytarar innan TSB (andre delar av spesialisthelsetenesta, kommunale tenesteytarar, brukarorganisasjonar, andre)
- Institusjonen sitt internkontrollsystem
- Skriftlege prosedyrar for IP/ ansvarsgrupper

- Informasjon om tilsette i organisasjonen: tittel/fagleg kompetanse, tidspunkt for tilsetting og stillingsstørrelse. Plan for opplæring av nytilsette og planar for kompetanseheving/fagleg utvikling
- Brukarundersøkingar og oppfølging av disse
- Institusjonen sitt system for å utveksle informasjon innan eigen drift og med andre tenesteleverandørar: IT- støtte, EPJ- system, andre
- System for rapportering av pasientdata til RHF-et og NPR

Internrevisjonen har gått gjennom styringsdokument og årelege rapportar frå RHF, og skriftleg informasjon frå andre kjelder på nettet. Kjeldereferansar er lagt inn som fotnoter i teksten.

Intervju/ samtalar:

Internrevisjonen ønskte intervju/samtalar med representantar i ulike roller i systemet. Følgjande har blitt intervjuet:

- Representantar frå RHF-et
- Føretaksleiinga i Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde
- Leiing og behandlarar ved følgjande institusjonar innan føretaka: Veksthuset, Gauselskogen, Karmøy DPS, Seksjon Askøy, Avdeling for Rusmedisin, PUT Bergen, Tronvik
- Leiing og behandlarar ved følgjande private tenesteleverandørar: Rogaland A- senter, Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter, Haugaland A- senter, Stiftelsen Bergensklinikkene og Kalfaret behandlingssenter.
- Pasientar ved følgjande institusjonar: Veksthuset, Gauselskogen, Rogaland A- senter, Haugaland A- senter, Seksjon Askøy, Bergensklinikkene, Kalfaret behandlingssenter og Tronvik.
- Representantar frå følgjande kommunar: Time, Stavanger, Karmøy, Haugesund, Askøy, Bergen og Førde.
- Sverre Nesvåg, KORFOR
- Representant frå RIO, Pål Berger
- Regionalt brukarutval i Helse Vest

Det er gjennomført 65 intervju med tilsaman 101 personar.

Ulike sett med intervjuguidar blei utarbeidd for følgjande grupper: Leiing i helseføretaka, behandlarar i helseføretaka, leiing/ behandlarar i private institusjonar, tilsette i vurderingseiningar, pasientar og kommunale tenesteytarar.

Internrevisjonen tok kontakt med leiaren ved dei ulike institusjonane og gjorde avtalar om intervju. Internrevisjonen ba om å få snakke med representantar frå leiing og pasientansvarlege behandlarar, i tillegg til pasientar. Institusjonane valde sjølve ut kven som skulle bli intervjuet. Kvart intervju varte mellom 1-2 timar. Alle intervjuobjekta fekk tilsendt intervjuguiden på e-post før intervjuet slik at dei var førebudde på kva tema som ville bli tatt opp.

Internrevisjonen kan ikkje sjå vekk i frå at intervjuobjekta ikkje er representative då det er leiinga i kvar einskild institusjon som har valt dei ut. Samtidig hadde ikkje internrevisjonen føresetnad for å gå inn og velje ut intervjuobjekt som på bakgrunn av gitte kriterier kunne ha sikra at informasjonen som blei gitt kunne vere meir objektiv. Det var på ein institusjon uttalt at leiaren ved føretaka hadde prata med behandlarane om kva som kunne bli tema i intervjuet. Det er usikkert kva konkret som blei sagt til behandlarane i denne samtalen, og internrevisjonen har ikkje undersøkt om dette har skjedd andre stader.

Vi har ingen grunn til å tru anna enn at våre informanter er valt ut og har svart på våre spørsmål så objektivt som mulig.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav eller forventninger som revisjonen bruker for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

- Lov om Spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999:
- Lov om helsepersonell av 2. juli 1999
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 (endra 24. juni 2011)
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten av 30. mars 1984 (endra 24. juni 2011)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd av 1. desember 2000 (endra 16. desember 2011)
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004
- Forskrift om ventelisteregistrering av 7. desember 2000 (endra 31. august 2004)
- Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 (endra 2. desember 2009)
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp av 3. april 2008 (endra 18. desember 2009)
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 1. januar 2003 (endra 1. desember 2006)
- Veileder for registrering i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) (Helsedirektoratet, 2010)
- Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2008)
- Individuell plan- veileder til forskrifta (Helsedirektoratet, 2007)
- Driftsavtalar med private tenesteleverandørar
- Regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (Helse Vest, RHF 2006)
- Helse 2020 (Helse Vest RHF, 2007)
- Oppdragsdokument 2012 frå Helse- og Omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF
- Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (Riksrevisjonen, 2010)

Detaljert om behandlingstilboda i regionen

Vi beskriv her i større detalj dei tilboda som ein har i Helse Vest.

Avrusing

Nokre pasientar har behov for avrusing før innlegging og vidare behandling ved ein døgninstitusjon. Avrusinga har anslått behandlingstid 3-7 dagar. Tilboda for avrusing er lagde til Skuteviken / Bergensklinikkene i Helse Bergen, avrusingsavdeling ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna og til Rogaland A- senter i Helse Stavanger. I 2011 var det tilsaman 39 avrusingsplassar i Helse Vest.

