

Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2017–2018. Spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Internserien 1/2017

Saksbehandler: seniorrådgiver Susanne Lie

Godkjent av: Fungerende direktør Heidi Merete Rudi, 2. februar 2017

Målgruppe: Tilsynsledere, revisjonsledere og revisorer i fylkesmannsembetene

Denne utgivelsen er publisert på www.helsetilsynet.no. I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett finnes utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Formatet her er generert automatisk fra intranettet, og designet er derfor ikke gjennomarbeidet som en tradisjonell publikasjon. Dokumentet kan også inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

Innholdsfortegnelse

1	Tilsynets og veilederens innretning	3
1.1	Om samtidig psykisk lidelse og ruslidelse.....	3
1.2	Bakgrunnsinformasjon om valg og innretning av tilsynet	4
1.3	Tilsynets innretning	5
1.4	Definisjoner og avgrensninger	7
1.5	Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	7
1.6	Hvordan veilederen skal forstås og brukes.....	9
2	Tilsynets tema: spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse	10
2.1	Utredning	11
2.2	Diagnostisering	22
2.3	Behandling.....	24
2.4	Avslutning av behandling.....	28
3	Tilsynets revisjonskriterier – kort oppsummering av kapittel 2.....	30
3.1	Om forståelse og bruk av revisjonskriteriene	30
3.2	Revisjonskriteriene	30
4	Planlegging, forberedelse og gjennomføring av tilsynet.....	33
4.1	Bakgrunn for valg av tilsynsmetodikk	34
4.2	Nødvendig kompetanse i tilsynslagene og bruk av fagrevisor	34
4.3	Praktisk innretning av tilsynet.....	34
4.4	Særlig om intervjuer med pasienter.....	35
4.5	Særlig om undersøkelser i TSB	36
4.6	Særlig om journalgjennomgang.....	36
5	Tilsynsrapporter	38
5.1	Tilsynsrapport fra den enkelte systemrevisjon.....	38
5.2	Oppsummering.....	38
6	Oversikt over vedlegg til veilederen	38

1 Tilsynets og veilederens innretning

1.1 Om samtidig psykisk lidelse og ruslidelse

Om pasientgruppen

Pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse finnes i alle samfunnslag, med stor variasjon i funksjonsnivå og hvor synlige deres problemer er. Pasientgruppen utgjør en betydelig del av pasientpopulasjonen innen psykisk helsevern (PHV). Likeledes er det mange i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelproblemer som har en samtidig psykisk lidelse. Det er grunn til å anta at denne sammensatte problematikken forblir uoppdaget hos mange fordi spesialisthelsetjenestene ikke identifiserer slik komorbiditet (samtidighet). Registrert forekomst¹ av samtidig diagnostisert ruslidelse og psykisk lidelse i henholdsvis PHV og TSB, sammenholdt med forskningsresultater², peker i retning av sannsynlig underdiagnostisering på begge områder.

Psykiske lidelser og ruslidelser inngår ofte i et komplekst samspill der symptomer kan forveksles, tildekkes, forverres eller utløses gjensidig. For å kunne gi virkningsfull helsehjelp, er det en forutsetning at pasientene er tilstrekkelig utredet for både psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk.

Livstidsforekomst av ruslidelser hos mennesker med psykiske lidelser er generelt høy, og i særlig grad ved alvorlige lidelser som schizofreni og bipolar lidelse³. Oppsummert forskning⁴ har vist at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser.

Organisering av spesialisthelsetjenestene⁵

Det er en økende erkjennelse av at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer samtidig, og at det foreligger et gjensidig uheldig samspill mellom de to typene lidelser. Til tross for dette har det tatt tid å utvikle spesialisthelsetjenester som sikrer pasientene samordnet og/eller integrert helsehjelp for begge lidelser. Fagfeltet er relativt nytt innen spesialisthelsetjenesten og fortsatt i utvikling.

Ved utredning og behandling av pasientgruppen er samhandling internt i helseforetakene vesentlig. Helseforetakene må ta hensyn til at pasientene kan ha sammensatte lidelser, herunder også somatiske, og foretakene må organisere og legge til rette sine tjenester slik at pasientene får helhetlig helsehjelp, enten tjenestene gis av én eller flere ulike organisatoriske enheter. En særlig utfordring er knyttet til å bygge kompetanse på ruslidelser og psykiske lidelser i henholdsvis PHV og TSB, alternativt å få til nødvendig samarbeid mellom PHV og TSB. Videre er godt samspill mellom pasientene og de som yter spesialisthelsetjenester viktig for å få til reell medvirkning og et godt behandlingstilbud.

PHV har som utgangspunkt hovedansvar for tjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Kun ved alvorlig ruslidelse, uten kjent samtidig alvorlig psykisk lidelse,

¹ Tall fra Helsedirektoratet/Samdata 2014

² Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), s. 24-25 (Mueser, Noordsy et al., 2006), s. 28

³ IS-1948, s. 27 (Duke et al., 1994, Fowler et al. 1998, Mueser et al., 2000)

⁴ IS-1948, s. 26 (Alonso et al., 2004, Kendler et al., 1995, Regier et al., 1990c)

⁵ Pakkeforløp for psykisk helse og rus er under utarbeidelse i regi av Helsedirektoratet fra september 2016.

ligger hovedansvaret hos den del av tjenesten som yter TSB. Ansvarsfordelingen er illustrert i tabellen nedenfor⁶:

<i>Ansvar</i>	PHV	PHV/TSB	TSB
<i>Psykisk lidelse</i>	Alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse
<i>Ruslidelse</i>	Alvorlig og mindre alvorlig ruslidelse	Mindre alvorlig ruslidelse	Alvorlig ruslidelse

Innen PHV er de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) hovedveien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. DPSene er svært ulikt organisert. Små DPS kan bestå av døgnenhet og allmennpsykiatrisk poliklinikk samt et ambulant tilbud. Større DPS kan ha ulike spesialiserte polikliniske tilbud, for eksempel egen psykosepoliklinikk, gruppeterapeutisk team, rusteam og ambulant akutenhet. Se oversikt over DPS poliklinikk og TSB i vedlegg 1.

RHFene har siden rusreformen i 2004 hatt ansvar for å organisere TSB-tilbudet. Alle helseforetak skal sørge for at det er tilgjengelig døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling enten i eget foretak eller gjennom private avtalepartnere. Organiseringen av de polikliniske tilbudene innen TSB varierer. TSB er i noen helseforetak organisert i en egen avdeling/divisjon utenfor PHV, og i andre foretak samorganisert med PHV. RHFene har også (i varierende grad) inngått avtaler med private institusjoner om å levere polikliniske tjenester i TSB.

1.2 Bakgrunnsinformasjon om valg og innretning av tilsynet

Tjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer har gjennom flere år kommet høyt opp i prioriteringsrundene for valg av tema til landsomfattende tilsyn, uten at det har nådd helt opp før nå. En rekke kunnskapskilder har vist at det er flere risikoområder innenfor denne typen tjenester. Statens helsetilsyn besluttet i oktober 2014 et langtidsløp med tilsynsaktiviteter for perioden 2015-2018, rettet mot tjenestetilbudet til personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (ROP-pasienter). I juni 2015 ble det besluttet at det i 2017 og 2018 skulle gjennomføres landsomfattende tilsyn med tjenester til pasienter med ROP-lidelser. Statens helsetilsyn gjennomførte i 2015 en risikovurdering for å få bedre grunnlag for å velge tilsynsområder. Tilsynsområdene er valgt på bakgrunn av denne risikovurderingen⁷

Det skal gjennomføres ett tilsyn med spesialisthelsetjenester, og ett tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i NAV. Tilsynene skal utføres som systemrevisjon. Det er utarbeidet egne veiledere for hvert av disse to tilsynene. De to tilsynene vil kunne fange opp ulike pasienter/brukere i denne gruppen, ettersom ulike risikoområder er identifisert i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Målet er en bred undersøkelse av tilbudet til pasient-/brukergruppen samlet sett. Plikten til å tilrettelegge for samhandling vektlegges, uten at dette er et tilsyn med samhandling på tvers av nivåer.

⁶ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), s. 74

⁷ Rapport fra Statens helsetilsyn 3/2016 *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*; https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport3_2016.pdf

Tilsynet med spesialisthelsetjenestene vil rettes mot DPS poliklinikk. Antall pasienter som får poliklinisk behandling i PHV (DPS poliklinikk) har økt med 144 % i perioden 1998-2014, korrigert for befolkningsvekst, mens det har vært en reduksjon på 51 % i antall døgnbehandlinger^{8,9}. Andelen konsultasjoner ved DPS har økt fra 53 til 85 % av konsultasjonene i PHV. Dreiningen fra døgnbehandling til poliklinisk behandling har vært en styrt og ønsket utvikling. Antallet døgnplasser er bygget ned med 47 % i perioden. Døgnopphold i DPS og i akuttpsykiatriske avdelinger er oftest av kortere varighet enn polikliniske behandlingsforløp, gjerne dager eller få uker. Pasienter i døgnavdelinger vil også ofte henvises til et poliklinisk tilbud etter utskrivelse. I poliklinikk finner man en bred pasientgruppe med psykiske lidelser av alle alvorlighetsgrader. Mange pasienter vil også ha sitt første møte med PHV i DPS poliklinikk. Det er viktig å fange opp samtidig ruslidelse tidlig i forløpet hos pasienter som kommer i kontakt med PHV.

Flere fagpersoner i krysningsfeltet PHV/TSB, inkludert noen av deltakerne fra samlingen for risikovurderingen, har deltatt i drøftingsmøter under arbeidet med veilederen. Vi har også innhentet innspill til et tidlig utkast av veilederen fra disse fagpersonene samt fra dem som skal være fagrevisorer med lege-/psykologbakgrunn i tilsynet. Brukerorganisasjoner har på ulike måter bidratt med innspill til veilederarbeidet. Vi har innhentet synspunkter i møte med BrukerROP¹⁰, og vi har fått nærmere innspill fra oppnevnte kontaktpersoner¹¹. Vi har hatt eget møte med kontaktpersonene og to representanter fra fylkesmennene om hvordan vi kan involvere enkeltpasienter i tilsynet. Vi har også hatt møte med Helsedirektoratet.

Veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av følgende personer fra Statens helsetilsyn: Ingrid A. Havnes (frem til 1. mai), Jens Fredrik Selmer, Marianne Steen, Kjersti Engehaugen, Toril Sagen, Aud Frøysa Åsprang, Susanne Lie (oppgaveansvarlig) og Kirsti Marie Stokkeland (fagsjef).

1.3 Tilsynets innretning

Tema for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2017-2018 er:
Spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon der det skal undersøkes om helseforetakene legger til rette for og følger opp at disse pasientene får helhetlige, individuelt tilpassede og forsvarlige polikliniske tjenester innen PHV. I praksis er det DPS poliklinikk det skal føres tilsyn med. For å skaffe best mulig faktagrunnlag, skal det også gjennomføres intervjuer med pasienter og brukes spørreskjemaer for TSB. Informasjonen som skal innhentes fra TSB vil særlig kunne belyse hvordan samhandling og kompetanseutveksling med DPS poliklinikk gjennomføres og fungerer. Gjennomføringen av tilsynet beskrives nærmere i kapittel 4, inkludert bruken av fagrevisor.

⁸ Årsrapport for psykisk helsevern for voksne og TSB 2015, Helsedirektoratet, og Distriktpsikiatriske tjenester 2014 – Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre (rapport IS-2395), Helsedirektoratet.

⁹ *Poliklinisk behandling* er behandling som utføres ved konsultasjoner ved en poliklinisk enhet, og som er mindre omfattende enn dagbehandling. *Dagbehandling* er utredning og behandling som er mer omfattende enn poliklinisk konsultasjon, men hvor pasienten ikke overnatter. Dagbehandling kan utføres poliklinisk eller ved dagopphold.

¹⁰ Helsedirektoratets brukerråd innen rus- og psykisk helse-feltet, hvor 16 organisasjoner deltar.

¹¹ En representant fra Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) og en fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP).

Tilsynet er inndelt etter sentrale faser i et behandlingsforløp:

- Utredning
- Diagnostisering
- Behandling
- Avslutning av behandling

Samordnet og/eller integrert behandling av psykisk lidelse og samtidig ruslidelse er avhengig av at ruslidelser avdekkes hos pasienter med psykiske lidelser. Dette må gjøres gjennom gode utredninger, uavhengig av organiseringen av tjenestetilbudet. Tilsynet vil derfor særlig vektlegge oppstartsfasen i pasientforløpet. Ettersom pasientenes samtidige lidelser og samspillet mellom disse er sentralt for det videre forløp, vil vi se spesielt på om rusmiddelproblemer avdekkes, om dette gjøres tidlig, og om rusmiddelproblemene følges opp med videre utredning. Det skal også undersøkes om det videre behandlingsforløpet er forankret i utredningen og er samordnet og/eller integrert.

Pasientenes erfaringer og medvirkning er viktig i alle deler av ethvert behandlingsforløp, som et bidrag i utformingen av gode og helhetlige tjenester for pasientene. Medvirkning forutsetter at pasientene gis nødvendig informasjon. Informasjonen må være gitt på en måte som pasientene forstår, på et tidspunkt pasientene har bruk for den og med en hensikt om at pasientene skal settes i stand til å ivareta egne interesser.

Pårørende vil ofte være, eller kan bli, en viktig ressurs i behandlingen. Av hensyn til tilsynets omfang har vi valgt ikke å gå i dybden på dette temaet. Involveringen av pårørende vil imidlertid bli indirekte belyst gjennom undersøkelse av pasientenes sosiale situasjon.

Pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse har også ofte dårlig somatisk helse. Risikoen for helseproblemer øker når de to typene lidelser opptrer i samspill. God somatisk helse kan være en faktor som bidrar til bedring. Kartlegging av somatisk helse hos pasientene er derfor et undersøkelsestema.

Psykisk lidelse og samtidig rusmiddelbruk innebærer forhøyet risiko for selvmord, voldsutøvelse og overdose. Kartlegging av disse risikoområdene inngår derfor i tilsynet.

Tilsynet vil omfatte pasienter i alle diagnosegrupper. Forekomsten av samtidig rusmiddelproblematikk er statistisk sett¹² særlig høy hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Med alvorlig psykisk lidelse mener vi psykoselidelser (herunder rusutløste psykoser), bipolar lidelse I, og alvorlig depresjon med og uten psykotiske symptomer. Disse pasientgruppene vil finnes i DPS poliklinikk, men i DPS med små opptaksområder kan forekomsten være lav. Tilsynet vil derfor også omfatte pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser. Pasientene med mindre alvorlige lidelser kan fremstå som velfungerende på flere områder, og den samtidige problematikken kan være vanskeligere å avdekke. Tilnærmingen i DPS til avdekking og utredning av samtidig rusmiddelproblematikk vil være lik for alle pasienter.

¹² Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), s. 27-28, og Nesvåg et.al. 2015, Volume 50, no 8, i *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (FHI) «*Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder and depressive illness*».

Enkelte DPS vil kun ha allmennpsykiatrisk poliklinikk, mens andre DPS også vil kunne ha mer spesialiserte psykosepoliklinikker, poliklinikker for rus og psykiatri m.v. Praksis kan variere avhengig av ved hva slags poliklinikk/enhet undersøkelsene gjøres.

