

Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 3/2016

DESEMBER
2016

Rapport fra Helsetilsynet 3/2016

Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Desember 2016

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

ISBN: 978-82-90919-94-3 (elektronisk)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Forsideillustrasjon: Inger Sandved Anfinsen, Kobolt Design

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammen drag	3
2 Hvorfor vurdere risiko i tjenestene til mennesker med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse?	5
3 Metode	7
3.1 Valg av metode og noen definisjoner.....	7
3.2 Forberedelser	8
3.2.1 Kunnskapssøk.....	8
3.2.2 Rekruttering til fagpanel.....	9
3.3 Fagpanelsamlingen.....	9
4 Resultater	10
4.1 Oversikt over de tretten risikopunktene med vektning og rangering.....	10
4.2 De tretten punktene med størst fare for svikt.....	11
4.2.1 Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11
4.2.2 Får ikke tilpasset bolig	12
4.2.3 Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet	12
4.2.4 Tilpasset aktivitetstilbud mangler	14
4.2.5 Mangelfull brukermedvirkning på individnivå	14
4.2.6 Pårørende og annet nettverk overses	15
4.2.7 Dobbeltkompetanse mangler i kommunene.....	16
4.2.8 Mangelfull vurdering av overdose-, volds- og selvmordsrisiko	16
4.2.9 Utskrivning som reaksjon.....	17
4.2.10 Svak samhandling i kommunene.....	18
4.2.11 Dobbeltkompetanse mangler i spesialisthelsetjenesten.....	19
4.2.12 Ikke aktivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	20
4.2.13 Mangelfulle risikovurderinger på systemnivå	20
5 Vurdering av gjennomføring og resultat	21
5.1 Metode og prosess.....	21
5.2 Resultater.....	22

6	Evaluering fra deltakere i fagpanelet.....	23
7	Konklusjon.....	24
8	Vedlegg.....	26
8.1	Vedlegg 1 Deltakere på formøter juni 2015.....	26
8.2	Vedlegg 2 Deltakere i fagpanelet.....	27
8.3	Vedlegg 3 Program – risikovurdering av tjenester til personer med ROP-lidelser 29. og 30. oktober 2015.....	29
8.4	Vedlegg 4 Grunnlagsdokumentet med 51 risikopunkter utarbeidet av Statens helsetilsyn	30
8.4.1	Organisering og styring.....	30
8.4.2	Pasient- og brukerrettigheter	30
8.4.3	Utredning (kartlegging og diagnostisering)	31
8.4.4	Behandling	32
8.4.5	Behandling og oppfølging i kommunene	32
8.4.6	Behandling i spesialisthelsetjenesten	33
8.4.7	Samhandling	33
8.5	Vedlegg 5 Litteraturliste	34
	Čoahkkáigeassu Dearvvašvuodageahču raporttas 3/2016.....	35
	Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 3/2016	36

1 Sammendrag

Tilsyn skal være viktig, relevant og kunnskapsbasert. Tilsyn skal føre til at pasienter og brukere får gode tjenester og må derfor føre til endring og forbedring av tjenester når det er nødvendig. Prosessene for å beslutte hva det skal føres tilsyn med og hvilke tilsynsaktiviteter som skal prioriteres er derfor svært viktige.

Statens helsetilsyn besluttet i 2014 at det skal gjennomføres tilsyn i alle landets fylker med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i 2017 og 2018. Tilsynet skal omfatte både spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Personer med ROP-lidelser er en sårbar gruppe med behov for sammensatte tjenester. Svikt på ett eller flere områder kan gi svært alvorlige konsekvenser.

For å komme nærmere hvilke temaer og problemstillinger som skal undersøkes i tilsynet, ble det gjennomført en risikovurdering av disse tjenestene høsten 2015. Resultatet – risikobildet sett med fagmiljøets øyne – beskrives i denne rapporten.

Fagfeltet er omfattende, i rask utvikling, flere tjenesteområder og -nivåer er involvert, og tjenestemottakerne er en sårbar gruppe. Formålet med en risikovurdering var å få oversikt over utfordringene, identifisere hvor det er størst fare for svikt for uønskede hendelser og hva svikten består i.

Forarbeid og forberedelser ble gjort i Helsetilsynet frem mot en fagpanelsamling over to dager. Fagpanelet besto av representanter for ulike nivå og enheter i helse- og omsorgstjenesten, for sosialtjenesten i Nav og for bruker- og pårørendeorganisasjoner. Etter en konsensusprosess endte fagpanelet opp med tretten punkter. De tretten punktene ble rangert etter hyppighet og konsekvens. De tre områdene som ble rangert som mest risikoutsatte er:

- Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Bruker/pasient får ikke tilpasset bolig (inkludert ikke tilpasset innholdet av tjenester i boligen)
- Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering (av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet)

Risikovurderingen viste at tilbudet til personer med ROP-lidelser kan svikte innen både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester.

Helsetilsynet vil benytte resultatet av risikovurderingen som grunnlag for valg av tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018.

Vi ønsker også at resultatet og denne rapporten skal være nyttig og bli brukt aktivt av ledere i de ulike tjenestene for å vurdere hvordan deres egen praksis er på de områdene som er pekt på som særlig risikofylte.

Vi ønsker å takke alle som har bidratt i dette arbeidet, og rette en spesiell takk til deltakerne i fagpanelet.

2 Hvorfor vurdere risiko i tjenestene til mennesker med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse?

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og fylkesmennene utgjør samlet de statlige tilsynsmyndighetene for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester. Helsetilsynet har det overordnede faglige tilsynsansvaret, mens fylkesmennene gjennomfører de aller fleste tilsynene.

Helsetilsynet skal følge med på hvordan tjenestene og helsepersonell utøver sin virksomhet, og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver tjenester i strid med lovgivningen, jf. Ot.prp. nr. 105 (2001–2002).

Tilsynsmyndigheten kan ikke være til stede over alt og til enhver tid. Tilsynsressursene skal styres mot områder

- av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet
- der sannsynlighet for svikt er stor
- der konsekvensene av svikt for barn og deres familie og andre tjenestemottakere er alvorlig
- der de som trenger tjenester ikke selv kan forventes å ivareta sine interesser.

Helsetilsynet og fylkesmennene foretar løpende vurderinger og prioriteringer av hvor det er mest hensiktsmessig å bruke tilsynsressursene. For å kunne prioritere, må vi vite hvor det svikter, og hva som svikter og hvilke konsekvenser det har for pasienter, brukere og pårørende.

Statens helsetilsyn har utarbeidet flere rapporter som beskriver og vurderer risiko i helse- og sosialtjenester. De senere år er det gjennomført enkelte risikovurderinger på nasjonalt nivå av ulike fagområder etter en tilpasset/forenklet Norsk Standard (NS 5814:2008). Den første ble gjennomført i 2009, og dreide seg om norsk kreftbehandling.¹ I 2010 ble det gjort risikovurdering av spesialisthelsetjenester til eldre² og i 2012 av medisinsk og helsefaglig forskning³. Risikovurderingene er gjennomført ved at en gruppe bestående av anerkjente fagfolk på et fagområde foretar en kvalifisert drøfting, vurdering og vektning av risikoforhold som fremkommer i tilgjengelig litteratur og andre kilder. Metoden er etter vår erfaring nyttig og effektiv, og den gir Helsetilsynet et solid grunnlag for å beslutte om videre tilsynsaktiviteter. Resultatet kan i tillegg stimulere tjenestenes eget kvalitetsarbeid og risikostyring. Tilbakemeldinger fra de fagpersonene som har deltatt har vært overveiende positive.

1 Risikoanalyse av kreftbehandling i Norge. Rapport fra Helsetilsynet 4/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.

2 Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Internserien 15/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.

3 Vurdering av sårbarheten i medisinsk og helsefaglig forskning. Internserien 11/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012.

I 2017 og 2018 skal det gjennomføres et landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet til mennesker med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Tilsynsaktivitetene skal omfatte hele tjenestekjeden; kommunale helse- og omsorgstjenester, kommunale sosiale tjenester og spesialisthelsetjenester. Fagfeltet er i utvikling, det er komplekst, og tjenestemottakerne er sårbare. Risikovurderingen vil gi et godt utgangspunkt for å velge temaer og problemstillinger som skal undersøkes i tilsynet.

Risikovurderingen omfatter ikke barn og unge under 18 år og ikke innsatte i fengsel. Denne avgrensningen ble ikke gjort fordi vi mener at disse gruppene ikke er viktige – men det dreier seg om grupper med særegne behov og tjenestetilbud, og derfor behov for egne tilpassede tilsynsaktiviteter. Helsetilsynets erfaring er at det er nødvendig å avgrense tilsynet for å kunne undersøke tilstrekkelig grundig til å kunne treffe troverdige og legitime konklusjoner.

Helsetilsynet presenterer i denne rapporten resultatene av risikovurderingen. Vi oppfordrer eiere, ledere og ansatte i tjenestene til å benytte resultatene til å gå gjennom sine egne tjenester og praksis, og vurdere om det er nødvendig å sette i verk tiltak på noen av områdene som er utpekt som særlig risikofylte.

3 Metode

3.1 Valg av metode og noen definisjoner

Helsetilsynet har anvendt definisjoner og prosessbeskrivelsene i *Norsk Standard 5814: 2008 Krav til risikovurderinger* for gjennomføringen av risikovurderingen. Standardens krav til prosess er tilpasset Helsetilsynets behov. I *Rapport fra Helsetilsynet 4/2010 Risikobildet av norsk kreftbehandling* er det gitt en grundig metodebeskrivelse.

Sentrale begrep i en risikovurdering er definert i Norsk Standard 5814: 2008⁴:

Risiko – uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse.