Stabilisering og utgreiing

Nokre pasientar har behov for stabilisering før dei får behandling på døgninstitusjon. Dette er døgnplassar som tilbyr grunnleggjande kartlegging av problemområda og behandling av seinabstinens/ stabilisering. Dei fleste pasientane kjem frå døgnbasert avrusing, men mange startar eller held fram døgnbehandling på ein stabilisering og utgreiingsplass utan å gå vegen om ein avrusingsplass. Anslått behandlingstid er 1-4 veker. Tilboda for stabilisering og utgreiing i regionen er lagde til Tronvik i Helse Førde, Bergensklinikkene og Seksjon Askøy i Helse Bergen, Haugaland A- senter i Helse Fonna og til Rogaland A- senter og Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter i Helse Stavanger.

Utadretta tenester

Tverrfagleg spesialisert behandling gitt i heimen eller nær der pasienten bur. Tenestene kan og brukast til å gi hjelp til pasientar innlagde på sjukehus eller i anna institusjon. Tenestene arbeider spesielt nært med personell frå anna spesialisthelseteneste, kommune eller andre. I regionen gis denne tenesten av

Bergensklinikkene og Kalfaret i Helse Bergen, Haugaland A- senter i Helse Fonna og Rogaland A- senter i Helse Stavanger.

Dagbehandling

Dei fleste pasientane som er i dagbehandling vil i forkant ha hatt eit opphald ved ein døgnklinikk. For disse pasientane er det viktig å oppretthalde og forbetre oppnådd rusmestring og funksjonsnivå. Eit dagtilbod skal vere minimum fem timar per dag. Fleire pasientar kan dele på ein dagplass. Dagbehandling gis ved følgjande institusjonar: Bergensklinikkene, Haugaland A- senter og ved Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter. Helseføretaka har pr i dag ingen dagtilbud innan TSB.

Døgnbehandling

Dei fleste institusjonane har tilbod som samtaleterapi, miljøterapi, gruppeterapi og ulike type aktivitetar. I dialog med den einskilde pasient lagar dei ein individuell behandlingsplan som spesifiserer behandlingstilbodet og aktivitetar som pasienten vil delta på. Lengda på opphaldet skal alltid vere ein individuell vurdering, men anslått behandlingstid er 30- 90 dagar. Ved institusjonar som er spesielt retta mot unge rusavhengige og i terapeutiske samfunn er anslått behandlingstid 180-270 dagar.

Poliklinisk tilbod

Samtaleterapi kvar for seg eller i grupper. Poliklinikkane gir også behandlingførebuaende samtaler for pasientar som venter på døgnbehandling. Poliklinisk behandling gis både av private ideelle og av poliklinikkar/ institusjonar i føretaka.

Fordelar og utfordringar ved organiseringa av TSB

Alle dei intervju blei oppfordra til å nemne " dei tre største fordelane med tilbodet innan TSB slik det blir gitt i dag" og " dei tre største utfordringane". Vi har her lagt inn eit utval av svara vi meiner gir eit representativt bilete:

Største fordelar

- Godt samarbeid i Helse Stavanger som tilrettelegg for gode pasientforløp
- Gode vurderingar av pasientrettar og vurdering av pasientane sine behov i Helse Stavanger
- Familiefokuset og barneperspektivet i feltet
- Samhandlinga og samarbeidet med dei andre institusjonane fungerer bra
- Helse- og livsstilssatsinga som er i heile TSB- feltet
- At pasientane har fått pasientrettar
- Fokuset på samhandling på tvers av ulike nivå
- Høg kompetanse blant dei tilsette innan TSB- feltet
- Tverrfagleg fokus
- At vi kan stå i pasientforløp over tid
- Godt tverrfagleg samarbeid og heilskaplege tilbod
- Legespesialiteten innan rus
- Gode behandlingstilbod

Største utfordringar

- Saknar statlege, nasjonale retningslinjer for TSB
- Ventetida
- Det er uheldig at Helse Vest ikkje har familietilbod innan TSB
- All rapporteringa, faget forsvinn litt
- Ikkje gode nok til å bidra inn i forsking
- For lite samarbeid mellom det kliniske miljøet og forskingsmiljøet
- Vanskar med å skaffe bustad til rusavhengige. Dette gjer at dei blir lenger i systemet og at behandlinga av og til ikkje er til noen nytte

- Burde vore eit større fagleg fokus i oppfølginga frå Helse Vest RHF
- Utfordring å få inn pasientane i behandling når dei skal inn
- Avrusings- og akuttfunksjonen for liten
- Ei utfordrande pasientgruppe
- Integrering med andre delar av spesialisthelsetenesta
- Kortvarige avtalar med RHF-et. Vi er avhengige av at pasientane, samarbeidspartnarar og tilsette veit at vi er her om fem år
- Å finne behandlingsplass til pasientane etter avrusing/ stabilisering
- Ulempe at TSB ikkje er meir integrert i psykiatrien. Kunstig å skille disse to
- Vanskeleg å forholde seg til kommunanes differensierte tilbod. Ingen i ansvarsgruppene har beslutningsmynde.
- Utfordring at dei private og dei offentlege institusjonane har ulike datasystem for liten legedekning
- For lite samarbeid mellom det kliniske miljøet og forskingsmiljøet
- Ei lite anerkjent pasientgruppe
- System for IT- støtte. Bruker stadig meir tid på det som egentlig skal vere eit godt reiskap
- Å gi rett behandling når pasienten er klar