1.4 Definisjoner og avgrensninger

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948) definerer målgruppen som personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse (skadelig bruk og/eller avhengighet) samt personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse der hvor hver av de to lidelsene er forbundet med betydelig funksjonssvikt. Definisjonen baserer seg på vurderinger av både diagnose og funksjonsnivå, og peker på en pasientgruppe med et stort og sammensatt behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten og hjelp og støtte fra andre offentlige instanser.

I dette tilsynet definerer vi målgruppen som:

Personer med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblematikk i form av behandlingstrengende rusmiddelproblemer, uavhengig av om rusmiddelproblemet kan defineres som en ruslidelse (skadelig bruk og/eller avhengighet).

Med *rusmidler* mener vi alkohol, vanedannende legemidler (feil bruk/overforbruk), illegale rusmidler og anabole steroider.

Det *polikliniske* pasientforløpet i DPS skal undersøkes i tilsynet. Tilsynet er av hensyn til omfanget avgrenset mot mottak og vurdering av henvisninger. Pasientgruppene som skal undersøkes i tilsynet vil kunne ha kortere eller lengre opphold i akutt-/døgnavdeling, uten at behandlingen som gis der skal undersøkes særskilt. Det samme gjelder for dagbehandling. Ettersom tilsynet er rettet mot PHV, skal ikke polikliniske enheter i DPS som primært tilbyr TSB undersøkes.

Med *utredning* menes utredning av den mulige ruslidelsen og påvirkningen bruk av rusmidler kan ha på pasientenes psykiske helse. Ettersom tilsynet er rettet mot PHV, forutsettes det at den psykiske lidelsen utredes på forsvarlig måte. Begrepet *kartlegging* henspeiler på den første fasen av en utredning, der informasjon fra og om pasientene innhentes.

Pasienter som tvangsbehandles kan inngå i tilsynet, men tvangsbruk er ikke eget tema.

1.5 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Ved tilsynet står kravet om forsvarlig virksomhet, inkludert virksomhetenes plikt til systematisk styring, sentralt. Det samme gjelder kravet om pasientmedvirkning. Lovgrunnlaget omtales på generelt grunnlag her, og utdypes mot tilsynets temaer i kapittel 2.

Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2, er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor lovverket. Forsvarlighetskravet for helsetjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i

forsvarlighetskravet endrer seg derfor i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning.

Beskrivelsene i Helsedirektoratets publikasjoner gir uttrykk for nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helsetjenestene. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold, men kan ikke benyttes i tilsynet som hjemmel ved eventuelle avvik. Helsedirektoratet har utarbeidet følgende publikasjoner som er særlig aktuelle for dette tilsynet:

- *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948)*
- *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388)*
- *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)*
- *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger (IS-1925)*
- *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)*
- *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (IS-2211)*
- *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*
- *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)*
- *Vurdering av risiko for voldelig atferd (IS-9/2007)*

Faglige anbefalinger i slike publikasjoner danner et grunnlag for faglig god praksis og tjenester av rett kvalitet. Ledelsen skal også gjennom sin styring og oppfølging av tjenestene som ytes bidra til forsvarlige tjenester.

Plikten til systematisk styring

Ny forskrift ble fastsatt ved kongelig resolusjon 28. oktober 2016 og trådte i kraft den 1. januar 2017: *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. I praksis er ikke dette nye krav, men presiseringer av kravene i *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*, som gjaldt tidligere. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Helsetjenesten er pålagt å sikre forsvarlige tjenester gjennom sin styring. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene, og som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser eventuelle skadevirkninger. Kravene i forskriften skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen – i dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 samt de lover som ellers nevnes i veilederens kapittel 2 og 3. Dette skal bidra til tjenester av rett kvalitet også når rammebetingelsene ikke er optimale, eksempelvis ved mangel på kompetanse, fravær av

personell eller i situasjoner med stor pågang av pasienter. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at helsetjenestene er i tråd med gjeldende regelverk og av god nok kvalitet. Det innebærer at ledelsen må ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester inkludert oversikt over risiko og uønskede hendelser. Dette for å kunne iverksette riktige tiltak som reduserer risiko og sikrer rett kvalitet.

Pasientmedvirkning

Forventningene til pasientmedvirkning i helsetjenesten går frem av *pasient- og brukerrettighetsloven* og *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 skal pasientene få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasientene har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester. Medvirkningens form skal tilpasses pasientenes evne til å gi og motta informasjon. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 stilles det krav om at virksomheten gjør bruk av erfaringer fra pasienter til forbedring av virksomheten, jf. avsnittet ovenfor.

Taushetsplikt ved helsehjelp

Spørsmål om taushetsplikt og adgang til deling av helseopplysninger er ikke eget undersøkelsespunkt i tilsynet. I tilknytning til enkelte av undersøkelsespunktene er det likevel nødvendig å være kjent med disse reglene.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 har pasienter krav på vern mot at taushetsbelagt informasjon spres uten deres samtykke. Helsepersonell har en selvstendig plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til slik informasjon, jf. *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) § 21.

Helsepersonelloven §§ 25 og 45 åpner for at helsepersonell kan gi taushetsbelagte opplysninger om en pasient til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, såfremt ikke pasienten motsetter seg dette. Dette innebærer at det ikke aktivt må bes om samtykke fra pasienten. Informasjonsutvekslingen må begrunnes i å gi en konkret pasient adekvat helsehjelp. Pasienten skal så langt det er mulig gjøres kjent med at informasjon utveksles.

Videre fremgår det av helsepersonelloven § 32 at den som yter helsehjelp av eget tiltak skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om forhold som kan føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter imidlertid samtykke fra pasienten, eller at opplysningene ikke er underlagt taushetsplikt.

1.6 Hvordan veilederen skal forstås og brukes

Dette kapittelet handler om hvordan veilederen skal forstås og brukes ved gjennomføring av tilsynet.

Det skal gjøres grundige nok undersøkelser til at tilsynslagene sitter igjen med et faktabilde som er korrekt. Kravene presenteres som revisjonskriterier i kapittel 3. Der gir vi en oversikt over hva som må undersøkes og hva som må være på plass for å kunne konkludere med at helseforetakets tjenester er forsvarlige. Detaljene er beskrevet i kapittel 2. **Derfor må kapittel 2 og 3 leses i sammenheng og danne grunnlag for forberedelser og gjennomføring av**

tilsynet. Vi viser også til kapittel 4 om planlegging, forberedelse og gjennomføring av tilsynet.

Tilsynets faktagrunnlag skal vurderes mot lovkravene (revisjonskriteriene). Først når alle revisjonskriteriene er sammenholdt med tilstrekkelige fakta, vil det være mulig å formulere eventuell(e) konklusjon(er) om lovbrudd. Konklusjonene skal være formulert slik at de tydelig kommuniserer hva ved pasientbehandlingen som svikter, eller hva som representerer en uakseptabelt høy fare for svikt i pasientbehandlingen. Fordi dette tilsynet gjennomføres som en systemrevisjon, er det helt avgjørende at eventuelle lovbrudd også gjenspeiler hvilke elementer i styringen som ikke fungerer tilfredsstillende nok til å sikre forsvarlige tjenester.

- Bakgrunnsinformasjon om undersøkelsestemaene er plassert i en **ramme**.
- Tips om og føringer for hvordan tilsynslagene rent praktisk kan undersøke og bedømme ulike forhold, er markert med **grå bakgrunn**.

Med rutiner menes i dette dokumentet vedtatt praksis. Etter behov skal helseforetaket utarbeide skriftlige prosedyrer, sjekklister, maler eller lignende. Jo mer kompleks praksis, jo større DPS og jo flere nyansatte og/eller vikarer, jo større er behovet for at rutinene er skriftliggjorte.

Med avvikshåndtering mener vi at feil og mangler i daglig drift fanges opp og følges opp på en systematisk måte. Feil og mangler skal rettes ved at det iverksettes nødvendige tiltak for å unngå uønskede hendelser, og for å sikre tjenester av rett kvalitet.

Med ledelse mener vi ledere på ulike organisatoriske nivåer som har ansvar for aktuelle tjenester, nødvendig samhandling og kompetansebygging. Dette kan være leder av DPS, leder av en avdeling, klinikkssjef/divisjonsdirektør eller administrerende direktør, avhengig av organiseringen av de ulike tjenestetilbudene.

Veiledning til bedømmelsen av journalgjennomgang

Utgangspunktet er at nødvendige opplysninger skal stå i journal. Tilstrekkelig journalføring er en forutsetning for at alt personell som er involvert i pasientbehandlingen får nødvendig informasjon, slik at helseforetaket kan gi pasientene forsvarlig behandling. Forsvarlig praksis innebærer altså tilstrekkelig journalføring. I veilederens kapittel 2 er det beskrevet hva vi ved dette tilsynet forventer å finne i pasientjournalene. Det er opplysninger som vi mener er relevante og nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp. Eventuelle gjennomgående mangler (ikke enkelttilfeller) i journalføringen kan skape bekymring for om helseforetakets praksis er tilfredsstillende innen de undersøkte områdene. Det må undersøkes nærmere i intervjuer m.m. hvordan helseforetakets praksis er.

2 Tilsynets tema: spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Tilsynets hovedmålsetting er å undersøke om helseforetaket sørger for forsvarlige tjenester som kjennetegnes av

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

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

2.1 Utredning

Tilsynslaget skal undersøke om følgende inngår i en systematisk utredning av pasienter i DPS poliklinikk:

- **Avdekking av rusmiddelproblemer**
- **Utredning av mulig ruslidelse**
- **Pasientenes motivasjon for endring**
- **Somatisk helse**
- **Pårørende/nettverk, herunder mindreårige barn, boforhold og arbeid/aktivitet**
- **Samarbeid og samhandling med andre instanser**
- **Risikoatferd (selvmord, vold og overdose)**

I tillegg skal tilsynslaget undersøke:

- **Om pasienter som ikke møter til konsultasjoner følges opp**

Tilsynslaget skal også undersøke om ledelsen på ulike organisatoriske nivåer legger til rette for og følger opp at utredningen gir et godt grunnlag for tjenester av rett kvalitet.

Bakgrunnsinformasjon

Utredningen er utgangspunktet for diagnosesetting og planlegging av behandlingen. Dette gjelder for alle pasienter som henvises til DPS. Utredningen skjer i dialog og samarbeid med pasientene. Pasientene må få uttrykke sine forventninger til og ønsker for behandlingen. En bred og systematisk tilnærming i utredningen er viktig for å sikre et helhetsbilde av pasientenes livssituasjon, herunder deres problemer og ressurser. Dette innebærer kartlegging av pasientenes psykiske og fysiske helse, rusmiddelbruk, og behandlerens kliniske observasjoner av pasientene. Undersøkelse av pasientenes sosiale forhold (pårørende, herunder mindreårige barn, bolig, arbeid/aktivitet) inngår i utredningen. Det samme gjelder eventuell selvmords-, volds- og overdoserisiko hos pasientene. Mange av undersøkelsespunktene kan gi informasjon om mulige rusmiddelproblemer, ettersom rusmiddelmisbruk ofte skaper problemer i hverdagsfungeringen. Det er viktig å møte pasientene med en åpen holdning.

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

DPS må sørge for en bred og systematisk utredning av alle pasienter. Noe av utredningen kan allerede være foretatt av andre instanser. Behandler må undersøke om informasjonen er tilstrekkelig, oppdatert og gyldig. Behandler må også ta stilling til hva som eventuelt mangler eller er endret.

For å sikre systematisk utredning må DPS ha etablert rutiner som ligger til grunn for de konkrete utredningene. Rutinene må være kjent, forstått og innarbeidet i praksis av alt

personell som deltar i utredningsarbeidet. Ledelsen må følge opp at rutinene etterleves, eksempelvis ved hjelp av interne revisjoner eller stikkprøver i journaler.

DPS har ansvar for en felles praksis, og at det etableres rutiner for utredning som er uavhengig av den enkelte behandler.

Rutiner for utredning kan være innarbeidet praksis. Rutinene kan også være beskrevet i virksomhetens prosedyrer, sjekklister, håndbøker, behandlingslinjer¹³ m.v. Virksomheten kan også ha utarbeidet dokumentmaler i journalsystemet, eller fraser som kan hentes inn i et journaldokument. Dersom behandler vurderer at rutinene for utredning ikke kan eller bør følges, må dette dokumenteres i journal.

Målsettingen er å foreta en mer overordnet vurdering av om virksomheten har en etablert praksis for systematiske utredningsforløp. De enkelte detaljene i utredningene forventes ikke undersøkt/vurdert. Det sentrale er om DPS har en helhetlig tilnærming i utredningen av pasientene, ettersom de ulike utredningsområdene kan påvirke hverandre gjensidig.

Systematisk utredning bør bestå av en kombinasjon av anamneseopptak, bruk av kartleggingsverktøy (som for eksempel MINI PLUS og SCID I), observasjoner, diagnostiske intervjuer og supplerende undersøkelser. Dersom bruk av utredningsverktøy ikke lar seg gjøre, kan et systematisk klinisk intervju være tilstrekkelig. Det må fremgå tydelig at de sentrale temaene er gjennomgått. Behandlers vurdering av om utredning som er gjort tidligere er tilstrekkelig forventes journalført.

Avdekking av rusmiddelproblemer

Bakgrunnsinformasjon

Rusmiddelbruk kan utløse psykisk lidelse, bidra til symptomforverring og/eller redusere effekt av behandling. Det kan være vanskelig å vurdere om psykiske symptomer skyldes psykisk lidelse, bruk av rusmidler eller abstinens. Ved et uavdekket eller oversett rusmiddelproblem kan pasientenes helse forverres, eller rusmiddelproblemet kan forhindre bedring av den psykiske lidelsen.

Informasjon om rusmiddelproblemer hos pasientene kan fremkomme direkte eller indirekte i henvisningen til DPS. Eksempler på indirekte opplysninger kan være blodprøvesvar eller bruk av vanedannende legemidler uten klar indikasjon. Pasientene kan også være utredet i andre deler av helsetjenesten. Opplysninger om rusmiddelproblemer kan videre komme fra pasientene selv ved at de forteller om rusmiddelbruk, uoppfordret eller gjennom aktiv utspørring. Behandler kan også få mistanke om rusmiddelmisbruk gjennom kliniske observasjoner.

For mange pasienter er bruk av rusmidler forbundet med skamfølelse, eller de kan mangle innsikt i egen rusmiddelbruk. Pasientene kan også frykte avvisning eller andre konsekvenser (eksempelvis tap av førerkort eller bekymringsmelding til barnevernet) dersom de er åpne om sine rusmiddelproblemer.

¹³ Beskrivelse som illustrerer et standardisert planlagt og forventet pasientforløp for definerte diagnosegrupper forankret i faglig evidens, og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.

Pasienter med antatt eller kjent psykisk lidelse må kartlegges med tanke på å avdekke bruk, misbruk, skadelig bruk og/eller avhengighet av rusmidler¹⁴. Pasientene må konkret spørres om de bruker alkohol, vanedannende legemidler, illegale rusmidler eller anabole steroider. Opplysninger om mulige rusmiddelproblemer som fremkommer gjennom utspørring eller i samtale med pasientene, sammenholdt med eventuelle opplysninger i henvisningen, kliniske observasjoner m.v., må resultere i en vurdering av om det er nødvendig med en videre utredning og oppfølging av rusmiddelproblemene.