Risikovurdering – samlet prosess som består av planlegging, risikoanalyse og risikoevaluering.

Risikoanalyse – en systematisk fremgangsmåte for å beskrive og/eller beregne risiko. Risikoanalysen utføres ved kartlegging av uønskede hendelser og årsaker til og konsekvenser av disse.

Risikoevaluering – prosess for å sammenligne beskrevet eller beregnet risiko med gitte risikoakseptkriterier. Prosessen inkluderer også identifisering og dokumentasjon av risikoreduserende tiltak og anbefalinger.

En risikovurdering kan utføres med varierende ressursinnsats, fra enkle til mer omfattende analyser, alt etter behovet. For vårt formål var det ikke behov for å gjennomføre risikovurderingen fullt ut slik den er beskrevet i Norsk Standard 5814: 2008. For tilsyn er det ikke nødvendig å legge stor vekt på en generell kartlegging av årsaker eller for å identifisere konkrete risikoreduserende tiltak. Dette er oppgaver den enkelte virksomhet må gjennomføre for å ivareta sitt ansvar for kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Hovedgrepene i denne risikovurderingen var å gjennomføre en kunnskapsinnhenting for deretter å samle fagpersoner som samlet representerer den beste kunnskap på de aktuelle fagområdene til et arbeidsseminar over to dager (fagpanelsamling), og lede dem gjennom en trinnvis konsensusprosess fram mot et risikobilde.

4 Krav til risikovurderinger. Norsk Standard 5814: 2008. Oslo: Standard Norge, 2008.

3.2 Forberedelser

Forarbeidet besto for det ene i litteratursøk og kunnskapsgjennomgang, for det andre i å rekruttere til fagpanelet.

3.2.1 Kunnskapssøk

Det ble gjort litteratursøk nasjonalt og i de nordiske land etter fagbøker, fagartikler og forskning. Aktuelle veiledere, høringsuttalelser og andre offentlige dokumenter ble søkt fram og gjennomgått. En viktig kilde var Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP). I tillegg fikk vi muntlige eller skriftlige innspill fra Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Oslo Politidistrikt og Kriminalomsorgen Region Øst.

En særlig viktig kilde var den nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av ROP-lidelser.⁵ Retningslinjen omfatter bl.a. 7 sider med referanser og 93 anbefalinger av ulik styrke.

I tillegg ble relevante erfaringer fra tilsyn gjennomgått.

I litteraturlisten, pkt. 8.5., framgår den litteraturen som har vært benyttet.

Brukere og pårørende ble invitert til møter for at vi skulle få kunnskap fra de som kjenner på kroppen hvordan tilbudene fungerer. Seks bruker- og pårørendeorganisasjoner deltok på et halvdagsmøte i Helsetilsynet, og delte sine erfaringer og synspunkter på hvor de mener det er størst fare for at det oppstår svikt og uønskede hendelser.

Det ble også arrangert et møte med representanter for tre ideelle lavterskeltilbud i Oslo. De har mye kontakt med de mest utsatte representantene for gruppen med ROP-lidelser.

Både organisasjonene og de ideelle lavterskeltilbudene bidro med viktig kunnskap og erfaringer om hva som svikter og hva som kan svikte, og denne kunnskapen ble tatt med videre. (Deltakere på møtene fremkommer av avsnitt 8.1.).

På grunnlag av den samlede kunnskapsgjennomgangen, ble det utarbeidet en liste over kjente eller mulige sviktområder/risikopunkter og uønskede hendelser. Tretti av anbefalingene i den faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av ROP-lidelser ble omskrevet til risikopunkter gjennom «speilvending», det vil (noe forenklet) si ved å tilføye eller fjerne nektelsesord som «ikke», «aldri» e.l.⁶

Etter bearbeiding og komprimering av risikomomentene, hadde vi en liste på 51 punkter (se avsnitt 8.4).

Dette materialet dannet utgangspunkt for gjennomgang og drøfting av fagpanelet. Det ble sendt deltakerne omlag syv uker før samlingen, for å gi dem anledning til å respondere før vi utformet en endelig versjon som skulle brukes på samlingen.

5 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.

6 Eksempel: Anbefalingen «Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har rusmiddelproblemer, må psykisk helse kartlegges» ble speilvendt til «Psykisk helse kartlegges ikke hos personer med rusmiddelproblemer».

3.2.2 Rekruttering til fagpanel

Fagfeltet er både omfattende og mangfoldig, og inkluderer mange og ulike tjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Fagfeltet preges også av stor grad av tverrfaglighet og av at ulike profesjoner har viktige roller. Vi ønsket å sette sammen et fagpanel som skulle reflektere tjenestemangfoldet og tverrfagligheten. Det ble også lagt vekt på å inkludere forskere. I et fagfelt i stor utvikling har forskningsfeltet en viktig rolle. I tillegg så vi hen til geografi. Som det fremgår av oversikten i vedlegg 8.2, deltok fagfolk fra ulike deler av landet.

Et fagpanel på dette området må ha den kunnskapen og erfaringen brukere og deres pårørende har. Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, RIO, og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse var representert.

En begrensning og utfordring når det gjaldt å sette sammen panelet var antall deltakere. Vi la opp til en veksling mellom plenumsdiskusjoner og gruppearbeid og måtte derfor ha en størrelse på plenum som kunne muliggjøre dialog deltakerne i mellom. Det ble derfor satt et tak på 25 personer.

Vi valgte å rekruttere direkte framfor å gå via helseforetak/profesjonsforeninger o.l. På bakgrunn av Helstilsynets kjennskap til fagfeltene, innspill fra noen fylkesmanns-embeter, innspill fra fagfeltet selv og fra andre eksterne aktører, ble det satt sammen et fagpanel som etter vår vurdering representerer tjenestoområdets kompleksitet og helhet på en balansert måte, med personer som har stor faglig og dialogisk kompetanse, og som har legitimitet i egne og samarbeidende fagmiljøer (for deltakerliste se pkt. 8.2).

3.3 Fagpanelsamlingen

Fagpanelet på 25 personer var samlet i to dager på Gardermoen, sammen med 8 deltakere fra Statens helsetilsyn. Samlingen startet med en innledning om risikotekning og tilsyn og om forarbeidet som var gjort i Helsetilsynet. Målet for fagsamlingen var å skaffe konsensus om hvilke av de 51 risikopunktene Helsetilsynet hadde identifisert (vedlegg 4) som var de ti viktigste og å rangere disse ti etter kriteriene hyppighet (sannsynlighet), det vil si hvor ofte skjer denne typen svikt, og alvorlighet av denne svikten (konsekvens) for brukerne.

Deltakerne ble inndelt i fem arbeidsgrupper på tvers av fag, tjenestetype og geografi. Arbeidet i gruppene og i plenum tok utgangspunkt i grunnlagsdokumentet med de 51 risikopunktene. Gjennom en trinnvis prosess, der deltakerne først diskuterte seg frem til enighet i grupper og deretter til enighet i plenum, ble det konsensus om tretten punkter med størst risiko.

Siste del av panelets arbeid bestod i å rangere disse tretten punktene etter hyppighet og alvorlighet. Dette ble gjort ved at det i plenum ble diskutert frem til konsensus for hvert punkt på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er lav og 5 er høy verdi. Hvert punkt ble gitt to verdier, en verdi for hyppighet og en verdi for alvorlighet.

Opprinnelig ordlyd på noen av punktene ble endret og justert etter diskusjoner i gruppene og i fagpanelets plenum, i tillegg ble enkelte punkter slått sammen.

4 Resultater

4.1 Oversikt over de tretten risikopunktene med vektning og rangering

Tabellen under viser resultatet fagpanelet kom fram til.

- Kolonne 1 viser til hvilke punkt i grunnlagsdokumentet (vedlegg 4) punktet springer ut fra.
- Kolonne 2 viser teksten til hvert punkt, hentet fra grunnlagsdokumentet, noe justert.
- Kolonnene 3 og 4 viser hvordan fagpanelet i plenum vektet hyppighet og alvorlighet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er laveste og 5 høyeste score.

Resultat etter vektning og rangering i plenum

<i>Pkt</i>		<i>Hyppighet</i>	<i>Alvorlighet</i>
4a + 1b	Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	4	5
4f	Får ikke tilpasset bolig	4	5
3l	Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet	4	4
4j	Tilpasset aktivitetstilbud mangler	4	4
2b	Mangelfull brukermedvirkning på individnivå	4	4
4i	Pårørende og annet nettverk overses	4	4
5a	Dobbeltkompetanse mangler i kommunene	4	4
3o + 3p	Mangelfull vurdering av overdose-, volds- og selvmordsrisiko	3	5
2e	Utskrivning som reaksjon	3	5
7c	Svak samhandling i kommunene	3	4
4e	Dobbeltkompetanse mangler i spesialisthelsetjenesten	3	4
7a	Ikke aktivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	3	4
1c	Mangelfulle risikovurderinger på systemnivå	4	3

4.2 De tretten punktene med størst fare for svikt

4.2.1 Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) <i>Pkt. 1b Behandling av rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser organiseres i separate enheter i spesialisthelsetjenesten</i> <i>Pkt. 4a Behandlingen for rus og psykiske lidelser foregår ikke integrert og samtidig</i>	Hyppighet 4	Alvorlighet 5
---	------------------------	--------------------------

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Det var en felles oppfatning i fagpanelet at en hovedutfordring er mangel på samtidig og integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse. Det ble påpekt at det er svakt belegg i forskning for at samtidig behandling er viktig, men synspunktene var delte om dette. Denne typen behandlingsforskning er vanskelig, slik at omfanget av forskningsbasert sikker kunnskap er begrenset. Helsedirektoratets retningslinjer anbefaler at behandling skal foregå samtidig og integrert.