Pasientene må få informasjon om hensikten med kartleggingen av rusmiddelbruken, for å forstå sammenhengen mellom det som kartlegges og deres psykiske helse. På denne måten kan pasientene motiveres til å bidra i kartleggingen og den videre utredningen.

DPS må ha rutiner som sikrer at mulige ruslidelser hos pasientene fanges opp, og at involvert personell har nødvendig kompetanse. Kartlegging kan gjøres av alle behandlere i DPS, men ledelsen ved DPS må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Dette innebærer at ledelsen må ha tatt stilling til om det kreves egne kurs i rusmiddelproblematikk eller om opplæringen ivaretas internt. Det må også tas stilling til hvordan kompetansen skal vedlikeholdes.

DPS må ha etablerte rutiner for hvordan kartleggingen av mulig ruslidelse skal gjennomføres. Dersom slik kartlegging foretas i TSB, må helseforetaket ha sørget for klar ansvars- og oppgavefordeling samt at samhandlingen fungerer. Pasienten skal utredes samordnet og helhetlig for psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Dette gjelder også dersom TSB er organisert utenfor helseforetaket.

DPS må legge til rette for at pasientene får nødvendig informasjon slik at de kan motiveres for deltakelse i utredningen. Ledelsen ved DPS må følge opp at dette etterleves i praksis.

Bruk av verktøy som for eksempel AUDIT, DUDIT og CAGE¹⁵ kan være en indikasjon på at kartlegging av mulig rusmiddelproblematikk er gjort systematisk. Kartleggingen kan også gjøres i form av en systematisk klinisk samtale, med tilnærming tilsvarende de anerkjente kartleggingsverktøyene. Kartleggingen skal gjentas for hvert av de aktuelle rusmidler som pasientene bruker.

¹⁴ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 13

¹⁵ Verktøyene finnes her: <https://rop.no/snakkomrus/> Alkohol-E, DUDIT-E og PRISM er eksempler på egnede verktøy ved videre utredning av rusmiddelproblematikk.

Utredning av mulig ruslidelse

Bakgrunnsinformasjon

Hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser er forekomsten av ruslidelser høy. Det vil oftest dreie seg om blandingsmisbruk. Ved mindre alvorlige psykiske lidelser er alkohol og benzodiazepiner de rusmidlene som er hyppigst brukt. Ved opplysninger om bruk av vanedannende legemidler hos pasienter med psykiske lidelser kan indikasjonen være uklar og det reelle forbruket ikke være beskrevet.

Den enkelte pasient har gjerne et foretrukket rusmiddel. Blandingsmisbruk med forskjellige kombinasjoner av to eller flere stoffer er likevel viktig å avdekke på grunn av virkninger som økt aggresjon, kognitive funksjonsforstyrrelser eller fare for redusert respirasjon. Eksempelvis er blanding av alkohol, benzodiazepiner og opiatholdige medikamenter eller rusmidler potensielt farlig på flere måter.

Avdekket rusmiddelproblematikk hos pasientene må følges opp med en systematisk utredning av rusmiddelproblemet for å forstå problemets alvorlighetsgrad, herunder om det foreligger tegn på skadelig bruk og/eller avhengighet som kvalifiserer til en rusdiagnose.

Ved positivt svar på bruk av ett eller flere rusmidler, må det gjøres en systematisk undersøkelse av bruksmønsteret for hvert av rusmidlene, eksempelvis for det siste året:

Ved alkoholbruk bør det undersøkes hvor mange alkoholenheter som typisk inntas når pasientene drikker og hvor ofte dette gjentar seg (daglig, flere ganger per uke osv.). Videre bør det undersøkes hvor ofte pasientene ikke har klart å stoppe etter påbegynt drikking, og hvor ofte pasientene ikke husker hva som hendte kvelden før på grunn av alkoholbruk. Det bør også undersøkes hvor ofte pasientene har startet dagen med alkohol, hvor ofte de ikke har fått utført viktige oppgaver knyttet til familie/barn og/eller arbeid, og om pasientene eller andre har kommet til skade som følge av drikkingen. Videre bør det undersøkes om pasientene har skyldfølelse for rusmiddelbruken, eller om andre er bekymret for bruken. Andre aktuelle spørsmål er om pasientene har vært påvirket av alkohol ved eventuell selvskadning eller selvmordsforsøk, eller om pasientene blir aggressive eller har vært involvert i voldsepisoder ved bruk av alkohol. Det bør også undersøkes om pasientene har tegn til abstinens når de ikke har tilgang til alkohol, og om pasientene må drikke mer enn tidligere for å oppnå samme effekt.

Ved utredning av bruk av narkotika og legemidler skaffet illegalt¹⁶, vil de fleste spørsmålene være som ved utredning av alkoholbruk. Bruk av illegale rusmidler er i seg selv problematisk rusmiddelbruk som må utredes videre. Pasientene vises gjerne en liste over vanlige narkotiske stoffer og legemidler¹⁷, som blant annet finnes i ulike utredningsverktøy. Det skal undersøkes hvor ofte pasientene bruker slike rusmidler, om de bruker flere typer narkotika, eventuelt i hvilke doser og hvor hyppig for hvert av de aktuelle stoffene.

Ved langvarig bruk eller avhengighet av vanedannende legemidler¹⁸ vil pasientene ofte ikke oppleve at de inntar legemidlene for å oppnå ruseffekt eller har et rusmiddelproblem. Legemidlene vil ofte være forskrevet av fastlegen og kan oppfattes av pasientene som en

¹⁶ Illegale narkotiske stoffer og A- og B-preparater

¹⁷ Se vedlegg 2

¹⁸ Se vedlegg 2

nødvendig og legitim medisinerings. Det må undersøkes hvilke legemidler som brukes, dose (bruk utover 1 definert døgndose per døgn må følges opp), hyppighet og tid siden oppstart (bruk utover 2-4 uker må følges opp). Her vil det også være viktig å forsøke å avklare den opprinnelige indikasjonen. Videre må det undersøkes med pasientene hva som har vært forsøkt av annen behandling, hva som er grunnlaget for at bruken har vedvart, og om dosen eller hyppigheten av inntaket har økt.

Behandler ved DPS må sørge for at det blir vurdert hvilken sammenheng rusmiddelbruken kan ha med aktuelle psykiske plager og redusert funksjonsnivå.

Aktiv bruk av rusmidler utelukker ikke å påbegynne utredning også for psykisk lidelse, men reiser behov for revurdering etter en periodes rusfrihet (1-6 mnd.)¹⁹. Funnene i utredningen må vurderes i lys av om pasientene har vært rusfrie en lengre periode, har sterk lyst/trang til å innta rusmidler, har abstinensreaksjoner eller har brukt rusmidler aktivt under utredningen²⁰. Eksempelvis kan alkoholoverforbruk gi angst- og depresjonssymptomer, og et alvorlig misbruk av illegale rusmidler kan påvirke pasientens atferd uten at det foreligger en diagnostiserbar personlighetsforstyrrelse. Behandler må derfor gjøre en vurdering av rusmiddelbrukens betydning for gyldigheten av de øvrige funnene.

Det forventes at DPS har rutiner for videre utredning dersom rusmiddelproblemer avdekkes. DPS må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for å følge opp identifisert rusmiddelproblematikk. Dersom DPS ikke selv har tilstrekkelig kompetanse på utredning og oppfølging av ruslidelser, forventes det at pasientene henvises til instans med tilstrekkelig kompetanse.

Dersom utredningen og oppfølgingen foretas i TSB, må helseforetaket ha sørget for klar ansvars- og oppgavefordeling samt oppfølging av at samhandlingen fungerer. Pasientene skal motta samordnet og helhetlig utredning og oppfølging for den psykiske lidelsen og ruslidelsen. Dette gjelder også dersom TSB er organisert utenfor helseforetaket.²¹

Alle behandlere i DPS må kunne fange opp og avdekke problematisk rusmiddelbruk og ruslidelser. Dette forutsetter blant annet at behandlerne har kjennskap til de mest brukte rusmidlene, bruksmåter, vanlige kliniske kjennetegn ved rusmiddelmisbruk og hvilken funksjon rusen kan ha for pasientene. Denne kompetansen kan sikres gjennom videreutdanning/kurs, intern opplæring, ansettelse av personer med slik kompetanse m.m.

I tillegg må DPS ha, eller ha tilgang til, kunnskap om rusmidlenes virkning og hvordan psykisk lidelse og rusmiddelproblemer gjensidig påvirker hverandre. Dette kan blant annet innebære kunnskap om rusmidlers virkemåter i kroppen mentalt og fysisk, doser og omfang av rusmiddelbruk, utvikling av toleranse og avhengighetspotensiale, medisinske og psykiske følgetilstander, interaksjoner mellom ulike legemidler/rusmidler, sporbarhet (rusmiddelanalyser) og avvenning.

Ulike faggrupper (lege/legespesialist, psykolog/psykologspesialist og høyskoleutdannet helsepersonell med videreutdanning/kurs i rus og psykisk helse) kan bidra med ruskompetanse.

¹⁹ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 79

²⁰ IS-1948, anbefaling 80

²¹ IS-1948, s. 85

Behandlers vurdering av rusmiddelbrukens betydning for de andre funnene i utredningen forventes dokumentert i journal.

Der det fremgår av journal at pasientene har en antatt rusmiddelproblematikk, forventer vi at rusmiddelproblemet skal være (forsøkt) utredet i minst 90 % av tilfellene. Der dette ikke er gjort, må det følges opp gjennom intervjuer m.v. Dersom det er dokumentert pasientrelaterte og faglig funderte årsaker til at utredning eventuelt ikke er gjort, vil det kunne anses som akseptabel praksis.

Utredning av pasientenes motivasjon for endring

Bakgrunnsinformasjon

Pasienter med rusmiddelproblemer vil ofte være ambivalente til å gripe fatt i rusmiddelbruken. I oppstartfasen vil pasientene ofte ikke være motiverte for å redusere rusmiddelbruken eller bli helt rusfri. Behandler må undersøke den enkeltes motivasjon for endring. Dette er av stor betydning for å sette felles, realistiske mål for behandlingen. Gjentatte samtaler knyttet til opplevde fordeler og ulemper ved rusmiddelbruken bidrar til å øke pasientenes bevissthet rundt rusmiddelproblemene og kan derigjennom øke motivasjonen for endring.

Ved mistanke om manglende motivasjon hos pasientene når det gjelder utredning og behandling av rusmiddelproblemene, må dette tematiseres og arbeides med²². Arbeid med motivasjon innebærer noe mer enn å forhøre seg om pasientene er motiverte eller ikke. En vanlig tilnærming er at pasientene oppfordres og hjelpes til å tenke gjennom opplevde fordeler og ulemper ved rusmiddelbruken og reflektere rundt dette. Pasientenes refleksjoner rundt egen rusmiddelbruk kan skje ved å engasjere pasientene i samtaler om endring, eksempelvis motiverende intervju.

DPS må ha rutiner for utredningen som sikrer at pasientenes motivasjon for utredning og behandling av rusmiddelproblemene tematiseres og arbeides med.

På enkelte krevende områder i utredninger av pasienter har det vist seg at helsepersonell har behov for å trene særskilt. Teoretisk kunnskap om samtaler om motivasjon er ikke tilstrekkelig; kommunikasjonsferdigheter må trenes inn.

Pasientenes motivasjon for utredning og behandling av rusmiddelproblemet forventes dokumentert i journal. Verktøyene Alkohol-E, DUDIT-E og motiverende intervju omfatter spørsmål som bevisstgjør pasientene, herunder spørsmål om motivasjon, og bruk av disse verktøyene kan være en indikasjon på at pasientenes motivasjon for endring er tematisert. Ved journalgjennomgangen bør forhold knyttet til pasientenes motivasjon gjenfinnes i minimum 2/3 av journalene. Der dette ikke er tilfelle, bør det følges opp gjennom intervjuer m.v.

²² Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), s. 46

Kartlegging av somatisk helse

Bakgrunnsinformasjon

Somatisk sykdom kan være årsak til, reaksjon på eller følgetilstand ved psykiske lidelser og ruslidelser. Samtidig psykisk lidelse og ruslidelse er ofte forbundet med dårlig somatisk helse og redusert forventet levealder. God somatisk helse kan være en av faktorene som bidrar til bedring. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon har oftere hjerte- og karlidelser enn gjennomsnittet av befolkningen. Overvekt og diabetes forekommer også hyppig. En årsak kan være behandling med nyere antipsykotiske legemidler som ikke er fulgt godt nok opp. Ruslidelser kan være forbundet med en rekke helseplager som under-/feilernæring og dårlig tannhelse. Injisering av rusmidler kan gi infeksjoner, som igjen kan gi kroniske hepatitter, hvorav den hyppigste er hepatitt C. Langvarig høyt alkoholinntak er forbundet med blant annet hjerte- og karlidelser, sentrale og perifere nervevevsskader og leverskader. De fleste pasienter i DPS er henvist av fastlegen, og ofte vil henvisningen gi informasjon om somatisk sykehistorie, aktuelle somatiske tilstander, medisiner m.m. Resultater fra siste blodprøvetaking vil også ofte fremgå. Likeledes vil slik informasjon finnes i journal dersom pasientene blir overført fra eksempelvis akuttpsykiatrisk avdeling.

Somatiske forhold må kartlegges og utredes. DPS må kartlegge pasientenes somatiske helsetilstand²³, herunder ta opp anamnese/sykehistorie og gjennomgå tilgjengelig informasjon i henvisningen m.v. DPS må ta stilling til om informasjonen som foreligger er tilstrekkelig til å kunne vurdere eventuell sammenheng mellom pasientenes psykiske og somatiske tilstand. Der pasientene nylig er somatisk utredet for tilstander som kan være relevante for den psykiske helsen, må DPS ta stilling til om utredningen som er gjort er tilstrekkelig og fortsatt gyldig. Videre utredning og behandling av somatisk sykdom kan foretas av en annen del av helsetjenesten enn DPS. Dette vil kunne nødvendiggjøre tett samarbeid med eksempelvis fastlege. DPS må følge med på at nødvendige somatiske undersøkelser blir foretatt og fulgt opp.

DPS må ha rutiner som sikrer at pasientene blir kartlagt og utredet for somatiske lidelser. Videre må rutineene sikre at pasienter tilbys nødvendig oppfølging og behandling for eventuell somatisk sykdom. Dersom pasientene skal følges opp av andre instanser for somatisk sykdom, må rutineene sikre entydig ansvars- og oppgavefordeling. Det må også sikres at DPS har tilgang på kompetanse til å forstå/tolke resultater av somatiske undersøkelser. Videre må DPS sikre, eventuelt gjennom samhandling med andre, at de har legefaglig kompetanse til å vurdere pasientenes somatiske forhold opp mot de psykiske lidelsene.

Det må dokumenteres i journal at pasientenes somatiske forhold er undersøkt. Dersom det mangler kartlegging av pasientenes somatiske helsetilstand i mer enn 10 % av pasientjournalene som gjennomgås, bør det vurderes om den manglende kartleggingen virker velbegrunnet. Det bør også følges opp gjennom intervjuer m.v.

²³ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 22

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

Bakgrunnsinformasjon

Pasientenes psykososiale forhold, herunder pårørende (særlig mindreårige barn), sosialt nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet, påvirker pasientenes mulighet for bedring og avgjørelsen av hvilke rammer som trengs i behandlingen. Det er derfor viktig å kartlegge pasientenes psykososiale situasjon.

Pårørende og sosialt nettverk må kartlegges. Det er særskilt viktig å kartlegge om pasientene har mindreårige barn, slik at tiltak kan iverksettes ved behov. Slike tiltak kan være å gi barna tilpasset informasjon (der pasientene ikke er i stand til å gi informasjonen), å vurdere om pasientene klarer å ivareta barnas behov (eller om barnet for eksempel bør henvises til BUP), eller bistand til kontakt med barnevernet for støttetiltak e.l., eventuelt melding til barnevernet ved mistanke om alvorlige tilfeller av omsorgssvikt.

DPS må også sikre at utredningen inneholder kartlegging av boforhold. Aktuelle undersøkelser kan være hva slags type bolig pasientene har, om de bor sammen med noen, hvordan de klarer seg i hjemmet m.v. Det må også undersøkes om pasientene er i arbeid eller annen meningsfull aktivitet.

Virksomheten må ha etablert rutiner som sikrer kartlegging av pårørende, herunder mindreårige barn spesielt, nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet. Videre må det foreligge rutiner som sikrer at de ansatte er kjent med når tiltak skal iverksettes overfor pasientenes mindreårige barn, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de ansatte går frem.

Det skal være spor i journal av at pasientene er spurt om pårørende/nettverk, herunder mindreårige barn, boforhold og arbeid/aktivitet. Der pasienten ikke har nær familie, er det særlig relevant å undersøke det sosiale nettverket for øvrig.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a skal virksomhetene i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell som har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn. Barneansvarlig personell kan være sentral i undersøkelsene av oppfølgingen av mindreårige barn som pårørende. Helseforetaket må ha gjort en konkret vurdering av i hvilken utstrekning foretaket har behov for barneansvarlig personell. Helseforetakets beslutningsgrunnlag, og vurderingen som er gjort, vil kunne være et moment i tilsynslagenes vurdering av om mindreårige barn følges opp på forsvarlig måte. Det er imidlertid ikke et eget undersøkelsespunkt om DPS har barneansvarlig personell eller ikke.

Kartlegging av samarbeid og samhandling med andre instanser

Bakgrunnsinformasjon

Pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse kan ha lavt funksjonsnivå på flere livsområder, for eksempel knyttet til boevne og økonomi. Pasientene vil derfor ofte ha behov for hjelp fra flere instanser. Dette kan være kommunal omsorgstjeneste, NAV, barnevern, fastlege eller andre. Pasientene skal oppleve behandlingen som helhetlig, der instansene tilrettelegger for nødvendig samhandling. Målet er en tilnærming der pasientenes ressurser støttes på en slik måte at livskvaliteten bedres.

Jf. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 38 og 86.

DPS må sikre at relevante samarbeidspartnere identifiseres. Behovet for samarbeid og samhandling, og hastegrad, må vurderes og danne grunnlag for nødvendige tiltak. Samarbeid med andre instanser forutsetter som utgangspunkt at pasienten aktivt samtykker. Hvis det er behov for å utveksle informasjon for å yte nødvendig helsehjelp, er det tilstrekkelig at pasienten ikke motsetter seg dette.

Helseforetaket må sørge for at de har rutiner som sikrer samarbeid og samhandling mellom DPS og andre relevante instanser. Oppgave- og ansvarfordeling må være klarlagt, og må følges opp med tanke på om samhandlingen fungerer.

Innhentet informasjon og/eller avtaler som er gjort med andre instanser skal dokumenteres i journal.

Det vil være ulike forventninger til hvor omfattende undersøkelser som gjøres avhengig av hva slags type pasient det er tale om. Har pasienten eksempelvis alvorlig psykisk lidelse, misbruker rusmidler og er uten fast bopel, er det sannsynlig at han/hun mottar bistand fra NAV eller andre instanser. Dersom det for eksempel er tale om en person med lettere psykiske plager, et uproblematisk forhold til rusmidler og ordnet bolig/økonomi, er sannsynligheten mindre for at han/hun har behov for bistand fra hjelpeapparatet (utover fastlege, som også må identifiseres).

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 skal pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester tilbys individuell plan. Der pasientene også har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, er kommunen ansvarlig for å igangsette og koordinere arbeidet. Individuell plan kan være et verktøy for å sikre nødvendig samhandling. Det er imidlertid ikke et eget undersøkelsespunkt om pasientene har individuell plan eller ikke.

Kartlegging og oppfølging av risikoatferd

Bakgrunnsinformasjon

Psykisk lidelse kan medføre økt risiko for at pasienter er til fare for seg selv eller andre. Med samtidig rusmiddelmisbruk øker denne risikoen betydelig. Rusmiddelmisbruk er en generell risikofaktor, men det er individuelt hvilken konkret risiko misbruket kan medføre for den enkelte pasient, eksempelvis med tanke på hvordan rusmidlene innvirker på pasienten. Samtaler der risiko kartlegges kan være krevende å gjennomføre fordi både behandlere og pasienter ofte synes dette er vanskelig å snakke om. Det er viktig å ha fokus på å bygge tillit i samtalene.

Psykiske lidelser kan medføre økt risiko for selvmord og selvskading. Særlig personer med alvorlige depresjoner, psykoselidelser og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er utsatt. Ved samtidig ruslidelse kan risikoen øke ytterligere. Tidligere selvmordsforsøk/selvskading og brudd i relasjoner er andre viktige risikofaktorer.

Psykiske lidelser og samtidig rusmiddelbruk kan være risikofaktorer for vold. Dette gjelder særlig for personer med psykoselidelser.

Pasienter med rusmiddelproblemer kan ha overdoserisiko. Dette gjelder særlig ved bruk av opioider alene eller sammen med ett eller flere dempende rusmidler, bruk av sentralstimulerende rusmidler, bruk av GHB og ved injeksjon av rusmidler. Ikke-dødelige overdoser kan medføre alvorlige helseskader. Personer med overdosehistorikk har også økt risiko for senere dødelig overdose.

Faren for risikoatferd hos pasienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelmisbruk øker ofte i overgangen mellom ulike behandlingstilbud, for eksempel fra døgnbehandling til poliklinisk behandling eller fra spesialisthelsetjeneste til kommunale tjenester.

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å undersøke om pasientene har eller har hatt selvmordstanker, om de noen gang har gjort selvmordsforsøk og om forsøkene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk. Ved kartlegging av voldsrisiko skal det undersøkes om pasientene tidligere har utøvd vold eller fremsatt trusler om vold, om episodene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk og om pasientene har tanker eller planer om å skade andre nå. Kartlegging av overdoserisiko innebærer å undersøke hvilke rusmidler pasienter med rusmiddelproblemer bruker, om de tidligere har hatt overdoser og i hvilken kontekst overdosene forekom.

Ettersom det er vanskelig å forutsi det enkelte risikotilfelle, er det også vanskelig å forutsi hvem som ikke er i faresonen. Derfor bør alle pasienter i DPS kartlegges i et forebyggingsperspektiv. Når det gjelder overdoserisiko, er kartlegging kun aktuelt for pasienter med rusmiddelproblemer. Det skilles mellom kartlegging og vurdering av risiko.

DPS må ha kunnskap om risikofaktorer og ha etablert rutiner for kartlegging av risikoatferd. DPS må sikre at involvert personell har nødvendig kompetanse. Kartlegging kan i prinsippet gjøres av alle behandlere i spesialisthelsetjenesten, men det forutsettes at ledelsen ved DPS har tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Herunder må ledelsen ha tatt stilling til om det kreves egne kurs i risikokartlegging eller om opplæringen skal ivaretas internt. Det må også tas stilling til hvordan ferdighetene skal innøves og vedlikeholdes i praksis.

På enkelte krevende områder i utredninger av pasienter har det vist seg at helsepersonell har behov for å trene særskilt. Teoretisk kunnskap om samtaler om risikoatferd er ikke tilstrekkelig; kommunikasjonsferdigheter må trenes inn.

Hvis pasientenes svar på kartleggingsspørsmålene og eventuelt annen informasjon gir mistanke om økt risiko, må det foretas en grundig og systematisk vurdering av risikoen. Avdekket risikoatferd skal umiddelbart følges opp i form av tiltak, der blant annet samarbeid med andre involverte instanser inngår der det er aktuelt. Forhøyet risiko skal følges opp til det ikke lenger vurderes å være behov for særskilte tiltak. Hos pasienter med vedvarende forhøyet risiko vil risikoen variere. Iverksettelse eller fravær av tiltak i den løpende behandlingen må bygge på behandlerens konkrete vurderinger av pasientenes tilstand. Det må også i disse tilfellene legges planer for akutte kriser.

Det må finnes lokale rutiner for vurdering av risikoatferd samt rutiner for oppfølging av identifisert risiko. DPS må også ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for å utføre disse oppgavene. Det forventes at involvert personell tilbys nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse. I de tilfellene der risikovurderinger utføres av personell som ikke er psykologspesialist eller spesialist i psykiatri, må personellet være sikret mulighet for umiddelbar tilgang til veiledning fra spesialist.

Rutinene for kartlegging, vurdering og oppfølging av risikoatferd må følges opp av ledelsen ved DPS med tanke på om de fungerer og etterleves. Hvis rutinene ikke fungerer eller etterleves, må det iverksettes tiltak.

Kartlegging, vurdering og eventuell oppfølging av risiko må dokumenteres i journal. Dette er en forutsetning for å kunne gi pasientene forsvarlig behandling. Tilsynet skal ikke ha fokus på hvilke tiltak som iverksettes, men at risiko kartlegges og eventuell risiko vurderes og følges opp. Det er ikke et absolutt krav at alle pasienter kartlegges for risiko. Samtidig vil konsekvensene av uoppdaget risiko kunne være alvorlige. Det legges derfor til grunn at det må være en fast praksis at pasienter som kommer i kontakt med DPS kartlegges for risiko. Unntakene bør være få og begrunnede. Dersom det mangler risikokartlegging i mer enn 10 % av pasientjournalene som gjennomgås, bør det vurderes om den manglende risikokartleggingen virker velbegrunnet. Det bør også følges opp gjennom intervjuer m.v. Vi presiserer at kartlegging/vurdering av overdoserisiko kun er aktuelt hos pasienter med rusmiddelproblemer, se beskrivelsen over.

Oppfølging av pasienter som ikke møter til konsultasjoner

Bakgrunnsinformasjon

Som utgangspunkt er det pasientens ansvar å møte til avtalt tid. Mange i denne pasientgruppen har imidlertid særlige utfordringer i møtet med behandlingsapparatet. Problemer med oppmøte og avtaler er ofte en sentral del av sykdomsbildet/problematikken. Dette kan være vansker knyttet til manglende bolig, rusmiddelbruk, symptomer på psykisk lidelse, motivasjonsvansker m.m. Samtidig er det i arbeidet med pasientgruppen helt sentralt å søke å unngå brudd i relasjoner og i utrednings- og behandlingsforløpet. Kontinuitet er viktig for at pasienten skal få et samordnet og/eller integrert behandlingstilbud. Det legges derfor til grunn at DPS har et ansvar for å følge opp manglende oppmøte.

Ved enhver uteblivelse må behandler gjøre en individuell vurdering av risikofaktorer hos pasientene (selvmords-, volds- og overdoserisiko). Ved gjentatte uteblivelser må behandler også vurdere hvor alvorlig det vil være at pasientene ikke får fortsatt utredning og behandling i DPS, pasientenes symptomer og motivasjon, og hva som er riktig behandlingstilnærming. Vurderingene må følges opp med tilpassede tiltak ved bekymring for pasientenes tilstand, for eksempel telefonisk kontakt, hjemmebesøk eller andre forsøk på å nå pasientene.

DPS må ha rutiner for oppfølging av pasienter som ikke møter til konsultasjoner. Rutinene må omfatte alle faser av pasientforløpet. Rutinene må også sikre at pasientene får informasjon om konsekvenser av uteblivelse. Ledelsen må følge opp at rutinene etterleves.

2.2 Diagnostisering

Tilsynslaget skal undersøke om:

- **Diagnostiseringen er basert på informasjonen som kommer frem i utredningen**
- **Diagnoser gjennomgående settes innen 3 måneder etter påbegynt utredning**
- **Ruslidelser blir diagnostisert**

Tilsynslaget skal også undersøke om ledelsen på ulike organisatoriske nivåer legger til rette for og følger opp at diagnostiseringen utføres av kompetent personell og uten unødig opphold.

Bakgrunnsinformasjon

Hos pasienter med psykisk lidelse som også har et rusmiddelproblem, skal begge lidelser diagnostiseres. Manglende diagnostisering av ruslidelsen kan medføre mangelfull behandling av begge lidelser. Diagnostiske overveielser starter allerede ved første konsultasjon. Etter hvert som ny informasjon fremkommer må behandler gjøre nye vurderinger som grunnlag for behandlingstiltak. Den løpende utredningen må gjennomføres med tilstrekkelig fremdrift for å sikre forsvarlig behandling.

I veilederen *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (IS-1388) er det ikke satt en øvre tidsgrense for utredningsfasen. I *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957), som også omfatter samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, er det angitt at det vesentligste av utredningen bør kunne være gjennomført innen 3 måneder etter oppstart.

I spesialisthelsetjenesten i Norge benyttes diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases) for å klassifisere og registrere diagnoser. I ICD-10 knyttes rusdiagnoser både til hvilke stoffer som brukes, til følger av bruken og til bruksmønster. Det skilles mellom skadelig bruk og avhengighet. Det skilles ikke mellom legale eller illegale rusmidler, men vurderes hvordan rusmidlene påvirker den psykiske lidelsen og det psykososiale funksjonsnivået.

Utredningen skal oppsummeres med en diagnostisk vurdering og (foreløpig) konklusjon så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon. Ved alvorlig psykisk lidelse eller tilstand kan det være aktuelt å påbegynne og følge opp behandling parallelt med ferdigstilling av utredningen, noe som kan medføre at utredningen tar lengre tid. Ved mindre alvorlige tilstander kan

utredning og diagnostisering oftest gjennomføres på 3-4 konsultasjoner. Vanligvis tilbys polikliniske konsultasjoner ukentlig, men det kan også være grunner for at konsultasjoner skal skje både oftere og sjeldnere. Alvorlighetsgrad av lidelsen, grad av funksjonssvikt og eventuell risikoatferd avgjør hyppigheten.

DPS som er godt organisert og har tilgang på nødvendig kompetanse, inkludert spesialister, vil ved de fleste tilstander kunne ha nok informasjon etter 8 til 12 konsultasjoner, i praksis etter 3 måneder. Innen den tid må det derfor i de fleste tilfeller være satt minimum en tentativ diagnose. Dette understøttes av anbefalingene i *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Utsettelse av vesentlige deler av utredningen skal ikke skyldes mangelfull organisering eller planlegging ved DPS.