Det ble påpekt at hvor alvorlig konsekvensen av manglende samtidig og integrert behandling er, avhenger av hvor alvorlig pasientens lidelse er. Alvorlig syke pasienter rammes særlig hardt av fragmentert og usammenhengende behandling.

Det ble også poengtert at mange av disse pasientene heller ikke får ivaretatt sin somatiske helse godt nok. Hvis alvorlig somatisk sykdom blir oversett, som for eksempel hepatitt C, MRSA-smitte og kreft, er det alvorlig svikt. Det er derfor også nødvendig at somatiske tilstander tas på større alvor i tjenestene til personer med ROP-lidelser. Den mangelen på integrert og samtidig behandling som preger spesialisthelsetjenesten, gjenfinnes også i kommunene.

Mangelfull ivaretagelse av somatisk sykdom gjelder sannsynligvis først og fremst kroniske og mer langvarige somatiske problemer, og både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det var panelets inntrykk at akutte somatiske helseproblemer i sin alminnelighet blir tatt hånd om på forsvarlig måte.

Etter fagpanelets vurdering er hovedproblemet at det mangler kompetanse om rus i psykisk helsevern og om psykiske lidelser i TSB. Den samme tverrfaglige kompetanse mangler i stor grad også i kommunale tjenester. I tillegg mangler samhandlingskompetanse som kunne kompensert for en i utgangspunktet hensiktsmessig spesialisering. (Alle) personer med ROP-lidelser har behov for sammensatte tjenester.

Fra fastlegehold ble det påpekt at erfaringen er at det ikke er vanskelig å få lagt inn pasienter på somatiske sykehusavdelinger, men at det er vanskeligere å få lagt inn pasienter til behandling i TSB eller psykisk helsevern.

4.2.2 Får ikke tilpasset bolig

2. Får ikke tilpasset bolig <i>Pkt. 4f Institusjon og kommune sørger ikke for å finne stabil, tilpasset bolig til pasienter som er bostedsløse ved innleggelse</i>	Hyppighet 4	Alvorlighet 5
--	------------------------------	--------------------------------

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Det ble påpekt at det å få tilpasset bolig ikke bare gjelder dem som er bostedsløse ved innleggelse. Brukerne kan ha bolig, men boligen er ikke tilpasset deres behov. Tilpasset bolig gjelder ikke bare selve boligen, men også innholdet i boligen, dvs. de tjenestene brukeren mottar for å mestre hverdagen. Noen av brukerne har nedsatt boevne og må derfor ha tilpassede tjenester for å mestre bosituasjonen. Svikter det, kan det medføre utkastelse. Brukerne går gjennom ulike faser i sykdomsforløpet, og ulike typer boliger og tjenester vil være riktig i ulike faser. Det viktige er hele tiden å ha helhetlige løsninger tilpasset brukerne. Det ble påpekt at også de som er bostedsløse må få behandling og oppfølging.

Flere i fagpanelet hadde erfart at det er lite fokus på behovet for tilpasset bolig for brukere med ROP-lidelser. Noen mente at samhandling i kommunene mellom de som yter tjenester og de som tildeler/fremskaffer boliger ofte er for dårlig. Andre fremhevet at kommunene ofte strekker seg langt for å skaffe boliger. Egnede boliger er ikke nødvendigvis lette å finne, særlig ikke i små kommuner. Erfaringsmessig skjer det at kommunen bosetter brukere i samme hus, som av ulike grunner ikke bør bo sammen. Det kommer ofte naboprotester der kommunen planlegger boliger for personer med ROP-lidelser.

Kommunens økonomi spiller også en rolle for hvilke boliger og tjenester brukerne får. Det ble fortalt om brukere som får bolig og omfattende tjenester, og hvor det er satt av en viss sum i budsjettet per år. Hvis pengene er brukt opp før året er omme, begynner en intern drakamp i kommunen om mer penger. Blir det ikke bevilget mer penger, kan det medføre at tjenestetilbudet som tilbys blir det nest-beste, og det holder som oftest bare noen uker før det går galt.

Det kom frem at det var betydelig uklarhet blant panelets medlemmer når det gjelder hvorvidt det finnes lovkrav som skal sikre brukerne bolig. Noen mente at det ikke var lovkrav ut over midlertidig bolig, og dermed ikke mulighet for å klage. Andre mente at kommunen hadde plikt til å medvirke til å skaffe bolig for dem som ikke kan ivareta egne interesser. Denne typen uklarhet om regelverket blant dette panelets medlemmer er en indikasjon på at det generelt blant de som yter tjenester til denne gruppen kan råde forvirring om hva brukerne kan forvente når det gjelder bolig. Helsetilsynet vil avklare hvilke krav som gjelder når det skal utformes veileder for tilsyn.

4.2.3 Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet

3. Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet <i>Pkt. 3l Diagnoser settes for fort, uten tilstrekkelig observasjon og vurdering</i>	Hyppighet 4	Alvorlighet 4
--	------------------------------	--------------------------------

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Fagpanelet mente at problemet ikke er at diagnoser settes for raskt (punktet het opprinnelig «*For raske diagnoser*»), men at det ofte ikke settes diagnoser, og om de settes, så revurderes de ikke igjen senere. Tjenestene tar seg ikke tid til å utrede, vurdere og diagnostisere.

Det var noe ulike syn på hvor hyppig dette skjer, men enighet om at det skjer oftere enn ønskelig og med alvorlige konsekvenser for pasientene. Det er store ulikheter i praksis, både geografisk og mellom sykehusene. Noen mente at det har vært en positiv utvikling slik at dette ikke skjer så ofte lenger, andre mente at dette fortsatt er et stort problem. Fagpanelet drøftet seg på tross av ulike syn frem til enighet om at manglende eller mangelfulle diagnoser forekommer hyppig og derved at verdien for hyppighet måtte settes til 4. Alvorligheten for pasientene var det ikke ulike syn på.

Det ble fremholdt at det fortsatt finnes enkelte behandlingssteder innen psykisk helsevern som ikke vil behandle rusutløste psykoser, til tross for at det i ROP-veilederen (IS 1948) vises til at psykoser, uavhengig av årsak, er et ansvar for psykisk helsevern. Dette er bekymringsfullt. Mangelfull utredning og vurdering gjelder også pasienter med andre psykiske lidelser enn de som utløser psykose.

Mange var opptatt av at pasienter med psykoser går inn og ut av akuttavdelinger flere ganger. Det gis akuttbehandling, men ikke utredning og behandling for den underliggende lidelsen. Det brukes for lite tid til å undersøke og utrede grundig nok. Hadde det blitt gjort, ville behandlingen også vært bedre. Når pasientene er uten psykotiske symptomer etter kort tid, skrives de ut uten oppfølging. For pasienter som har vært innlagt akutt to ganger med psykose, er det god grunn for å utrede videre. Det ble fortalt om pasienter som har vært innlagt akutt henholdsvis 19 og 12 ganger på to år. Det blir brukt mye ressurser (inkludert politiressurser) ved akuttinnleggelse til tvungen observasjon. I tillegg er tvangsinnleggelse belastende for pasienten og kan medføre tillitsbrudd mellom pasient og behandler, spesielt når pasienten overføres til frivillig opphold eller skrives ut, og får tilbakefall av psykotiske symptomer.

Det fremkom erfaringer med at ROP-pasienter som innlegges til tvungen observasjon etter § 3-2 i psykisk helsevernloven overføres til frivillig opphold dagen etter innleggelse, og at muligheten for tvungen observasjon i 10 dager i liten grad benyttes.

Det ble fremholdt at svikt i utredning, vurdering og diagnostisering oftere skjer i psykisk helsevern enn i TSB. Psykisk helsevern er imidlertid blitt flinkere til å vurdere pasientens forhold til rusmidler. TSB har liten kompetanse og erfaring på å oppdage psykiske lidelser generelt og psykoser spesielt, symptomene blir ofte tilskrevet ruslidelsen. Dette resulterer i at det går for lang tid før pasienten får adekvat behandling for sine lidelser. Det ble også stilt spørsmål ved om somatiske avdelinger har rutiner for å utrede og følge opp rusmiddelavhengighet og/eller psykoser.

Det hender at pasienter legges inn til behandling i TSB etter å ha fått behandling for en psykotisk tilstand i psykisk helsevern. De kan være satt på høye doser antipsykotika fra innleggelsen i psykisk helsevern, og blir stående på denne medikasjonen under behandlingen i TSB. Ved overføring fra psykisk helsevern til TSB hender det at TSB får opplyst at pasienten ikke har hatt psykotiske gjennombrudd under behandlingen. Det ble stilt spørsmål ved fagligheten av en slik konklusjon.

Noen paneldeltakere mente at hjelpeapparatet ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta personer med annet opprinnelsesland enn Norge, for eksempel asylsøkere som kan være traumatiserte og som har dårlige norskkunnskaper. En del av disse har også en annen kulturell forståelse av helseproblemer som for eksempel ROP-problematikk. Dette utgjør en risiko for at disse pasientene ikke får forsvarlig helsehjelp.

4.2.4 Tilpasset aktivitetstilbud mangler

<p>4. Tilpasset aktivitetstilbud mangler</p> <p><i>Pkt. 4j Brukere overlates til seg selv etter utskrivning, uten tilbud om arbeid eller aktivitet</i></p>	<p>Hypighet</p> <p>4</p>	<p>Alvorlighet</p> <p>4</p>
---	--	---

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Det ble fremholdt at et tilpasset aktivitetstilbud er særlig viktig for brukere som skrives ut fra døgntilbud i spesialisthelsetjenesten (TSB/psykisk helsevern). Uten tilpassede aktivitetstilbud, inkludert arbeidsaktivitet, vil brukerne forbli isolert og risikoen for tilbakefall og manglende bedring er stor. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og NAV er nødvendig ved utskrivelser. Panelet understreker at dette erfaringsmessig svikter, med alvorlige konsekvenser for den enkelte bruker.

Aktiviteten som det legges til rette for må være meningsfull for brukeren for at den skal kunne bidra til å forebygge tilbakefall av rusing eller psykoser. Det er vist at for denne gruppen kan aktivitet, inkludert lønnet arbeid, og behandling med hell foregå samtidig. Det vises til IPS (Individual Placement and Support) som er et dokumentert vellykket program for personer med psykiske lidelser. En dokumentert effekt var reduksjon i antall reinnleggelser.

Rusmiddelavhengige som ruser seg aktivt eller har lavt rusmestringsnivå får ikke tilbud om arbeid eller aktivitet som krever «rene urinprøver». Denne gruppen må derfor ha tilgang på andre typer aktiviteter. Det er panelets erfaring at det generelt i kommunene er for få aktivitetstilbud tilpasset personer med samtidig psykisk lidelse og rusavhengighet.

4.2.5 Mangelfull brukermedvirkning på individnivå

<p>5. Mangelfull brukermedvirkning på individnivå</p> <p><i>Pkt. 2b Behandlingsmål og -plan utarbeides uten medvirkning fra brukeren</i></p>	<p>Hypighet</p> <p>4</p>	<p>Alvorlighet</p> <p>4</p>
---	--	---

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Punktet var opprinnelig formulert som *mangelfull brukermedvirkning*. Fagpanelet diskuterte først om punktet gjelder brukermedvirkning på individnivå eller systemnivå. Det var ulike synspunkter på hva som er viktigst. Det ble argumentert med at brukermedvirkning på systemnivå er viktig fordi det finnes mange tjenester til brukerne, men ingen som systematisk følger med på om de får den hjelpen de har behov for. Det er viktig at brukere er med og påvirker på systemnivå, for eksempel i brukerutvalg. Brukerne er viktige for å endre praksis og innhold i tjenestene.

På individnivå ble det argumentert med at brukeren skal påvirke egen behandling og ha individuell plan. Flere hadde sett at det brukes mye ressurser på individuell plan,

men det kommer lite ut av det, kanskje fordi planene ikke er konkrete nok, eller fordi koordinator ikke har kapasitet til å følge opp planarbeidet.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2008 og 2009 et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentra (Rapport fra Helsetilsynet 3/2010). Paneldeltakere fremhevet at en sentral lærdom fra dette tilsynet var betydningen av å ivareta brukermedvirkning på individnivå og at dette førte til økt brukermedvirkning på systemnivå.

Fagpanelet konkluderte at det viktigste for brukerne er brukermedvirkning på individnivå, og diskusjonen deretter dreide seg stort sett om det.

Det ble påpekt at det er viktig at brukerne får delta i egen behandling, det er deres liv det dreier seg om. Brukermedvirkning er viktig for brukerens livskvalitet. Fagpanelet understreket likevel at tjenestenes ansvar for å gi forsvarlig behandling setter grenser for brukermedvirkning.

Det er svakt forskningsbasert belegg for at brukermedvirkning påvirker behandlingsresultatet, men brukererfaringer tilsier likevel at det er viktig. Brukere beskriver at livskvalitet, behandlingsallianse og selvfølelse øker når de får medvirke. Tjenestene er i økende grad oppmerksomme på betydningen av brukernes egen medvirkning, noen har styringssystemer hvor manglende brukermedvirkning vurderes som et avvik.

Det skjer mye på dette feltet nå, særlig innen rusfeltet. Brukermedvirkning på individnivå blir ivarettatt på mange plan, ved inntak, poliklinisk behandling og ved døgnopphold. Eksempler på brukermedvirkning på systemnivå er ansettelse av erfaringskonsulenter i TSB/psykisk helsevern, brukerutvalg, lærings- og mestrings-sentra.

TSB har lang tradisjon når det gjelder brukermedvirkning på systemnivå, for eksempel ved bruk av tillitsvalgte. I tillegg har en gitt brukerne økt ansvar for egen behandling. Det er ikke samme tradisjon i kommunen eller i psykisk helsevern. Det svikter oftere i brukermedvirkningen her.

På tross av flere eksempler på vellykket brukermedvirkning på både individ- og systemnivå, konkluderte panelet med at det fortsatt ofte svikter, og at dette får følger for kvaliteten på tilbudet til denne pasientgruppen.

4.2.6 Pårørende og annet nettverk overses

6. Pårørende og annet nettverk overses	Hypighet	Alvorlighet
<i>Pkt. 4i Behandlingen vektlegger ikke involvering og tilknytning til pårørende (inkludert barn) og annet nettverk</i>	4	4

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Mennesker med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse er ofte dårlig i stand til å ivareta kontakt med pårørende og annet nettverk. Det ble påpekt at pårørende og pasientens øvrige nettverk likevel kan være viktige samarbeidsarenaer i et behandlingsforløp. Fagpanelet påpekte at barn må bli husket på som pårørende, og det ble understreket at nettverk består av flere personer enn familie.

Panelets konklusjon er at svikt i samarbeid med, og oppfølging av, pårørende får store konsekvenser for behandling og rehabilitering av pasienter med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse.

4.2.7 Dobbeltkompetanse mangler i kommunene

<p>7. Dobbeltkompetanse mangler i kommunene</p> <p><i>Pkt. 5a Kommunens tjenesteapparat (herunder sosiale tjenester og fastleger) mangler rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer</i></p>	<p>Hyppighet 4</p>	<p>Alvorlighet 4</p>
--	-------------------------------	---------------------------------

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Flere i fagpanelet kommenterte at det finnes verktøy for å kartlegge bruk av rusmidler. Dette er verktøy som er anbefalt for alle nivå. Det skal være kjent for personalet og de skal være i stand til å bruke dem.

Det fremkom ulike meninger om hvor mye dobbeltkompetanse kommunene har. Noen oppfattet at kommunene har mye kompetanse og at samhandlingen fungerer bra, da de ofte har tjenester til rus og psykiatri i samme enhet. Andre mente at dette varierer og at kommunene er organisert forskjellig. Det ble påpekt at det også dreier seg om holdninger, profesjonskamp og ideologi.

Det forventes ulik kompetanse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Kommunene skal ikke yte spesialisert behandling, men gi behandling og omsorg på førstelinjenivå. Kommunene skal bistå brukerne og tilrettelegge slik at brukerne mestrer sin livssituasjon. Det er i kommunene brukerne bor og lever sitt liv. Kommunene har ofte mye kontakt med spesialisthelsetjenesten, og fra TSB og psykisk helsevern forventes mer spesialisert og spisset kompetanse.

Enkelte av fagpanelets medlemmer hadde erfart at kommunene ikke har vilje til og tør å erkjenne at de har kompetanse innenfor tematikken ROP. Kommunene har langt på vei nok kompetanse til utredning av rusavhengighet og psykiske lidelser, men ansatte kan ofte være engstelige for å gå for dypt inn i problemområdene på egen hånd, fordi de er redde for å forverre brukernes situasjon.

4.2.8 Mangelfull vurdering av overdose-, volds- og selvmordsrisiko

<p>8. Mangelfull vurdering av overdose-, volds- og selvmordsrisiko</p> <p><i>Pkt. 3o Selvmordsrisiko undervurderes – tross schizofreni, bipolar lidelse eller rusmiddelavhengighet</i> <i>Pkt. 3p Voldsrisiko undervurderes – tross risikofaktorer</i></p>	<p>Hyppighet 3</p>	<p>Alvorlighet 5</p>
---	-------------------------------	---------------------------------

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Først ble det diskutert om punktet gjelder risikovurdering på systemnivå eller individnivå. De fleste paneldeltakerne mente at risikovurdering på individnivå er viktigst. Vurdering av risiko for overdose må være med i tillegg til risiko for selvmord og vold. Det er særlig viktig med risikovurdering hvis en pasient skrives raskt ut fra et behandlingssted.

Mangelfulle risikovurderinger skyldes ofte manglende kompetanse og manglende rutiner.

Det ble stilt spørsmål om hvordan risikovurderinger rent praktisk bør gjennomføres. Det er ikke mulig og heller ikke nødvendig å gjøre full risikovurdering av alle pasienter. Videre ble det påpekt at risikovurderinger må følges opp med nødvendige tiltak. Svikt i oppfølgingen skyldes ofte manglende risikovurdering og manglende tilrettelegging av tiltak. Tjenestene må ha prosedyrer for risikovurderinger, og de må bli brukt av personalet. Enkelte paneldeltakere hevdet at det finnes gode og enkle instrumenter for å vurdere risiko for overdose, særlig i TSB.

Det ble av andre paneldeltakere fremholdt at det er knyttet usikkerhet til hvor gode verktøyene som finnes er til å forutse risiko, og at de ikke gir nødvendig retning for hvilke tiltak som skal settes i verk. Dette var det således uenighet om i fagpanelet.

Det ble hevdet at siden verktøyene som finnes ikke har høy prediktiv verdi for enkeltindivider, så kan man «bli tatt» for å ha gjort for dårlige vurderinger i etterkant, for eksempel etter suicid.

Andre mente at selv om verktøyene som finnes i dag kunne vært bedre, er det likevel viktig at det blir gjort en *vurdering* av risiko, og at vurderingen fører til nødvendige tiltak. Blir ikke dette gjort, kan det få alvorlige konsekvenser.

Det ble også problematisert om risikovurderinger bør utføres rutinemessig eller utføres etter vurdert indikasjon, for ikke å gi unødvendig belastning for klinikerne. Men hvis pasientene opplever at det er rutine at risiko blir vurdert og at det gjøres systematisk, kan det bidra til å gjøre det lettere for dem å snakke om temaet.