Etter endt utredning skal det settes diagnoser. Kliniske funn og annen informasjon fra utredningen må vurderes opp mot kriteriene for den aktuelle ruslidelsen. Det må være gjort differensialdiagnostiske vurderinger (vurderinger av ulike tilstander som symptomene kan skyldes) som inkluderer både den psykiske lidelse og ruslidelsen og samspillet mellom disse²⁴. Dersom rusdiagnose er satt tidligere, må det vurderes om diagnosen fortsatt er gyldig. Diagnoser som settes må revurderes dersom det kommer frem ny informasjon av relevans for den diagnostiske vurderingen.

Det må forventes at DPS har tatt stilling til hvor lang tid det normalt bør ta før det skal foreligge en diagnose (normalt senest 3 måneder etter første konsultasjon). DPS må ha rutiner som sikrer at pasientene får en diagnose innen den tiden. Helseforetaket må sørge for rutiner som sikrer diagnostisering av både psykiske lidelser og ruslidelser. Ledelsen ved DPS må følge med på om planlagt tidsramme overholdes, og ha rutiner for å fange det opp og iverksette nødvendige tiltak dersom utredninger tar for lang tid.

Dersom diagnostikk av ruslidelser gjennomgående gjøres i TSB, har helseforetaket ansvar for at diagnostiseringen av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser koordineres. Ansvars- og oppgavefordeling må være entydig.

Ledelsen ved DPS må ha kunnskap om tiden det tar før det settes diagnoser, inkludert eventuelle årsaker til at dette tar for lang tid. Dersom årsakene relateres til samhandling med andre organisatoriske enheter, må problemstillingen løftes opp i organisasjonen og finne sin løsning hos ansvarlig leder.

Tilsynslaget skal undersøke om utredningen er en planlagt, styrt og kontinuerlig prosess. Tidspunktet for når en diagnose foreligger vil kunne si noe om dette. I journaler der diagnose(r) er satt innen 3 måneder, er det liten grunn til å undersøke dette nærmere. Selv om 3 måneder ikke er en absolutt grense, er det vanskelig å sette grensen høyere, da dette kan være uforsvarlig i mange tilfeller. Praksis må imidlertid også måles mot andre kriterier. I journaler med lengre utredningsforløp enn 3 måneder, må det undersøkes om det er pauser i utredningsprosessen som virksomheten med bedre styring burde ha forebygget. Ta utgangspunkt i konkrete kasus fra journalmaterialet og følg dette opp i intervjuer der det undersøkes hvordan dette styres og følges opp av ledelsen ved DPS. Dersom det planlegges med noe lengre løp enn 3 måneder, og planene etterleves og følges opp, bør det vurderes som akseptabel praksis. Målet er å fange opp virksomheter der utredningsløpet drar ut i tid på grunn av mangelfull planlegging, kapasitet, kompetanse m.v. Det bør undersøkes gjennom

²⁴ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 28|

intervjuer med leder ved DPS og overordnet leder i PHV om DPS skal rapportere slike data. En for rigid tilnærming til dette temaet kan føre til vanskelige diskusjoner i sluttmøtet. Ved å etablere en felles virkelighetsforståelse med virksomheten gjennom intervjuer om at foreliggende praksis ikke er akseptabel, og at det får konsekvenser for pasientene, vil temaet bli lettere å håndtere.

Dersom det foreligger pasientrelaterte årsaker til at utredningen og diagnostiseringen har tatt lengre tid, må dette journalføres. Det finnes flere grunner til at en utredningsprosess iblant må ta lenger tid. Dette kan dreie seg om behandlingsallianse, pasientenes motivasjon, tilbakeholdelse av informasjon, manglende oppmøte, lidelsens karakter m.m.

Diagnostisering er en spesialistoppgave. Utredningen som ligger til grunn for diagnostiseringen kan imidlertid være utført av annet personell. Der pasienten utredes av personell uten spesialistkompetanse, må det dokumenteres at spesialist har vært involvert i den diagnostiske vurderingen, og hva som har vært drøftet. Dette kan for eksempel skje gjennom fortløpende, systematisk veiledning gitt av spesialist til det enkelte personell, og/eller i regelmessige møter der det diagnostiske arbeidet drøftes og kvalitetssikres. Det er ikke nødvendig at spesialist fysisk ser alle pasienter. Psykologspesialist er likestilt med psykiater med hensyn til faglig ansvar, unntatt i spørsmål om medisiner og differensialdiagnostikk med tanke på somatikk. Ledelsen ved DPS må følge opp at spesialist involveres. Dersom manglende spesialistinvolvering skyldes dårlig fungerende samhandling med andre organisatoriske enheter, må problemstillingen løftes opp i organisasjonen og finne sin løsning hos ansvarlig leder.

Det er ulike forventninger til dokumentasjonen på involvering av spesialist avhengig av hva slags personell som er behandler. Der behandler er høyskoleutdannet personell, forventes det at involveringen av spesialist er dokumentert i journal. Der behandler er LIS/psykolog uten spesialitet, kan involveringen av spesialist være dokumentert i journal, men kan også være dokumentert i referater fra møter i tverrfaglig team, i et telefonnotat eller i andre kilder. Dersom involveringen i spesialist gjennomgående ikke er dokumentert i journal, må dette følges opp i intervjuer m.v.

Der en rusdiagnose er satt, skal det ikke vurderes om diagnostiseringen av den enkelte pasient er faglig korrekt. Det skal derimot undersøkes om det er tatt stilling til om det foreligger en mulig ruslidelse, utenom i tilfeller hvor det ved innkomst er åpenbart at det ikke foreligger et rusmiddelproblem.

2.3 Behandling

Tilsynslaget skal undersøke om:

- **Planer for behandling utarbeides så snart det foreligger nødvendig informasjon fra utredningen**
- **Pasientene får samordnet og/eller integrert behandling for psykisk lidelse og samtidig ruslidelse**

Tilsynslaget skal også undersøke om pasientene får mulighet til å medvirke i behandlingsforløpet. I tillegg skal det undersøkes om helseforetaket legger til rette for og følger opp at behandlingen er planlagt, samordnet og/eller integrert.

Behandlingsplanlegging

Bakgrunnsinformasjon

En tilpasset og empatisk tilbakemelding til pasientene om behandlernes forståelse og vurderinger av informasjonen som har kommet frem i utredningen må gis, med rom for tilbakemelding fra pasientene. Fra oppstart av behandlingskontakten, og senest ved behandlingsplanleggingen, må det sammen med pasientene formuleres mål for hva pasientene ønsker å oppnå med behandlingen.

God behandling av samtidig psykisk lidelse og ruslidelse er avhengig av at behandler og pasient har en felles forståelse av målsettingen med behandlingen.

Planleggingen av behandlingen må starte så snart det gjennom utredningen foreligger tilstrekkelig informasjon om pasientens problemområder og (tentative) diagnoser. En plan for behandlingen må inneholde målformuleringer, beskrivelser av tiltak tilpasset både den psykiske lidelsen og ruslidelsen og eventuell annen problematikk, beskrivelse av eventuell psykofarmakologisk behandling, og beskrivelse av tiltak ved eventuell forverring og kriser²⁵. Hovedmål kan ofte være bedret livskvalitet gjennom bedret funksjonsevne på ett eller flere områder, som det å mestre å bo i egen bolig eller komme inn i en meningsfylt aktivitet. Målene må ta hensyn til pasientenes ønsker, men samtidig stimulere til vekst eller avgrensning mot urealistiske mål. Dersom det er behov for samarbeid med andre instanser, må også dette være del av behandlingsplanleggingen. For pasienter som trenger kriseplaner, må disse inneholde konkret informasjon om hvordan spesialisthelsetjenesten og andre instanser skal samhandle i krisesituasjoner. Beskrivelse av varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes (avdeling/instans, telefonnummer, eventuelt navn) må utformes i samarbeid med pasientene og andre instanser.

I behandlingsplanleggingen bør også antatt varighet av behandlingen skisseres, og det bør tidfestes evalueringstidspunkter hvor behandler i samråd med pasientene undersøker om planene følges og tiltakene har effekt. Planer for behandlingen må endres/justeres dersom det avdekkes behov for det.

(Del-)målformuleringer og beskrivelser av tiltak/behandling må være konkrete. Mål knyttet til ruslidelsen kan være full rusfrihet eller skadereduksjon. Målrettede tiltak ved skadereduksjon kan være knyttet til redusert rusmiddelbruk eller eksempelvis skifte fra injisering til røyking av heroin. Det kan også være tiltak knyttet til sikker sex og ren sprøytebruk. Motiverende samtaler bør være et av tiltakene.

Der det er indikasjon for bruk av antipsykotisk, stemningsstabiliserende eller annen psykofarmakologisk medikasjon, må medisineringsen vurderes i lys av pasientens rusmiddelbruk²⁶. Enkelte medikamenter kan i kombinasjon med rusmidler gi fare for respirasjonsstans eller andre skadevirkninger. Alkohol, benzodiazepiner, Z-hypnotika og opiater er eksempler på stoffer som kan dempe respirasjonen. Effekten kan forsterkes av legemidler, eksempelvis nyere antipsykotika (som olanzapin og kvetiapin), førstegenerasjons antipsykotika (som levomepromazin) og stemningsstabiliserende medikasjon (som valproat).

²⁵ Alternativt må dette være tatt stilling til på andre måter og være kjent for involverte behandlere.

²⁶ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), s. 70

Se vedlegg 3 for oversikt over aktuelle legemidler. Særlig ved oppstart av behandlingen og ved bruk av høye doser kan dette være en fare.

Behandlingsplanleggingen må foregå i samråd med pasientene²⁷. Medvirkning i behandlingsplanleggingen avhenger av at pasientene får informasjon om ulike behandlingstilnærminger rettet mot den psykiske lidelsen og ruslidelsen, og også mot somatisk helse og pasientenes risikofaktorer. Det samme gjelder for ulike tiltak rettet mot psykososiale forhold som pårørende, bolig og økonomi. Pasientene har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, og pasientene skal gis mulighet til å komme med tilbakemeldinger om behandlingen.

DPS må ha rutiner for behandlingsplanlegging. Rutinene må sikre at pasientene involveres i behandlingsplanleggingen og utarbeidelsen av målsetting for behandlingen. Ledelsen må følge opp at det er praksis for at planer for behandlingen følges og evalueres. Dersom ruslidelsen behandles i TSB, må helseforetaket sørge for entydig ansvars- og oppgavefordeling, og må legge til rette for nødvendig samhandling slik at pasientene får samordnet behandling. Dette må fremgå av planen for behandlingen, prosedyrer, avtaler eller lignende, og må følges opp med tanke på om samhandlingen fungerer.

Planer for behandlingen trenger ikke å være et eget dokument eller ha egen dokumentmal, selv om dette letter gjenfinningen i journalen for samarbeidende personell. Det må som et minimum finnes spor av behandlingsplanleggingen og tiltak i løpende journal. Gjennomførte tiltak må journalføres; eventuelt må det fremgå hvorfor tiltaket ikke kunne gjennomføres. Enkelte helseforetak har egne maler som sikrer at planer for behandlingen har et dekkende innhold. I løpende journal kan enheter/avdelinger benytte fraser (forhåndslagde maler med overskrifter for en viss type notater), som kan hentes inn i et løpende journalnotat.

Det skal fremgå av journal at pasientene har blitt involvert i behandlingsplanleggingen. Praksis knyttet til pasientmedvirkning ved utarbeidelse av planer for behandlingen kan verifiseres ved journalgjennomgang. For eksempel kan det fremgå at pasienten er involvert i utarbeidelsen av målsetting for behandlingen. Et annet eksempel er dersom det fremgår at pasienten har fått medvirket ved valg av behandlingsmetode.

Tilbakemeldinger fra pasienten om bedring/forverring og pasient-behandler-relasjonen bør kunne gjenfinnes i journal²⁸. Jevnlige spor av pasientmedvirkning i journal kan være en indikasjon på at medvirkningen er systematisk.

²⁷ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 4

²⁸ Det finnes systematiske feedback-systemer for å sikre innhenting av pasienters evaluering av gitt behandling. Eksempler på slike systemer er KOR-skalaene, ORS/FIT og SRS. Det er imidlertid få virksomheter i landet som har tatt i bruk disse systemene.

Samordnet og/eller integrert behandling

Bakgrunnsinformasjon

Behandlingen av samtidig psykisk lidelse og ruslidelse kan skje integrert (begge lidelser behandles samtidig og tilpasset av samme behandlingspersonell eller behandlingssted) og/eller samordnet (flere tiltak ytes fra ulike enheter på en koordinert måte). Et samtidig behandlingsfokus på den psykiske lidelsen og ruslidelsen forutsetter at behandlerne har kunnskap og kompetanse om utredning/behandling av ruslidelsen så vel som den psykiske lidelsen. Målsettingen skal være at pasienten får ett planlagt og sammenhengende forløp fra oppstart av kontakten til avslutning, uavhengig av hvilken del av spesialisthelsetjenesten som til enhver tid har hovedansvaret under behandlingen.

Kontinuitet i behandlingen er viktig for at pasienten skal få et samordnet og/eller integrert behandlingstilbud. Pasientgruppen kan være vanskelig tilgjengelig både praktisk og motivasjonsmessig. Involvering av pasientene på en måte som gir dem muligheten til å medvirke i egen behandling er vesentlig for å kunne gi et tilpasset og hensiktsmessig behandlingstilbud.

Det er et mål at pasientene i størst mulig grad får et tilbud der behandlingen er rettet mot begge lidelser på en planlagt og koordinert eller integrert måte. Dette kan skje ved at behandlingen fullt ut gis i DPS, ved at kompetanse i form av veiledning eller co-terapi hentes fra annen enhet i helseforetaket, eller ved pasientene sikres et kontinuerlig behandlingsforløp i en annen enhet i helseforetaket. Også der pasientene overføres til en privat helsetjeneste for behandling av rusmiddelproblemer, må pasientene sikres et kontinuerlig og koordinert forløp.

Ved psykoselidelser med samtidig ruslidelse, uavhengig av ruslidelsens alvorlighetsgrad, må pasienten få tilbud om behandling rettet mot psykoselidelsen samtidig med tiltak for å redusere rusmiddelbruken. Pasienter med psykoselidelser skal gis et tilbud i DPS, og tverrfaglig kompetanse inkludert ruskompetanse må være tilgjengelig²⁹. Behandling rettet mot ruslidelsen kan i en planlagt periode foregå i enhet som yter TSB dersom psykoselidelsen er adekvat behandlet og/eller stabilisert. DPS må beholde det overordnede ansvaret, samarbeide med behandler i TSB og sikre pasienten et egnet behandlingstilbud ved forverring av psykoselidelsen. Også pasienter uten psykoselidelser, men med en sammensatt og alvorlig psykiatrisk problematikk³⁰, kan ha behov for et tilsvarende samordnet og/eller integrert behandlingstilbud i DPS.

Et sammensatt behandlingstilbud med flere behandlere og/eller flere geografiske steder for hvor behandlingen gis, må være forutsigbart og bære preg av kontinuitet for pasientene. Desto mer alvorlige de samtidige lidelsene er, og jo mer sammensatt behandlingstilbudet er, desto større vil behovet være for samarbeid og oppgavefordeling mellom enhetene som yter tjenestene.