Spesialisthelsetjenesten har erfaring i og kompetanse til å gjøre risikovurdering av overdose og selvmord, men det ble hevdet at kompetansen til, og erfaring med, å vurdere voldsrisiko ikke er like god.

Kommunene gjør sjeldnere vurderinger av risiko for overdose, selvmord og vold. Forskning (SERAF-UiO) har vist at for brukere som døde av overdose, var sosialtjenesten den siste instansen de hadde vært i kontakt med. Sosialtjenesten har lav kompetanse om risikovurdering, og det samme gjelder andre instanser i kommunene. Hvor ofte det svikter fordi risikovurderinger ikke foretas, avhenger av om man snakker om spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Panelet var av den oppfatning at dette oftere svikter i kommunene enn i spesialisthelsetjenestene.

4.2.9 Utskrivning som reaksjon

9. Utskrivning som reaksjon	Hypighet	Alvorlighet
<i>Pkt. 2e Utskrivning fra behandlingsopplegg benyttes som reaksjon ved rusing eller annen uønsket atferd</i>	3	5

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Paneldeltakerne hadde ulike oppfatninger om hvor ofte det forekommer at pasienter blir skrevet ut som reaksjon på rus eller annen uønsket adferd. Flere mente at det skjer i mindre omfang nå enn tidligere. Andre mente at til tross for bedring så hang praksisen mye igjen, særlig i TSB. Det var uenighet om det også skjer i psykisk helsevern.

Det ble hevdet at det på landsbasis skjer forholdsvis ofte, og at hvis vi hadde spurt pasientene ville flere av dem svart at de har opplevd dette. Særlig personer med samtidig ruslidelse og personlighetsforstyrrelser har erfaring med at utskrivning brukes som reaksjon på rus eller annen uønsket adferd. Panelet var enige om at selv om denne typen reaksjon ikke brukes like mye som tidligere, så er det en alvorlig svikt når det skjer.

I psykisk helsevern blir rus eller annen uønsket atferd i en del tilfeller brukt som eksklusjonsgrunn. Pasienter med slik atferd blir ofte omtalt som «behandlingsresistente» og at de ikke vil nyttiggjøre seg behandling. Det ble også pekt på at mange avdelinger ikke er egnet til å ta imot denne typen pasienter. Det kan være manglende kompetanse, eller at de fysiske lokalene ikke er egnet. Det ble påpekt at det må skilles mellom eksklusjonsgrunn og «straffereaksjon».

Det ble fremholdt at å bruke utskrivning som straff blir som å straffe noen for symptomer på den lidelsen de er til behandling for. Innenfor somatiske helsetjenester ville dette ikke blitt akseptert. I panelet mente noen at ruspasienter, på samme måte som andre pasienter, må få vise sine symptomer. Andre pekte på at dette kan komme i konflikt med behovet for rusfrie arenaer. Det ble argumentert for at det på rusinstitusjoner gir best resultat hvis det er et rusfritt miljø. Hvor mye rus skal man da akseptere? Hvis en pasient stadig tar med seg stoff inn i en institusjon, kan utskrivning forsvares. Hvis ikke, vil den ene personen ivaretas på bekostning av de andre. Det bør være rutiner for hvordan slike situasjoner skal håndteres. Det må være et apparat for å takle kriser, og dette bør være en del av avtalen med de regionale helseforetakene.

Det var likevel enighet om at ufaglige og uetiske avvisninger forekommer, og at pasientene blir kasteballer i systemet. Spesialisthelsetjenesten burde ha kunnskap om at brukerne ikke må skrives ut til ingenting, de må gis alternativer når de skrives ut. Ved rask utskrivning må det vurderes om det finnes annet tilbud pasienten kan nyttiggjøre seg, da må man se på hele tiltaks- og behandlingsskjeden.

Det kom også opp en diskusjon om dette punktet heller skulle hete «*Utskrivning mot pasientens vilje*». Begrepet «*Straffereaksjon*» vurderes som et 'gufs fra fortiden'. Mange benytter ikke begrepet «straff», men brukeren mister plassen sin og det blir avbrudd i behandlingen. Det ble fremholdt at pasientene vil oppleve det som straff uansett hvilket begrep som blir brukt. I denne rapporten brukes begrepet *reaksjon*.

4.2.10 Svak samhandling i kommunene

10. Svak samhandling i kommunene	Hyppighet	Alvorlighet
<i>Pkt. 7c Kommunale instanser ivaretar ikke sitt felles ansvar for et samordnet og integrert oppfølgingstilbud for ROP-pasienter</i>	3	4

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Fagpanelet mente at det skjer mye svikt i samhandlingen internt i kommunene. Kommunene har et veldig vidt oppdrag. Brukergruppen er liten, men det er et tjenesteområde der det er behov for at mange jobber sammen. De fleste brukerne (70 %) har oppfølgingen sin i kommunene.

Det er store ulikheter i hvordan kommunene organiserer tjenestene. Der hvor rus og psykiatri er organisert i ulike enheter har brukere med ROP-lidelser lett for å falle

mellom. Det ble hevdet at det kan være like mye oppdeling/spesialisering i kommunene som i spesialisthelsetjenesten.

Panelet pekte på at pasienter med ROP-lidelser kan være særlig utsatt for svikt i små kommuner. I disse kommunene vil brukerne være særlig avhengige av den enkelte ansattes kompetanse og egnethet. Det ble anbefalt at små kommuner bør vurdere interkommunalt samarbeid, det kan gjøre tjenestene til disse pasientene mer robuste. Andre paneldeltakere pekte på at interkommunale tjenester på ett område kan vanskeliggjøre samhandlingen med de øvrige tjenestene i bostedskommunen.

Paneldeltakere beskrev også manglende samarbeid internt i den enkelte kommune. For eksempel er det lite samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenestene, NAV og fastlegene. Fastlegene kan oppleve at de er utenfor den ordinære driften i kommunen. Taushetsplikten blir ofte brukt som forklaring på manglende informasjonsdeling, og resultatet blir et dårlig samarbeid. Kommunene kan oppleve at spesialisthelsetjenesten er tydeligere til stede enn fastlegene. Hvis tjenestene i kommunen ikke samordnes, kan det få store konsekvenser for brukerne.

Tjenestene innad i kommunene kjenner ikke alltid til hverandre eller til hvilke tilbud som fins. Bruk av individuell plan kunne bedret på dette. Det henger igjen mye gammel kunnskap om rusproblematikk i kommunene, fra før rusreformen. Brukere med ROP-lidelser får ofte avslag på kommunens vanlige tjenester, inkludert helse-tjenester, med begrunnelse i ruslidelsen. De henvises til NAV for oppfølging, mens NAV på sin side har lite kompetanse om psykisk helse. Det hender at kommunene stopper helse- og omsorgstjenester fordi brukeren ruser seg, og begrunner det med HMS (helse, miljø og sikkerhet) for de ansatte. Det ble pekt på at hvis brukerne ikke får nødvendige helse- og omsorgstjenester i kommunen, er det brudd på helse- og omsorgstjenesteloven.

Det ble fremholdt at kommunene ikke takler å følge opp brukere som utagerer og som har svært sammensatte problemer. Kommunene klarer ikke å organisere medikamentutdeling, de er redde for brukerne og møter evt. brukere med politieskorte. Det handler om å få kompetanse, ressurser og forståelse for samfunnsoppdraget på kommunalt nivå.

Noen av problemene i kommunene skyldes økonomi og hvordan vedtak om tjenester utformes. I vedtakene angis ofte hvor lang tid hvert enkelt oppdrag hos brukerne skal ta, i minutter. Det passer dårlig med hva denne brukergruppen trenger for å klare å håndtere dagliglivet sitt. Det kan være fare for at tjenestetilbudet faller fra hverandre på grunn av økonomi eller organisering.

For brukere og pårørende kan det være vanskelig å finne frem i hjelpeapparatet. Pårørendesenteret i Oslo bruker mye tid og ressurser på å hjelpe pårørende med å kartlegge tilbud som finnes og hvilket regelverk som gjelder.

4.2.11 Dobbeltkompetanse mangler i spesialisthelsetjenesten

11. Dobbeltkompetanse mangler i spesialisthelsetjenesten	Hyppighet 3	Alvorlighet 4
<i>Pkt. 4e Det gis ikke adekvat behandling pga. manglende dobbeltkompetanse</i>		

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Det er lite kompetanse i psykisk helsevern om rus og vice versa. To ulike fagområder skal sys sammen, og det tar mange år. Det finnes måleinstrumenter som måler dobbeltkompetanse hos personalet, men det er ikke tatt i bruk i Norge.

Behandlere innen psykisk helsevern kvier seg for å ta opp temaet rus med pasientene. Det finnes anbefalt verktøy for å kartlegge bruk av rusmidler hos pasientene. De skal være kjent hos personalet, som skal være i stand til å bruke verktøyet.

Panelet pekte imidlertid også på at det pågår forbedringsarbeid og at det er stadig flere fagpersoner i tjenestene som har dobbeltkompetanse.

4.2.12 Ikke aktivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

12. Ikke aktivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	Hyppighet 3	Alvorlighet 4
<i>Pkt. 7a Spesialisthelsetjenesten og kommunen har ikke et aktivt samarbeid om ROP-pasienter før, under og etter behandling i helseforetak, herunder samarbeid ved utskrivning</i>		

Fagpanelets kommentarer og drøftelser:

Fagpanelet mente at det skjer svikt i overgangene, både internt i spesialisthelsetjenesten, internt i kommunene og mellom nivåene. For pasienter som har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen svikter samhandlingen. Det brukes mye ressurser på samhandling, men det kommer lite ut av det.

Flere pekte på at dette punktet henger nært sammen med pkt. 4k «Mangel på kontinuitet i behandlingen».

4.2.13 Mangelfulle risikovurderinger på systemnivå

13. Mangelfulle risikovurderinger på systemnivå	Hyppighet 4	Alvorlighet 3
<i>Pkt. 1c Ledelsen sørger ikke for systematisk kartlegging av fare for svikt på ROP-området</i>		

Fra diskusjoner i plenum:

Panelet diskuterte hvor alvorlig det er å ikke gjennomføre risikovurderinger på systemnivå. Det ble argumentert for at manglende risikovurderinger ikke får direkte konsekvenser for den enkelte bruker, mens andre mente at det nettopp kunne føre til alvorlige konsekvenser for brukeren.

Risikovurdering på systemnivå er et særlig ansvar for ledere på ulike nivå. For fastlegene er dette litt mer problematisk, de har ikke et ledernivå på samme måte som andre tjenester. Den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar.

Noen i fagpanelet mente spesialisthelsetjenesten har en bedre kultur for risikovurderinger enn kommunene. Svikt på systemnivå i kommunene er alvorlig for brukerne fordi kommunene har et bredere felt å ivareta enn spesialisthelsetjenestene. Det ble påpekt at det er viktig å ha med seg at tjenestene kan fungere bra også uten at det er gjort risikovurderinger.

5 Vurdering av gjennomføring og resultat

5.1 Metode og prosess

Som det fremgår av oppsummeringen i kapittel 4, var det uenighet og nyanser i syn på de ulike risikoområdene i fagpanelet. Selv om det var uenighet om både hyppighet og alvorlighet i på noen områder, var det stor grad av enighet om betydningen av tjenestenes kvalitet på de ulike områdene og om rangering.

Helsetilsynet mener at på tross av nyansene så har diskusjonene om hyppighet, alvorlighet og rangering gitt viktig kunnskap om hvor fagmiljøet selv mener det er størst fare for at det skal oppstå svikt og uønskede hendelser. Dette er informasjon som, sammen med annen kunnskap om tjenester til ROP-pasienter, gir Helsetilsynet et godt grunnlag for å bestemme tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018.

Ved en såpass omfattende risikovurdering har det stor betydning for resultatet at forarbeidet er gjort grundig. Spesielt er det to deler av forberedelsene som må fremheves som viktig for resultatet denne gang. Den ene er utarbeidelsen av grunnlagsdokumentet med de 51 risikopunktene som ble brukt i arbeidet på fagpanelsamlingen. Den andre er sammensetningen og rekrutteringen til fagpanelet.

Helsetilsynet vurderer at grunnlagsdokumentet som ble utarbeidet fungerte bra som utgangspunkt for diskusjoner i grupper og plenum.

Det ble valgt direkte rekruttering til fagpanelet, noe vi mener fungerte bra ved denne anledningen. Vi fikk en bred sammensetning, noe vi anså som viktig. Deltakerne ga også uttrykk for at sammensetningen var god og representativ. Sammensetningen er ikke minst viktig for at resultatet av fagpanelets arbeid skal ha tillit og tyngde i fagmiljøene innen rusbehandling og psykisk helsevern, både i spesialisthelsetjenesten, i de kommunale tjenestene og hos brukere og pårørende.

Inndelingen av arbeidsgruppene på samlingen var heller ikke tilfeldig. Også her var det vektlagt at hver gruppe skulle representere mangfoldet innen fagfeltet. Deltakerne ga uttrykk for at gruppesammensetningen var viktig for å få gode og helhetlige diskusjoner i gruppa.

En annen forutsetning for at prosessen på en fagpanelsamling skal lykkes, er en strukturert og ryddig møteledelse. Tydelighet i forventninger og klare oppdrag til gruppene og til plenum er nødvendig.

5.2 Resultater

Fagpanelet var samlet to dager, og det ble vekslet mellom gruppearbeid og diskusjoner i plenum. Med et så bredt og sammensatt felt kunne man tenke seg at det gruppene kom fram til ville variere sterkt. Men i all hovedsak var det god samstemmighet mellom gruppene om hvilke områder det var størst fare for svikt. Diskusjonene i plenum utfylte og nyanserte synspunktene som kom fra gruppene. Ved samlingens slutt var det stor grad av enighet om de tretten viktigste risikoområdene fagpanelet hadde kommet frem til, og om hvordan de skulle rangeres.

Helsetilsynet mener at deltakerne gjennom sin faglige bakgrunn, direkte kjennskap til praksis og engasjement for brukerne/pasientene, vurderte og analyserte tilbudet til personer med ROP-lidelser på en måte som ga et godt risikobilde av både spesialisthelsetjenestens og kommunenes tilbud. Resultatet gir oss et godt grunnlag for å beslutte tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018.

6 Evaluering fra deltakere i fagpanelet

I etterkant av fagpanelsamlingen ble deltakerne invitert til å gi en anonymisert evaluering. Den foregikk elektronisk, og 20 av 25 deltakere svarte.

Paneldeltakerne mente at denne metoden er godt egnet til å belyse risiko og at opplegget var engasjerende, lærerikt og faglig interessant. De la vekt på betydningen av panelets størrelse og sammensetning. Sammensetningen ivaretok både krav til kompetanse, erfaring, tverrfaglighet og praktisk arbeid nær pasienten hvilket fikk frem bredden i problemstillingene rundt tilbudet til personer med ROP-lidelser.

Denne formen for arbeid forutsetter tydelig forklaring for paneldeltakerne om rolle og forventninger, samt stram regi på plenumsdiskusjoner. Med engasjerte deltakere fra ulike fagfelt er det lett å bli avledet fra diskusjonenes formål.

Paneldeltakerne pekte videre på betydningen av gode og presise skriftlige dokumenter som grunnlag for diskusjonene og av at paneldeltakerne får en felles forståelse av begrepene hyppighet og alvorlighet.

7 Konklusjon

En av begrunnelsene for å gjøre risikovurdering av tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser, var at dette er et bredt og sammensatt tjenesteområde, som involverer ulike nivå i helse- og omsorgstjenestene og sosialtjenesten. I tillegg er det på nivåene ulike enheter som er sentrale for å ivareta brukerens/pasientens ulike behov. Bruker/pasient må forholde seg til mange ulike aktører, noe som utfordrer samhandlingen mellom de involverte.

De tretten punktene med størst fare for svikt som fagpanelet til slutt endte på, viser i klartekst at tjenester til personer med ROP-lidelser er mangslungne og blir ivaretatt av mange ulike aktører. Punktene spenner fra spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten til ivaretagelse av grunnleggende behov som for eksempel et sted å bo i kommunen. For personer med ROP-lidelser handler det om å få bistand til å takle alle deler av livet, ikke bare det som er direkte rettet mot behandling av rus- og psykisk lidelse.

Noen av punktene som er trukket frem involverer bare spesialisthelsetjenesten, andre bare kommunen. Flere av punktene er aktuelle for begge nivåene. Det kommer tydelig frem i de tre høyest rangerte risikopunktene: *manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og TSB* som bare berører spesialisthelsetjenesten, *mangel på tilpasset bolig* (inkludert innholdet i tjenestene i boligen) som er kommunens ansvarsområde, og *mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering* som gjelder begge nivåene i helse- og omsorgstjenestene.

Samhandling mellom nivåene, som ofte ses på som et risikoområde, ble ikke rangert så høyt av fagpanelet. Samhandling innenfor nivåene ble sett på som mer risikofyllt og rangert høyere.

Det er verdt å merke seg at flere av punktene som ble rangert høyt dreier seg om brukerens dagligliv og ikke så mye om helsefaglig behandling. Blant områdene som kom høyt opp, var tilpasset bolig og aktivitets/arbeidstilbud, brukermedvirkning og involvering av pårørende og annet nettverk.

Alt i alt viser risikovurderingen at tilbudet til personer med ROP-lidelse kan svikte på begge nivå og innen alle tjenester. For en sårbar gruppe med behov for sammensatte tjenester som dette er, kan svikt gi svært alvorlige konsekvenser. Dette bekymrer Helsetilsynet, og det bør bekymre dem som har ansvar for tilbudet til brukere/pasienter med ROP-lidelser.

Helsetilsynets konklusjon er at metoden som ble brukt ved denne risikovurderingen fungerte godt for å komme frem til risikobildet av tjenestilbudet til personer med ROP-lidelser. Resultatet blir sett på som så solid at det kan benyttes som grunnlag for valg av tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018.

En sentral lederoppgave innen helse- og omsorgstjenestene og sosialtjenesten er å vurdere risiko i egen virksomhet, sette i verk nødvendige tiltak for å eliminere eller forebygge risiko og følge med på om det fungerer etter intensjonen. Helsetilsynet er av den oppfatning at resultatet fra risikovurderingen står godt på egne ben, og bør kunne brukes aktivt av ledere på tjenesteområdet allerede nå for å vurdere hvordan deres egen praksis ivaretar områdene som er pekt på som særlig risikofylte.