DPS må ha tatt stilling til hvilken kompetanse som er nødvendig for å sikre samordnet og/eller integrert behandling av psykisk lidelse og samtidig rusmiddelidelse. Helseforetakets ledelse må sikre tilgang på slik kompetanse, enten internt i DPS eller fra annen enhet i helseforetaket. Helseforetaket må sørge for entydig ansvars- og oppgavefordeling, og må

²⁹ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaling 85

³⁰ Eksempler kan være emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, PTSD, spiseforstyrrelser m.v.

legge til rette for nødvendig samhandling slik at pasientene får samordnet/integrert behandling. Ledelsen, både på DPS- og klinikksejfnivå (PHV), må ha klarlagt når pasienter kan søkes overført til TSB for videre behandling, og når pasienter kan søkes overført fra TSB til DPS. Dette må også være klart for ledelsen ved TSB. Valg av tiltak for å sikre nødvendig samhandling bør være basert på en risikovurdering.

Dersom det er et mål at kompetansen skal foreligge internt i DPS, må det foreligge rutiner som sikrer at personell med slik kompetanse ansettes, eller at personell får hensiktsmessig opplæring og får vedlikeholde sin kompetanse. Helseforetakets ledelse må følge opp at kompetansemålene nås. Ved behov for å hente kompetansen fra andre enheter i helseforetaket, eventuelt eksterne aktører, må det foreligge rutiner for slik samhandling og kompetanseutveksling. Helseforetakets ledelse må følge opp at samarbeidet fungerer i tråd med etablerte planer for behandlingen og avtaler mellom enhetene.

At det er utarbeidet en individuell plan eller avholdt ansvarsmøter, kan være en indikasjon på at pasientene er sikret samordnet og/eller integrert behandling for sine samtidige lidelser. Samhandlingen kan også være beskrevet i prosedyrer, møtereferater, samarbeidsavtaler m.v. Det skal finnes spor av slik samhandling i journal.

Mange helseforetak har organisert seg slik at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse tilbys arenaflexible tjenester der tverrfaglig kompetanse inngår. Slike oppsøkende behandlingsteam kan bidra til at pasientene får et helhetlig og integrert tjenestetilbud.

2.4 Avslutning av behandling

Tilsynslaget skal undersøke om:

- **Avslutning av behandlingen er basert på en vurdering av pasientenes behov og måloppnåelse**
- **Oppfølgende instans får informasjon om pasientene der pasientene samtykker til slik oppfølging**

Tilsynslaget skal også undersøke om pasientene gis informasjon og får mulighet til å medvirke ved avslutning av behandling. I tillegg skal det undersøkes om ledelsen på ulike organisatoriske nivåer legger til rette for og følger opp at avslutningen gir et godt grunnlag for kontinuitet i eventuell videre behandling/oppfølging.

Bakgrunnsinformasjon

Både underveis i, og ved avslutning av, et behandlingsforløp i DPS er samhandling med førstelinjetjenesten (herunder fastlege), øvrig spesialisthelsetjeneste og/eller andre relevante instanser (for eksempel NAV) sentralt. Når den polikliniske behandlingen i DPS avsluttes, innebærer det i praksis som oftest at pasientenes kontakt med PHV opphører. Samhandling med og overføring av informasjon til oppfølgende instanser er avgjørende for å sikre helhetlig behandling og kontinuitet. Av hensyn til taushetsplikten er utveksling av informasjon i utgangspunktet betinget av samtykke fra den enkelte pasient.

Behandlingen avsluttes i samråd med pasientene. Avslutning av behandling kan være planlagt og skje som følge av at pasientene har nådd målene i behandlingsplanen. Eventuelt kan

avslutningen være initiert av behandler, for eksempel dersom flere behandlingstilnæringer har vært forsøkt, men ikke har hatt effekt. Dersom behandlingen avsluttes mot pasientenes vilje, skal det dokumenteres i journal hvorfor behandler mener at det likevel er riktig å avslutte behandlingen. Pasientene kan også avslutte behandlingen etter eget ønske. Uavhengig av hvordan avslutningen kommer i stand, må det tilbys minst én avslutningssamtale hvor pasientene får anledning til uttale seg om hvordan de har opplevd behandlingstilbudet, hva de har hatt nytte av, utfordringer underveis, og hvilke behov de har videre oppfølging.

Ved enhver avslutning av behandlingen må behandleren gjøre en vurdering av effekten av behandlingen/tiltak rettet mot de ulike lidelsene, herunder beskrive hva som er oppnådd og eventuelle vedvarende problemområder. Behandler må også gjøre vurderinger av pasientenes tilbakefallsrisiko for både psykisk lidelse og ruslidelse samt selvmords- og voldsrisiko, eventuelt også overdoserisiko. Pasientenes kliniske tilstand (status presens) ved utskrivelsestidspunktet må være del av vurderingene.

Dersom pasientene har mottatt helsetjenester fra andre instanser, må disse involveres i vurderingen av om/når behandlingen skal avsluttes, dersom pasientene samtykker til, eventuelt ikke motsetter seg³¹, slik kontakt. Der behandlingen skal avsluttes må DPS sørge for at pasientene sikres informasjon om muligheten for nødvendig oppfølging utenfor DPS (for eksempel fastlege eller førstelinjetjeneste i kommunen), og eventuelt bistand til å opprette slik kontakt. Dersom pasientene samtykker til det, eventuelt ikke motsetter seg det³², må informasjon om pasientene videreformidles til oppfølgende instans(er).

Spesialist skal være involvert i beslutninger om avslutning av behandling. Se kapittel 2.2 om bruk av spesialistkompetanse og alternative måter det kan gjøres på. Det forventes at DPS har innarbeidede rutiner for hvordan avslutningen skal skje, hvordan det sikres at pasientene involveres i beslutningen og at planen for behandlingen inngår i vurderingene av om behandlingen skal avsluttes. Dersom TSB har vært involvert i behandlingen, skal også de delta i en slik vurdering.

DPS må ha rutiner som sikrer informasjon til pasientene om muligheten for oppfølging annet sted i spesialisthelsetjenesten, i førstelinjetjenesten og/eller hos andre relevante samarbeidende instanser. Rutinene må også sikre at oppfølgende instans får informasjon om pasientene der pasientene ønsker oppfølging.

Epikrisen kan gi indikasjon på om det sikres nødvendig medvirkning og samarbeid i avslutningsfasen. Det kan eksempelvis også være avholdt samarbeidsmøte mellom DPS og andre instanser.

Tilbakemeldinger fra pasienter om forhold de er misfornøyde med i møtet med DPS må følges opp i behandlingen, og også benyttes i det generelle forbedringsarbeidet ved DPS. Nødvendige korrigerende og forebyggende tiltak må iverksettes når det er behov for å endre praksis. Ledelsen må følge med på at praksis endres i tråd med de nye rutinene.

God ledelse innebærer en åpenhetskultur der det for alle er trygt å melde fra om feil, mangler og uønskede hendelser, og der ledelsen bruker slik informasjon til kontinuerlig forbedring.

³¹ Se kapittel 1.5.

³² Se kapittel 1.5.

3 Tilsynets revisjonskriterier – kort oppsummering av kapittel 2

3.1 Om forståelse og bruk av revisjonskriteriene

I kapittel 3.2 presenteres revisjonskriteriene, det vil si sjekkpunktene (målestokkene/normene) som helseforetakets praksis skal måles mot for å kunne konkludere om tjenestene er av rett kvalitet eller om (deler av) tjenestene drives med for høy risiko. Det skal undersøkes om helseforetaket gjennom systematisk styring sikrer at pasientforløpet er forsvarlig, inkludert at pasientene får medvirke i utformingen av tjenestene og at det tilrettelegges for samhandling med andre tjenesteytere.

Tilsynets revisjonskriterier og fremkommet faktagrunnlag må sees i sammenheng før det kan trekkes og formuleres korrekte konklusjoner. Konklusjonene (formuleringene av lovbrudd) må spisses, slik at lovbruddene verken fremstår mer eller mindre omfattende enn de i realiteten er. Veilederen er inndelt etter fire faser i et pasientforløp. Konklusjonene kan gå på tvers av disse fasene, i den forstand at det kan være gjennomgående svakheter i alle deler av pasientforløpet og/eller lovbrudd i én fase som påvirker konklusjonene i en annen fase (følgefeil). Eksempelvis er god og samordnet og/eller integrert behandling av psykisk lidelse og samtidig ruslidelse avhengig av gode utredninger og diagnostisering. Følgelig kan det være problematisk å kommunisere konklusjoner om lovbrudd i utrednings- og diagnostiseringsfasen og ikke i behandlingsfasen, ettersom disse henger tett sammen.

Revisjonskriteriene må leses i sammenheng med kapittel 2 ettersom det der fremgår avveininger og nyanser som er helt avgjørende for å gjøre godt tilsyn. Revisjonskriteriene er presentert i samme rekkefølge som kapittelinnndelingen i kapittel 2.

Med mindre annet er angitt i kriteriene, er lov hjemmelen kriteriene bygger på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Alle krav til systematisk styring er hjemlet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 3 og §§ 6 til 9, jf. § 5. Innholdet i disse paragrafene henger så tett sammen at pliktene til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende må sees samlet for å kunne vurdere om tjenestene er resultat av systematisk styring eller ikke.

3.2 Revisjonskriteriene

Helseforetaket sørger for at utredningen gir grunnlag for tjenester av rett kvalitet til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse ved at:

- DPS sørger for en bred og systematisk utredning av alle pasienter.
- Pasienter med antatt eller kjent psykisk lidelse kartlegges med tanke på å avdekke rusmiddelproblematikk.
 - Pasientene får informasjon om hensikten med kartleggingen av rusmiddelbruken.
- Avdekket rusmiddelproblematikk hos pasientene følges opp med en systematisk utredning av rusmiddelproblemet.
 - Manglende motivasjon hos pasientene når det gjelder utredning og behandling av rusmiddelproblemene tematiseres og arbeides med.

- Behandler gjør en vurdering av rusmiddelbrukens betydning for funnene i utredningen.
- Pasientene kartlegges og følges opp med hensyn til somatisk helse.
- Pårørende, herunder mindreårige barn, nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet kartlegges.
 - Ved behov iverksettes nødvendige tiltak overfor pasientenes mindreårige barn.
- Relevante samarbeidspartnere identifiseres.
 - Behov for samarbeid vurderes og gir grunnlag for nødvendige tiltak.
- Risikoatferd (selvmord, vold og overdose) kartlegges, vurderes og følges opp.
- Tiltak vurderes og eventuelt iverksettes overfor pasienter som ikke møter til konsultasjoner.
 - Pasientene får informasjon om konsekvensene av uteblivelse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.
- Ledelsen ved DPS sørger for innarbeidede rutiner for
 - felles systematisk utredningspraksis
 - pasientmedvirkning i utredningen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1
 - avdekking av mulige ruslidelser hos pasientene
 - oppfølging av identifisert rusmiddelproblematikk
 - tematisering og oppfølging av pasientenes motivasjon for utredning og behandling av rusmiddelproblemene
 - kartlegging og oppfølging av pasientenes somatiske helse
 - kartlegging av pårørende, herunder mindreårige barn, nettverk, boforhold og arbeid/aktivitet
 - tiltak som iverksettes overfor pasientenes mindreårige barn
 - samarbeid og samhandling mellom DPS og andre relevante instanser
 - kartlegging og oppfølging av risikoatferd
 - oppfølging av pasienter som ikke møter til konsultasjoner
- Ledelsen ved DPS har tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for å kartlegge mulig ruslidelse og følge opp identifisert rusmiddelproblematikk.
- Helseforetaket har klarlagt ansvars- og oppgavefordelingen mellom PHV og TSB, enten TSB er organisert i eller utenfor helseforetaket. Helseforetakets ledelse følger opp at samhandlingen fungerer og at pasientene utredes samordnet og helhetlig for psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse.
- Helseforetaket sørger for at DPS har tilgang på kompetanse til å forstå/tolke resultater av somatiske undersøkelser.
 - DPS har tilgang på legefaglig kompetanse til å vurdere pasientenes somatiske forhold opp mot de psykiske lidelsene.
- DPS har nødvendig kompetanse på kartlegging av risikoatferd.
 - Ved risikovurderinger har utførende personell tilgang til veiledning fra spesialist.
- Ledelsen ved DPS følger opp at rutinene fungerer og etterleves, og iverksetter nødvendige tiltak dersom det har utviklet seg en uønsket praksis.

Helseforetaket sørger for at diagnostisering av ruslidelser bygger på informasjon fra utredningen, og utføres av kompetent personell uten unødig opphold ved at:

- Utredningen oppsummeres med en diagnostisk vurdering og konklusjon så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon.

- Kliniske funn og annen informasjon fra utredningen vurderes opp mot kriteriene for den aktuelle ruslidelsen.
- Differensialdiagnostiske vurderinger gjøres, herunder av om det foreligger samtidige lidelser.
- Ledelsen ved DPS sørger for innarbeidede rutiner for
 - å fange opp og iverksette nødvendige tiltak dersom utredninger tar for lang tid (normalt mer enn 3 måneder etter første konsultasjon)
- Ledelsen ved DPS følger med på
 - om planlagt tidsramme for utredningen og diagnostiseringen overholdes
 - Problemstillingen løftes opp i organisasjonen dersom årsakene til lengre tidsbruk relateres til samhandling med andre organisatoriske enheter.
 - om spesialist involveres i det diagnostiske arbeidet, også i diagnostiseringen av ruslidelser
 - Problemstillingen løftes opp i organisasjonen dersom årsaken til manglende involvering av spesialist relateres til samhandling med andre organisatoriske enheter.
- Helseforetaket legger til rette for og følger opp at organisering og entydig ansvars- og oppgavefordeling bidrar til diagnostisering av både psykiske lidelser og ruslidelser.
- Helseforetaket sørger for nødvendig tilgang på spesialistkompetanse, uavhengig av organisering.

Helseforetaket sørger for at pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse får samordnet og/eller integrert behandling ved at:

- Planleggingen av behandlingen starter så snart det gjennom utredningen foreligger tilstrekkelig informasjon om pasientenes problemområder og (tentative) diagnoser.
- Planer for behandlingen inneholder beskrivelser av målformuleringer, tiltak tilpasset både den psykiske lidelsen og ruslidelsen og eventuell annen problematikk, tiltak ved forverring og kriser og plan for samhandling med andre instanser.
 - Behandlingsplanleggingen foregår i samråd med pasientene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.
- Ledelsen ved DPS sørger for innarbeidede rutiner for behandlingsplanlegging.
 - Rutinene omfatter involvering av pasientene i behandlingsplanleggingen og utarbeidelsen av målsetting for behandlingen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.
- Ledelsen ved DPS følger med på
 - at planene for behandlingen følges og evalueres, og endres/justeres ved behov
 - at det tilbys samordnet/integrert behandling som bygger på planene for behandlingen
- Helseforetaket sørger for tilgang på nødvendig kompetanse for å gi samordnet og/eller integrert behandling av psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematikk.
 - Ledelsen ved DPS har tatt stilling til hvilken kompetanse som er nødvendig.
 - Dersom kompetansen skal foreligge internt i DPS, sørger DPS for å tilsette personell med slik kompetanse, eventuelt gi hensiktsmessig opplæring, og sørger for vedlikehold av kompetansen.
 - Helseforetaket følger opp at kompetansemålene nås.
 - Ved behov for å hente kompetansen fra andre enheter i helseforetaket, eventuelt eksterne aktører, legger helseforetaket til rette for og følger med på at

organiseringen og entydig ansvars- og oppgavefordeling bidrar til nødvendig samhandling og kompetanseutveksling.

- Det er klarlagt hvilke pasienter som kan søkes overført til TSB for videre behandling, og hvilke pasienter som kan søkes overført fra TSB til DPS.

Helseforetaket sørger for forsvarlig avslutning av behandling ved at:

- Behandlingen avsluttes i samråd med pasientene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.
- Behandleren vurderer effekten av behandlingen/tiltakene rettet mot de ulike lidelsene, måloppnåelse, pasientenes tilbakefallsrisiko samt risikoatferd. Pasientenes kliniske tilstand (status presens) ved utskrivelsestidspunktet er en del av vurderingen.
- Andre aktuelle instanser, herunder TSB, involveres i vurderingen av om/når behandlingen skal avsluttes, såfremt pasientene samtykker til/ikke motsetter seg dette.
- DPS har innarbeidede rutiner for
 - hvordan pasientene involveres i beslutningen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1
 - hvordan avslutningen av behandlingen skjer, herunder avslutningssamtale
 - informasjon til pasientene om muligheten for oppfølging hos andre instanser, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2
 - Dersom pasientene samtykker til slik oppfølging, videreformidles informasjon om pasientene til oppfølgende instans(er).
- DPS sørger for at spesialist er involvert i beslutninger om avslutning av behandling.
 - Helseforetaket sørger for at slik kompetanse er tilgjengelig.
- DPS preges av en åpenhetskultur der det er trygt å melde fra om feil, mangler og uønskede hendelser, og der ledelsen bruker slik informasjon til kontinuerlig forbedring.
 - Tilbakemeldinger fra pasienter og andre om forhold de er misfornøyde med i møtet med DPS følges opp i behandlingen og benyttes i det generelle forbedringsarbeidet ved DPS.
 - Nødvendige korrigerende og forebyggende tiltak iverksettes når det er behov for å endre praksis. Tiltak som krever samarbeider med andre organisatoriske enheter, løftes opp til felles ledernivå og følges opp av ledelsen der.
 - Ledelsen følger med på at praksis endres i tråd med nye rutiner.

4 Planlegging, forberedelse og gjennomføring av tilsynet

4.1 Bakgrunn for valg av tilsynsmetodikk

Tilsynets målsetting er å stimulere til forbedringsaktiviteter i DPS, og på denne måten bidra til økt kvalitet i helseforetakenes tjenester til en utsatt og sårbar pasientgruppe. Vi ønsker å tydeliggjøre helseforetakenes overordnede ansvar for å legge til rette for og følge opp at deres helsetjenester er forsvarlige og i tråd med gjeldende regelverk for øvrig. DPS er gjerne satellittvirksomheter plassert et stykke unna helseforetakenes sykehus, noe som kan representere en ekstra styringsutfordring. Det er derfor viktig å undersøke hvordan helseforetakenes ledelse engasjerer seg i driften. Vi håper også at tilsynet skal bidra til erfaringsoverføringer mellom helseforetakets ulike DPS.

4.2 Nødvendig kompetanse i tilsynslagene og bruk av fagrevisor

Vi har lagt opp til et tilsyn med bruk av innleid fagrevisor. Fagrevisor skal delta på 2 av 3 tilsynsdager, se nærmere om dette under 4.3 til 4.6. I tillegg vil det likevel være nyttig å ha med spesialist i psykiatri, psykolog eller annen fagperson fra eget embete med erfaring fra og innsikt i dette fagområdet. Dette særlig av hensyn til effektiv gjennomføring av journalgjennomgangen. For øvrig gjelder tidligere anbefalinger for sammensetting av gode og kompetente tilsynslag, se prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon kapittel 5.2.1. Behovet for en erfaren revisjonsleder fremheves særlig.

Tilsynet skal gjennomføres av regionale lag. Det anbefales at hvert embete gjennomgående er representert i laget.

Statens helsetilsyn har tildelt en fagrevisor til hvert regionale lag, se liste over fordelte fagrevisorer med kontaktinformasjon i vedlegg 4. Videre kontakt med fagrevisorene skjer ved revisjonsleder.

4.3 Praktisk innretning av tilsynet

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon i henhold til gjeldende prosedyre og rapportmal samt retningslinje for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheten. Som del av informasjonsinnhenting skal det gjennomføres intervjuer med pasienter, og det skal sendes ut spørreskjemaer for utfylling hos aktuelle TSB.

Oversikt over gangen i tilsynet

- Varsel om tilsyn sendes helseforetaket sammen med spørreskjema for TSB.
- Rask oppnevning av en kontaktperson i helseforetaket.
- Formøte (gjerne ved hjelp av telefon eller video) der tilsynsopplegget presenteres for helseforetaket. Overordnet leder for PHV og helseforetakets kontaktperson bør delta på møtet i tillegg til eventuelle andre involverte ledere.
- Innhente liste fra helseforetaket over pasienter som etter nærmere kriterier er aktuelle for intervju. Aktuelle pasienter må kunne forholde seg til en intervjusituasjon.
- Intervjuer med pasienter bør gjennomføres i god tid før åpningsmøtet.
- Helseforetaket følger opp at utfylte spørreskjemaer fra TSB er klare for overlevering til tilsynslaget på åpningsmøtet. Alternativt kan disse innhentes på annen måte i forkant av tilsynet.
- Systemrevisjonen forberedes og gjennomføres i tråd med «*Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon*».
- Oppfølging av eventuelle påviste lovbrudd gjøres i tråd med «*Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter*».

Tilsynets tidsramme og omfang

Dette er et 2-årig tilsyn, der det skal gjøres ett tilsyn i alle helseforetak. Tilsynet skal være gjennomført, og tilsynsrapporter utsendt, innen 1. november 2018. Det enkelte tilsyn er beregnet til å gå over 3 dager, inkludert pasientintervjuer. Hvert tilsyn vektet som 1,5 systemrevisjon og gir denne uttellingen for hvert fylkesmannsembete som deltar i det regionale laget.

4.4 Særlig om intervjuer med pasienter

I dette tilsynet skal tilsynslaget innhente informasjon om tjenestene også gjennom intervjuer med aktuelle pasienter som mottar polikliniske tjenester fra aktuell DPS. Vi gir noen føringer for forberedelser og gjennomføring, men åpner også for noe valgfrihet.

- Vi anbefaler at tilsynslaget intervjuer 3-5 pasienter ved DPS poliklinikk. Aktuelle pasienter må kunne forholde seg til en intervjusituasjon. Pasientene behøver ikke å være del av journaluttrekket i tilsynet.
- Pasienter skal velges ut fra at de kan ha informasjon som er relevant for at aktuelle forhold skal bli tilstrekkelig opplyst.
- Pasientintervjuene bør gjennomføres i god tid før åpningsmøtet, slik at innhentet informasjon er oppsummert og kan brukes videre i forberedelse og gjennomføring av tilsynet.
- Informasjonen fra pasientene skal i bevisvurderingen sees i sammenheng med annen innhentet informasjon i tilsynet.

Nærmere om forberedelser

Vi vil anbefale tilsynslaget å be helseforetaket om liste over pasienter som etter nærmere kriterier kan være aktuelle for intervju. Pasientene bør ha vært i DPS lenge nok til at de er et stykke ut i behandlingsforløpet (for eksempel minimum seks måneder fra oppstart av kontakten med DPS). Tilsynslaget plukker ut aktuelle informanter. Et flertall av pasientene som velges ut bør ha psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer.

For i størst mulig grad å sikre oppmøte og lykkes med intervjuene, er forberedelse og oppfølging av informantene før intervjuene viktig. Fortrinnsvis bør aktuelle intervjuobjekter inviteres per brev. Brevet bør overleveres fysisk til pasientene. Utkast til brev finnes i vedlegg 10. Videre anbefaler vi at revisjonsleder følger opp ved å kontakte de inviterte intervjuobjektene per telefon, gjerne innen en uke etter invitasjonen per brev, og forklare hva de er invitert til å være med på. Det er viktig å trygge informantene med tanke på konfidensialitet/taushetsplikt m.v. Videre må sted og tidspunkt for samtalen avtales. Vi tilrår at pasientene får en påminnelse om avtalen per telefon dagen før.

Gjennomføring

Pasientene skal intervjues én og én. Intervjuene må gjennomføres på en trygg arena, men vi fraråder privat arena. Antall som gjennomfører intervjuene bør ikke overstige tre personer; to er trolig mest gunstig. Vi anser det ikke som aktuelt at fagrevisorene skal delta.

Tilsynslaget bør sette av ca. 45 minutter til hvert intervju. Vi har utarbeidet et forslag til intervjuguide, se vedlegg 11. Vi anbefaler at de overordnede temaene i intervjuguiden berøres og gir rammene for intervjuet, selv om spørsmålene må tilpasses det enkelte intervju. Informasjonen som kommer frem bør oppsummeres sammen med pasienten for å sikre en felles forståelse.

Vi vil anmode om at pasienter som stiller til intervju tilbys drikke (kaffe/te) og noe enkelt å bite i. Videre anbefaler vi å ha en kontantbeholdning, slik at eventuelle reiseutgifter for offentlig kommunikasjon kan refunderes der og da. Eventuelt må pasientene få bistand til å lage reiseregning som sendes til fylkesmannen.

Tilsynslagene kan gjerne kontakte brukerorganisasjon(er) for å få bistand i planleggingen av pasientintervjuene. Dette for å få råd og innspill som kan bidra til mest mulig treffsikker og nyttig informasjon under pasientintervjuene og resten av tilsynet. Brukerorganisasjonene kan også bidra med råd knyttet til praktisk gjennomføring, herunder gode intervjusteder. Vedlegg 12 inneholder en oversikt over aktuelle brukerorganisasjoner med kontaktperson.

Oppfølging av pasienter som har stilt til intervju

Vi vil anbefale at pasienter som har stilt til intervju får et kort brev med konklusjonene i tilsynet samt tilsynsrapporten. Dersom noen av fylkesmennene skal ha konferanse om tilsynet eller presentere tilsynsresultater for brukerorganisasjoner, må også pasientinformantene inviteres.

Informasjon om mulige valgfrie aktiviteter

Embeter som ser mulighet for å rekruttere og lære opp brukerrepresentant til å delta i tilsynslaget, kan om ønskelig gjøre det. Vi viser til brev fra Statens helsetilsyn datert 28. oktober 2016 til fylkesmennene, med invitasjon til å søke stimuleringsmidler for å styrke involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn. I brevet går det frem at Statens helsetilsyn gjerne ser at 5-6 av fylkesmennene prøver ut fagrevisor med bruker- eller pårørendekompetanse i tilsynslaget ved gjennomføring av tilsyn. Både de landsomfattende tilsynene med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse og med Bufetats bistandsplikt når barn trenger akuttiltak og opphold i barneverninstitusjoner kan være aktuelle.

4.5 Særlig om undersøkelser i TSB

Informasjon fra TSB innhentes via utarbeidede spørreskjemaer (se vedlegg 6) som sendes helseforetaket sammen med varsel om tilsyn.

4.6 Særlig om journalgjennomgang

I tilsynet skal et utvalg journaler fra nyhenviste pasienter gjennomgås. Uttrekket av journaler bør så langt det er mulig gi informasjon om hva som er gjeldende praksis i virksomheten. Vi foreslår at det gjøres uttrekk av journaler fra 6 måneder før tilsynet blir varslet og maksimalt 24 måneder tilbake i tid. Uttrekket bør være på minimum 100 journaler. Dersom det ikke finnes et tilstrekkelig antall nyhenviste pasienter, må det suppleres med rehenviste pasienter (de nyeste først). Uttrekket skal omfatte alle pasientene som er henvist til poliklinisk behandling, uavhengig av hvilken poliklinikk pasientene senere er fordelt til.

Tilsynslagene skal gjøre en rask sortering av journalene, der de ser på henvisningen og journalnotatene fra inntil de tre første konsultasjonene. Formålet er å se om rusmiddelbruk har vært et tema. I grovsorteringen av journalene kan tilsynslagene gjøre flere typer funn: 1) at pasientene ikke er spurt om sin rusmiddelbruk, 2) at pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk uten at dette er nærmere kartlagt, og 3) at pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk og nærmere kartlegging er gjort. Dette vil alle være viktige funn i tilsynet, ettersom det kan si noe om helseforetakets praksis. For eksempel vil det ha betydning hvor mange pasienter som eventuelt ikke er spurt om sin rusmiddelbruk. Dette antallet bør være svært lavt. Det vil også være et funn dersom pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk, men nærmere kartlegging gjennomgående ikke er gjort. Dersom nærmere kartlegging gjennomgående er gjort, tyder det på at helseforetaket har fokus på rusmiddelproblematikk som tema. Journalene bør derfor

deles inn i de nevnte tre kategoriene etter grovsorteringen. Se også skjema for journalgjennomgang i vedlegg 7 og støttedokument i vedlegg 8.

Inntil 15 pasientjournaler der antatt rusmiddelproblematikk er avdekket og kartlagt skal fortløpende tas ut og være med i tilsynslagets videre undersøkelser av hvordan DPS utreder og følger opp rusmiddelproblemen og pasientenes helhetlige situasjon. Tilsynslagene bør også for kontrollformål plukke ut inntil 10 journaler fra kategorien der pasientene ikke er spurt om sin rusmiddelbruk, dersom det finnes slike journaler. Eventuelt kan det suppleres med journaler fra gruppen der pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk, men nærmere kartlegging ikke er gjort. Dette for å unngå at journalene der pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk, og kartlegging er gjort, gir et skjevt bilde av helseforetakets praksis. Der pasientene gjennomgående er spurt om sin rusmiddelbruk og nærmere kartlegging er gjort, vil imidlertid journalene i denne kategorien gi et representativt bilde av praksis.

Tilsynslagene kan avslutte gjennomgangen når 15 + 10 journaler er plukket ut.

En nærmere gjennomgang av journalene må skje i samarbeid med fagrevisor. Alt journalmaterialet bør være tilgjengelig for fagrevisor for eventuell kontroll/stikkprøver.

Som en forberedelse til tilsynet har Fylkesmannen i Hordaland, med deltakelse fra Statens helsetilsyn, foretatt en pilotgjennomgang av journaler³³. Erfaringen fra gjennomgangen er at forholdene som skal undersøkes i journal lar seg undersøke på denne måten. Gjennomgangen viste imidlertid at 100 journaler ikke var tilstrekkelig til å finne 15 pasienter med identifisert rusmiddelproblematikk.

Dersom det ikke er et tilstrekkelig antall journaler med identifisert rusmiddelproblematikk i uttrekket på 100 journaler, må tilsynslagene bruke de journalene som finnes, eventuelt gjøre et større uttrekk og gjennomgå flere journaler.