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 Deltakere på formøter juni 2015

Deltakere på møtet med brukere- og pårørendeorganisasjoner, 18. juni 2015:

- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Foreningen for human narkotikapolitikk
- proLAR, Nasjonalt forbund for folk i LAR
- Barn av rusmisbrukere (BAR)
- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)
- Velferdsalliansen

Deltakere fra ideelle lavterskel/gatenære tilbud i Oslo, 24. juni 2015:

- Feltpleien (Frelsesarmeen)
- Møtestedet (Kirkens Bymisjon)
- 24SJU (Kirkens Bymisjon)

8.2 Vedlegg 2 Deltakere i fagpanelet

Fagpanel – risikovurdering av tjenester til personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – 29. og 30. oktober 2015

Navn	Arbeidssted
Lars Lien	Leder Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF. Professor II Høgskolen i Hedmark
Ivar Skeie	Overlege TSB, DPS Gjøvik, Sykehuset Innlandet HF. Forsker SERAF, UiO (10 %)
Anna Sabine Soggiu	Bydel Grünerløkka, NAV og bydelsadministrasjon
Linda Wüsthoff	Overlege, medisinskfaglig rådgiver, Oslo kommune, Sentrums- og storbyavdelingen, Velferdsetaten
Arne Johannesen	Fagsjef, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Telemark HF, Stabsfunksjon til klinikksjefen, Sykehuset Telemark HF
Jorunn Lorentsen	Avdelingsleder, Avdeling for psykiatri og rusbehandling. LARiNord, UNN Tromsø
Anders Dalsaune Jansen	Tyrilistiftelsen, nestleder
Alf Georg Opheim Sørensen	Seksjonsleder Kronstad psykosepoliklinikk/FACT-teamene Kronstad DPS, Helse Bergen HF
Jon Ragnar Skotte	Spesialisert poliklinikk, Voksenpsykiatrisk poliklinikk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus
Hege Raastad Basmo	Kommuneoverlege i Hamar. Leder for Samfunnsmedisinsk enhet for Hamar-regionen
Olav Ervik	Fastlege og lege i fengselshelsetjenesten Bergen fengsel
Nina Larsen	Enhetsleder Nav, Bydel Gamle Oslo
Tove H Buseth	24SJU, Kirkens bymisjon Oslo
Kari Lossius	Klinikkdirektør Stiftelsen Bergensklinikkene. Veileder Universitetet i Bergen og konsulent ved Studentsamskipnaden i Bergen (behandler)
Ragnhild Thoner	Nasjonal kompetansetjeneste for rus og psykisk lidelse, leder for implementeringsprosjektet
Anna Rita Spein	SANKS Karasjok, sPUT samisk psykiatrisk ungdomsteam
Rolf Gråwe	FOU-leder, Seksjon for forskning og utvikling, St. Olavs hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. Professor i rusmedisin, Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.
Ole Lorvik	Klinikksjef, Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, Helse Møre og Romsdal HF
Janne Mustorp Ultvedt	Fagleder for rus- og psykisk helse i Eidsberg kommune
Esther Gilen	NAV-leder på Lillehammer. Konstituert leder av NAV Valdres (6 kommuner)

<i>Navn</i>	<i>Arbeidssted</i>
Unni Borg	Oppfølgingstjenesten Rus og psykiatri, Bodø kommune
Line Eikenes Langsholt	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, RIO
Anne Grete Terjesen	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
Mette Nygård	Enhetsleder for rus og psykisk helse, Narvik kommune
Gaute Skirbekk	Seksjonssjef helseavdelingen, Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fra Statens helsetilsyn:

Jo Kittelsen	Assisterende direktør
Marianne Noodt	Fagsjef
Richard Knoff	Seniorrådgiver
Wenche Skjær	Seniorrådgiver
Jens Fredrik Selmer	Seniorrådgiver
Ingrid Havnes	Seniorrådgiver
Beate Fisknes	Seniorrådgiver
Sidsel Platou Aarseth	Seniorrådgiver

8.3 Vedlegg 3 Program – risikovurdering av tjenester til personer med ROP-lidelser 29. og 30. oktober 2015

Torsdag 29. oktober

- 9.30 Registrering. Rundstykker, kaffe/te
- 10.00 Åpning av samlingen
- Risikotenkning og tilsyn
 - Bakgrunn, fremgangsmåte mv. for denne risikovurderingen
 - Utarbeidelse av risiko- og sviktpunkter
 - Innledning til første gruppearbeid
- 11.20 Pause, kaffe/te, gruppene finner møterommene
- 11.30 Gruppearbeid 1 - de første 5 risikoområdene
Gruppen legger selv inn pause ved behov
- 13.00 Lunsj
- 14.00 Plenum - gruppene legger frem de 5 første risikoområdene
Plenum enes om de fem viktigste
- 15.00 Pause
- 15.10 Gruppearbeid 2 - neste 5 risikoområder
Gruppen legger selv inn pause ved behov
- 16.30 Pause, kaffe/te
- 16.45 Plenum - gruppene legger frem de neste 5 risikoområdene
Plenum enes om de neste 5 risikoområdene
- 17.45 Kort oppsummering av dagen og innledning til gruppearbeid 3 på dag 2
- 18.00 Slutt for dagen.
- 19.30 Middag

Fredag 30. oktober

- 8.30 Gruppearbeid 3 – gruppene rangere risikoområdene etter hyppighet og konsekvens
- 9.30 Pause og utsjekk
- 10.00 Plenum - gruppene presenterer sin rangering av alvorlighet og hyppighet
Plenum enes om rangering av risikoområdene
- 11.00 Pause, kaffe/te
- 11.10 Gruppearbeid 4 - Årsaker til de tre viktigste risikoområdene
- 12.00 Plenum – gruppene presenterer årsaker til de tre viktigste risikoområdene
- 12.45 Sluttord ved møteleder
- 13.00 Lunsj
- 14.00 Slutt – vel hjem!

8.4 Vedlegg 4 Grunnlagsdokumentet med 51 risikopunkter utarbeidet av Statens helsetilsyn

Risikopunkter utarbeidet av Statens helsetilsyn i forkant av fagpanelsamlingen.

Ruslidelse og psykisk lidelse: Uønskede hendelser og forhold

<i>Pkt.</i>	<i>Stikkord/etikett</i>	<i>Utdypende tekst fra kilde</i>
-------------	-------------------------	----------------------------------

8.4.1 Organisering og styring

1a	Uklare ansvarsforhold	Uklarhet om ansvar for og nødvendig samhandling om målgruppen
1b	Oppsplittet spesialisthelsetjeneste	Behandling av rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser organiseres i separate enheter i spesialisthelsetjenesten
1c	Mangelfulle risikovurderinger	Ledelsen sørger ikke for systematisk kartlegging av fare for svikt på ROP-området
1d	Svak avvikshåndtering	Uklare ansvarsforhold og flytende rutiner for avvikshåndtering

8.4.2 Pasient- og brukerrettigheter

2a	Svikt i vurdering av henvisninger	Henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir ikke håndtert i tråd med regelverket. For eksempel blir henvisninger vurdert for sent, blir avvist pga. mangelfulle opplysninger, kompetanse kan være mangelfull
2b	Mangelfull brukermedvirkning	Behandlingsmål og -plan utarbeides uten medvirkning fra brukeren
2c	Informasjon svikter	Bruker og pårørende får ikke informasjon om tjenestetilbud
2d	Uhjemlet tvang	Uhjemlet tilbakeholdelse, undersøkelse mv.
2e	Utskrivning som reaksjon	Utskrivning fra behandlingsopplegg benyttes som reaksjon ved rusing eller annen uønsket atferd

8.4.3 Utredning (kartlegging og diagnostisering)

3a	Isolert kartlegging	Kartlegging skjer isolert, uten tilknytning til behandlingstiltak eller tilbud om behandling og oppfølging
3b	Kartleggingsverktøy brukes ikke systematisk	Anbefalte kartleggingsverktøy benyttes ikke systematisk i utredningen
3c	Behersker ikke kartleggingsverktøy	Personalet behersker ikke de anbefalte kartleggingsinstrumentene
3d	Rusmiddelbruk overses	Rusmiddelbruk kartlegges ikke hos personer med psykiske problemer
3e	Psykiske lidelser overses	Psykisk helse kartlegges ikke hos personer med rusmiddelproblemer
3f	Somatiske lidelser overses	Somatiske symptomer tas ikke alvorlig
3g	Spesifikke sykdommer overses	Somatisk utredning, inklusiv utredning av tannhelse, innrettes ikke mot de sykdommene som personer med ulike typer rusmiddelbruk er mest utsatt for å få
3h	Kartlegger ikke brukerens livssituasjon	Kartlegger ikke bosituasjon, familie (inkludert barn), annet nettverk, økonomi, ernæring, helse og kriminalitet
3i	Kartlegger ikke brukerens funksjonsnivå og ressurser	Kartlegger ikke funksjonsevne, mestring, ressurser og motivasjon for utdanning og arbeid
3j	Unødvendig gjentatt kartlegging	Kartlegging gjentas unødvendig – resultatet følger ikke personen
3k	Svak diagnostisk kompetanse	Manglende spesialistkompetanse og/eller opplæring i bruk av diagnostiske instrumenter
3l	For raske diagnoser	Diagnoser settes for fort, uten tilstrekkelig observasjon og vurdering
3m	Klinisk vurdering mangler	Bruk av diagnoseverktøy kombineres ikke med en grundig klinisk vurdering
3n	Nevropsykologisk utredning mangler	Nevrokognitive funksjoner vurderes ikke som ledd i utredningen
3o	Selvmondsrisiko undervurderes	Selvmondsrisiko undervurderes – tross schizofreni, bipolar lidelse eller rusmisbruk
3p	Voldsrisiko undervurderes	Voldsrisiko undervurderes – tross risikofaktorer

8.4.4 Behandling

4a	Oppsplittet behandling	Behandlingen for rus og psykiske lidelser foregår ikke integrert og samtidig
4b	Individuell plan mangler	Individuell plan ikke utarbeidet eller ikke iverksatt
4c	Mangelfull avrusning	Avrusningsretningslinjen følges ikke
4d	Ikke tilpasset behandling	Behandling ikke tilpasset ulike psykiske lidelser
4e	Dobbeltkompetanse mangler	Det gis ikke adekvat behandling pga. manglende dobbeltkompetanse
4f	Får ikke tilpasset bolig	Institusjon og kommune sørger ikke for å finne stabil, tilpasset bolig til pasienter som er bostedsløse ved innleggelse
4g	Bostedsløse uten oppfølging	ROP-pasienter som mangler bolig følges ikke opp av oppsøkende behandlingsteam (f.eks. ACT)
4h	Personens ressurser overses	Behandlingen støtter ikke opp om personens egne ressurser slik at livskvalitet bedres
4i	Pårørende og annet nettverk overses	Behandlingen vektlegger ikke involvering og tilknytning til pårørende (inkludert barn) og annet nettverk
4j	Tilpassede aktivitetstilbud mangler	Brukere overlates til seg selv etter utskrivning, uten tilbud om arbeid eller aktivitet
4k	Mangler kontinuitet i behandlingen	Personer med ROP-lidelser får ikke tilfredsstillende oppfølging for å unngå brudd i behandlingen, f.eks. ved gjennomført avrusning og utskrivning fra døgnbehandling
4l	Rusutløst psykose avvises i PH	Psykisk helsevern avviser personer med akutte psykoser fordi lidelsen er rusutløst
4m	Psykiske lidelser avvises i TSB	TSB avviser rusavhengige med psykiske lidelser
4n	Psykiske lidelser ubehandlet	Behandling av psykiske lidelser avsluttes ved rusfrihet, selv om de ikke er vesentlig bedret

8.4.5 Behandling og oppfølging i kommunene

5a	Svak identifisering	Kommunens tjenesteapparat (herunder sosiale tjenester og fastleger) mangler rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer
5b	Henviser ikke riktig	Kommunen sørger ikke for henvisning til rett utrednings- og behandlingsnivå når ROP-lidelser avdekkes
5c	Økonomiske problemer undervurderes	Økonomiske problemer, herunder gjeld, kan være undervurdert

8.4.6 Behandling i spesialisthelsetjenesten

6a	Kompetansesvikt i TSB	TSB mangler kompetanse til å behandle personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
6b	Kompetansesvikt i PH	PH mangler kompetanse til å behandle personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

8.4.7 Samhandling

7a	Sphtj/komm: Ikke aktivt samarbeid	Spesialisthelsetjenesten og kommunen har ikke et aktivt samarbeid om ROP-pasienter før, under og etter behandling i helseforetak, herunder samarbeid ved utskrivning
7b	Sphtj/komm: Svikt i veiledning	Spesialisthelsetjenesten gir ikke tilstrekkelig veiledning til de kommunale tjenestene, inkludert akutt veiledning ved behov
7c	Komm: Svak samhandling mellom kommunale tjenester	Kommunale instanser ivaretar ikke sitt felles ansvar for et samordnet og integrert oppfølgingstilbud for ROP-pasienter
7d	Sphtj: Svakt samarbeid rus/psykisk helsevern	Mangler rutiner og avtaler for samarbeid mellom rus-institusjon og psykisk helsevern
7e	Ikke rask tilgang til hjelp	Personer med ROP-lidelser får ikke tilgang til rask og riktig hjelp når de trenger det, f.eks. i kriser og når de er motivert for behandling
7f	Fastlege lite involvert	Kommuneansatte og sykehusansatte savner samarbeid med pasientens fastlege
7g	DPS lite involvert	Kommuneansatte opplever DPS-ene som fraværende i samarbeidet rundt pasientene

8.5 Vedlegg 5 Litteraturliste

Bratrud TL, Granerud A. Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2011; 8(3): 206–217.

Evjen R, Kielland KB, Øiern T. Dobbel OPP - om psykiske lidelser og rusmisbruk. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.

Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. Oppsummeringsrapport. Internserien 15/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.

Krav til risikovurderinger. Norsk Standard 5814:2008. Oslo: Standard Norge, 2008.

Kvam M. Mange med ROP-lidelse får ikke nok hjelp. Intervju med Lars Lien, leder for Nasjonal ROP-tjeneste. Nettartikkel, NHI Norsk helseinformatikk, 1. oktober 2014. <http://nhi.no/livsstil/mange-med-rop-lidelse-far-ikke-nok-hjelp-45308.html> (28.11.2016)

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: Sammensatte tjenester - samtidig behandling. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.

Risikobildet av norsk kreftbehandling. Rapport fra Helsetilsynet 4/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.

Vurdering av sårbarheten i medisinsk og helsefaglig forskning. Internserien 11/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012

Wüsthoff LE, Waal H, Ruud T, Røislien J, Gråwe RW. Identifying co-occurring substance use disorders in community mental health centres. Tailored approaches are needed. Nordic journal of psychiatry 2011; 65(1): 58–64.

Guorahallan das makkár váilevašvuodát sáhttet leat bálvalusain olbmuide geain leat sihke gárrenmirkogillámušat ja psyhkalaš gillámušat

Čoahkkáigeassu Dearvvašvuodageahču raporttas 3/2016

Olbmot geain leat gillámušat sihke gárrenmirkogeavaheami ja psyhkalaš buozanvuoda geažil (dárogiillii oaniduvvon ROP-gillámušat) leat hearkkes dilis, ja sii dárbbasit mánggabealat bálvalusaid. Jus okta dahje mánga dain bálvalusain lea váilevaččat, de sáhttá dat dagahit duodalaš váikkuhusaid. Stáhta dearvvašvuodageahču lea 2015:s guorahallan riskkaid mat sáhttet čuožžilit bálvalusaid hárrái dáidda olbmuide. Boadus das – riskkat gehččojuvvon fágabirrasa čalmmiiguin – čilgejuvvojit dán raporttas.

Riskaguorahallan čájehii ahte fálaldat olbmuide, geain leat gillámušat sihke gárrenmirkogeavaheami ja psyhkalaš buozanvuoda geažil, sáhttá leat váilevaš sihke spesialistadearvvašvuodabálvalusas ja suohkaniid dearvvašvuoda- ja sosiálabálvalusaid dáfus.

Dat golbma suorggi gos gávnnavuovjedje stuorámuš riskkat, leat:

- váilevaš oktanaga ja oktiiheivehuvvon dikšu psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusas ja fágaidrasttideaddji gárrenmirkodivššus (dárogiillii oaniduvvon TSB)
- geavaheaddji/divššohas ii oaččo heivehuvvon orrunsaji (dás maiddái ahte eai leat heivehuvvon bálvalusat orrunsajis)
- váilevaš čielggadeapmi, árvvoštallan ja diagnostiseren (sihke somáhtalaš ja psyhkalaš dearvvašvuoda hárrái, ja gárrenmirkkuide darváneami hárrái)

Dearvvašvuodageahču áigu riskaguorahallama bohtosiid atnit vuodđun go vällje guđiid surggiid riikkaviidosasgeahču galgá guorahallat 2017:s ja 2018:s. Mii dáhttut dál ahte iešgudetge bálvalusaid jodiheaddjit árvvoštallat iežaset geavada dain surggiin mat leat gávnnavuvvon erenoamáš riskavuložin ja ahte dasa atnet riskaguorahallama bohtosiid ja dán raportta aktiivvalaččat.

Risk assessment of services for people with concurrent drug dependence and mental health disorders

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 3/2016

People with concurrent drug dependence and mental health disorders are a vulnerable group of people who need a range of different services. Deficiencies in one or several areas can have very serious consequences. In 2015, the Norwegian Board of Health Supervision carried out a risk assessment of services for these people. The results – the risk situation seen from the point of view of the professionals – are described in this report.

The risk assessment showed that both hospital services and municipal health and social services for people with concurrent drug dependence and mental health disorders can be inadequate.

The three most serious problems in relation to risk are:

- Lack of co-ordination of treatment provided by mental health services, and interdisciplinary specialized treatment for drug dependence.
- The accommodation that clients receive and the services that are provided in their home, are not always adapted to their needs.
- Inadequate examination, assessment and diagnosis (including somatic disorders, mental health disorders and drug dependence).

The Norwegian Board of Health Supervision will use the results of the risk assessment as the basis for choosing the theme for countrywide supervision in 2017 and 2018. We also wish leaders in the different services to use this report, and the results that are presented in the report, actively to assess their own practice in the areas that have been identified as particularly leading to risk.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2016

1/2016 Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

2/2016 Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid? Status og erfaringer 2015 fra Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn

3/2016 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Utgivelser 2015

1/2015 «–Bare en ekstra tallerken på bordet?» Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med oppfølging av barn som bor i fosterhjem

2/2015 Kvalifisert til kvalifisering? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet i Nav

3/2015 Mye å forbedre – vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

4/2015 Med blick for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpende oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova

5/2015 Med tilsynsblick på alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2014 fra Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

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

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

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2016

Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) er en sårbar gruppe med behov for sammensatte tjenester. Svikt på ett eller flere områder kan gi svært alvorlige konsekvenser. Statens helsetilsyn gjorde i 2015 en risikovurdering av tjenestene til denne gruppen. Resultatet – risikobildet sett med fagmiljøets øyne – beskrives i denne rapporten.

Risikovurderingen viste at tilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan svikte innen både spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjenester.

De tre områdene som ble rangert som mest risikoutsatte er:

- manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- bruker/pasient får ikke tilpasset bolig (inkludert ikke tilpasset innholdet av tjenester i boligen)
- mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering (både somatisk og psykisk helse samt rusavhengighet)

Helsetilsynet vil benytte resultatet av risikovurderingen som grunnlag for valg av tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018. Vi ønsker også at resultatet og denne rapporten skal bli brukt aktivt av ledere i de ulike tjenestene for å vurdere hvordan deres egen praksis er på de områdene som er pekt på som særlig risikofylte.