Når det gjelder tilgang til elektronisk pasientjournal, viser vi til brev av 10. januar 2017 fra Helsedirektoratet i vedlegg 9. Helsedirektoratet konkluderer med at lovverket åpner for at tilsynslagene kan be om eget brukernavn og passord.

5 Tilsynsrapporter

5.1 Tilsynsrapport fra den enkelte systemrevisjon

Tilsynet skal rapporteres i henhold til gjeldende rapportmal for systemrevisjoner. Vi gjør oppmerksom på at tilsynsrapportene ikke bør inneholde pasientnavn³⁴, men informasjonen skal brukes på lik linje med annen informasjon (etter en bevisvurdering).

Utkast til tekst til tilsynsrapportens kapittel 1 og 2 (ny rapportmal) finnes i vedlegg 13 og 14.

³³ Journalgjennomgangen ble gjort ved Helse Bergen HF, Kronstad DPS, som har et opptaksområde på ca. 80 000 personer.

³⁴ Navnene må imidlertid finnes i arkiv.

Kopi av oversendelsesbrev til helseforetakene og endelige tilsynsrapporter sendes til postmottak@helsetilsynet.no så snart de foreligger. Rapportene vil bli publisert på Statens helsetilsyns hjemmeside.

5.2 Oppsummering

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet.

6 Oversikt over vedlegg til veilederen

1. Oversikt over organiseringen av DPS poliklinikk og TSB
2. Oversikt over aktuelle rusmidler (narkotika og vanedannende legemidler)
3. Oversikt over aktuelle legemidler som kan interagere med rusmidler
4. Liste over fagrevisorer med kontaktinformasjon
5. Utkast til varselbrev
6. Spørreskjema for TSB
7. Skjema for journalgjennomgang
8. Støttedokument til journalgjennomgang
9. Brev fra Helsedirektoratet vedrørende tilgang til elektronisk pasientjournal
10. Invitasjonsbrev til pasientintervju
11. Intervjuguide til pasientintervju
12. Oversikt over brukerorganisasjoner og kontaktpersoner
13. Tekst som kan benyttes i tilsynsrapportens kapittel 1
14. Tekst som kan benyttes i tilsynsrapportens kapittel 2

Vedlegg 1

Oversikt over DPS poliklinikk og TSB (per 2. desember 2016)

Akershus universitetssykehus HF

Divisjon for psykisk helsevern

Distrikopsykiatriske sentre

- **DPS Øvre Romerike**
 - Allmennpoliklinikk
 - Enhet for gruppeterapi
 - TiRe (Tidlig intervensjon og rehabilitering)
 - Akutteam
- **DPS Nedre Romerike**
 - Allmennpoliklinikk
 - Enhet for gruppeterapi
 - TiRe (Tidlig intervensjon og rehabilitering)
 - Ambulant team
 - Akutteam
- **DPS Groruddalen**
 - Allmennpoliklinikk
 - Spesialpoliklinikk
 - Enhet for gruppeterapi
 - Akutteam
- **DPS Follo**
 - Allmennpoliklinikk
 - Enhet for gruppeterapi
 - TiRe (Tidlig intervensjon og rehabilitering)
 - ACT-team
 - Akutteam

Avdeling spesialpsykiatri

- Seksjon A
- Seksjon B (sikkerhetsseksjon)
- Seksjon C

Avdeling rus og avhengighet (ARA)

- ARA Illegale rusmidler
- ARA Klosteret døgn
- ARA Nedre Romerike poliklinikk
- ARA Øvre Romerike poliklinikk
- ARA Groruddalen poliklinikk
- ARA Follo
 - Poliklinikk
 - Døgn
- ARA Elvestad døgn

Finnmarkssykehuset HF

Klinikk psykisk helsevern og rus

DPS Vest-Finnmark

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Alta
 - Dagavdeling
 - Gruppeterapeutisk team
 - Rusteam
 - Ambulant psykiatrisk akutteam (APAT)
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Hammerfest
 - Rusteam

DPS Midt-Finnmark/SANKS

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Lakselv
- Ambulant akutteam Lakselv
- TSB Finnmarksklinikken Karasjok
- Samisk psykisk helsevern og rusbehandling Tysfjord
- Samisk psykisk helsevern og rusbehandling Bodø
- Samisk psykisk helsevern og rusbehandling Snåsa
- Samisk psykisk helsevern og rusbehandling Oslo
- SANKS nasjonalt team

DPS Øst-Finnmark

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Kirkenes
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tana
 - Ambulant psykiatrisk akutteam (APAT)

Helgelandssykehuset HF

Psykisk helse og rus

Enhet Sandnessjøen

Område for psykisk helse og rus

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen
- Ambulant akutteam Sandnessjøen
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Brønnøysund
- Ambulant akutteam Brønnøysund

Enhet Mosjøen

Område for psykisk helse og rus

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Ambulant akutteam

Enhet Mo i Rana

Område for psykisk helse og rus

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Ambulant akutteam
- Rusavdelingen

Helse Bergen HF

Divisjon psykisk helsevern

Bjørgvin DPS

- Poliklinikk Knarvik
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Rehabiliteringspoliklinikk
- Poliklinikk Tertnes
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Rehabiliteringspoliklinikk

Kronstad DPS

- Allmennpoliklinikk
 - Bergenhus
 - Årstad
- Psykosepoliklinikk
 - FACT-team
- Psykose dagbehandling og gruppepoliklinikk

Øyane DPS

- Allmennpsykiatrisk poliklinikk
- Rehabiliteringspoliklinikk
- Gruppepoliklinikk
- Ambulant akutteam

Voss sjukehus

- **Voss DPS**
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk
 - Psykiatrisk poliklinikk
 - Psykiatrisk rehabiliteringsteam

Avdeling for rusmedisin (AFR)

- Ambulant team
- Poliklinikk M31
- Rusmedisin poliklinikk
- Rusmedisin Askøy
- Rusmedisin Floen (18-30 år)
- Rusmedisin Floen Bergen
- Rusmedisin Floen Manger (18-30 år)
- Rusmedisin Tertnes
- Rusmedisin LAR

Helse Fonna HF

Klinikk for psykisk helsevern

Folgefonn DPS

- Odda
- Valen

Haugaland DPS

- Allmennpsykiatrisk poliklinikk
- Psykoseteam
- Ambulant akutteam
- ACT-team
- Ruspoliklinikk

Stord DPS

- Allmennteam
- Akutt ambulant team

ROP-posten

Helse Førde HF

Klinikk for psykisk helsevern

Psykiatrisk klinikk

- **DPS dag**
- Akutt døgn
- Rus døgn

Nordfjord psykiatrisenter (DPS)

- Seksjon dag
 - Ambulant team
 - Dagpost
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Seksjon rus (TSB)

Indre Sogn psykiatrisenter (DPS)

- Seksjon dag
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Ruspoliklinikk
 - Alderspsykiatrisk team

Helse Møre og Romsdal HF

Klinikk for psykisk helsevern

Avdeling for DPS Sunnmøre

- **DPS Sjøholt**
 - Ambulant team
- **DPS Vegsund**
 - Poliklinisk oppfølging etter utskrivelse
 - Ambulant team
- **DPS Volda**
 - Ambulant seksjon
- **DPS Ålesund**
 - Ambulant seksjon
 - Poliklinikk

- Allmennteam
- Gruppebehandlingsteam
- Rusteam

Avdeling for DPS Nordmøre og Romsdal

- **DPS Kristiansund, seksjon poliklinikk**
 - ROP-team
 - Ambulant team
- **DPS Molde, seksjon allmennpsykiatrisk poliklinikk**

Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling

Avdeling Molde behandlingssenter

- Døgnseksjonen
- Poliklinisk seksjon Molde

Avdeling Ålesund behandlingssenter

- Poliklinisk seksjon Ålesund
- Seksjon for avrusing
- Seksjon for behandling og utgreiing

Helse Nord-Trøndelag HF

Psykiatrisk klinikk

Avdeling Namsos

- **Seksjon DPS Kolvereid**
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Gruppebehandlingsenhet poliklinikk
- **Avdeling DPS Stjørdal**
 - Seksjon poliklinikk
 - Ambulant tjeneste

Avdeling for rus og avhengighet

- ARA, Sykehuset Namsos
 - Poliklinikk
- ARA, Sykehuset Levanger
 - Poliklinikk
 - Døgn

Helse Stavanger HF

Psykiatrisk divisjon

Dalane DPS

- Døgnpost
 - Integrert poliklinikk
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk
 - Gruppepoliklinikk
 - Akutteam
 - Ambulerende rus- og psykiatriteam

Ryfylke DPS

- Strand
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Akutt ambulant team
- Randaberg
 - Poliklinikk
 - Ambulant team

Sandnes DPS

- Varatun voksenpsykiatriske senter
 - Ambulant akutteam
 - Ettervernpoliklinikk
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk

Sola DPS

- Sengepost A, integrert poliklinikk
- Sengepost B, integrert poliklinikk
- Sengepost C, integrert poliklinikk
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Raskere tilbake
- Ambulant akutteam
- Ettervernpoliklinikk

Stavanger DPS

- Gruppepoliklinikken
- Ambulant akutteam
- Poliklinikk

Spesialavdeling for voksne

- Seksjon sikkerhetspsykiatri
- Seksjon for akuttpsykiatri
- Seksjon alderspsykiatri
 - Poliklinikk
- Seksjon affektiv og psykose
 - ECT poliklinikk

Avdeling unge voksne (15-30 år)

- Seksjon rus og psykiatri
 - LAR Helse Stavanger
 - Oppsøkende behandlingsteam Stavanger
 - Gauselskogen behandling- og rehabiliteringsenhet
 - Veksthuset Rogaland
 - PUT Stavanger
 - PUT Sandnes
- Seksjon Gausel
 - Gausel poliklinikk
 - Behandlingsposten Gausel
 - Gauseltunet
- Seksjon Engelsvoll
 - Poliklinisk oppfølging/behandling

Nordlandssykehuset HF

Psykisk helse og rusklinikk

Salten DPS

- Allmennpsykiatrisk team Bodø/Mellomåsen
- Allmennpsykiatrisk team Fauske
- Ambulant akutteam Mellomåsen
- Psykoseteam Mellomåsen
- Rusteam Mellomåsen
- LaRiNord Mellomåsen

Vesterålen DPS

- Allmennpsykiatrisk enhet Stokmarknes
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Stokmarknes
- Ambulant akutenhet Vesterålen

Lofoten DPS

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Gravdal
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Svølvær
- Ambulant akutteam Lofoten
- Rusteamet Lofoten

Oslo universitetssykehus HF

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Nydalen DPS

- Seksjon allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Psykiatrisk poliklinikk, Bjerke
 - Psykiatrisk poliklinikk, Nordre Aker
 - ROP-prosjekt (Josefinesgate DPS)
 - Psykiatrisk poliklinikk, Sagene
 - Gruppeenheten
 - Raskere tilbake
- Seksjon psykose- og akuttbehandling
 - Psykosepoliklinikken
 - Akuttenheten

Søndre Oslo DPS

- Allmennpsykiatrisk seksjon
 - Psykiatrisk poliklinikk, Sør
 - Psykiatrisk poliklinikk, Øst
 - Akuttenheten
 - Gruppeenheten
- Psykose- og rusbehandlingsseksjon
 - Psykosepoliklinikken
 - Ambulant psykosebehandling

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling

- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, ung (16-26)
 - Døgnetenhet for utredning og behandling rus- og avhengighetsbehandling ung

- Poliklinisk enhet rus- og avhengighetsbehandling ung
 - Stallen rus- og avhengighetsbehandling ung
 - Uteteam rus- og avhengighetsbehandling ung
- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, voksen
- Seksjon rusakuttmottak og avgiftning
 - Rusakuttmottak
 - Rusakuttmottak døgn
 - Avgiftningsenhet 1
 - Avgiftningsenhet 2
- Seksjon for ruspoliklinikker
 - Ruspoliklinikk 1
 - Ruspoliklinikk 2
 - Ruspoliklinikk 3
 - Ruspoliklinikken, Mortensrud
 - Ruspoliklinikken, Ullevål
 - Henvisningsmottak

St. Olavs hospital HF

Divisjon psykisk helsevern

Avdeling Østmarka

- Bipolarpoliklinikk

Tiller DPS

- Poliklinikk
- Gruppepoliklinikk
- Poliklinikk spiseforstyrrelser områdefunksjon
- Ambulant akutteam
- ACT-team

Orkdal DPS

- Poliklinikk
- Ambulant akutteam
- FACT-team

Nidaros DPS

- Poliklinikk
- Fosen-teamet (allmennpsykiatrisk poliklinikk) Rissa, Ørland og Årfjord
- Gruppepoliklinikken
- Ambulant akutteam
- Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (PART)
- Angst- og OCD-teamet
- Spesialpoliklinikk for traumer og PTSD

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin

- Rusakutt
- Poliklinikk og LAR
- Ungdomsavdeling
- Voksenavdeling

Sykehuset Innlandet HF

Divisjon psykisk helsevern

DPS Elverum-Hamar

- Poliklinikk Elverum
- Poliklinikk Hamar 1
- Poliklinikk Hamar 2
- Ambulant akutenhet

DPS Gjøvik

- Poliklinikk Gjøvik
 - TSB-/LAR-team
- Poliklinikk Hadeland
 - TSB-/LAR-team
- Poliklinikk Valdres
 - TSB-/LAR-team
- Ambulant akutenhet

DPS Kongsvinger

- Poliklinikk
 - TSB-team/LAR-team
 - Ambulant akutteam
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk

DPS Lillehammer

- Poliklinikk Lillehammer
 - TSB-/LAR-team
- Poliklinikk Otta

DPS Tynset

- Poliklinikk
 - TSB-/LAR-team

Sykehuset Telemark HF

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

DPS Nedre Telemark

- Poliklinikk Porsgrunn
- Poliklinikk Skien
- Poliklinikk Vestmar/Stathelle
 - Team for allmennpsykiatri
 - Team for ambulante tjenester
- DPS akutteam, rusakutt team og ambulant team Skien
- Seksjon for rus og psykiatri Skien

DPS Øvre Telemark

- Poliklinikk Notodden
 - Allmennpsykiatrisk team
 - TSB-/LAR-team

- Poliklinikk Seljord

Sykehuset i Vestfold HF

Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Nordre Vestfold DPS

- Poliklinikk allmennpsykiatri
- Poliklinikk gruppebehandling
- Poliklinikk psykose
- Poliklinikk ambulant akutteam

Søndre Vestfold DPS

- Poliklinikk allmennpsykiatri
- Poliklinikk personlighetspsykiatri
- Poliklinikk rus- og avhengighetsbehandling
- Poliklinikk psykose
- Poliklinikk ambulant akutteam

Avdeling for rusbehandling

- Poliklinikk LAR
- Seksjon alkohol- og medikamentavhengighet
- Stoffavhengighet – avrusning-utredning
- Stoffavhengighet – behandling

Sykehuset Østfold HF

Psykisk helsevern og rusbehandling

DPS Nordre Østfold

- Seksjon indre
 - Poliklinikk
 - Ambulant akutteam
- Seksjon Moss
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - ACT-team
 - Ambulant akutteam

DPS Halden/Sarpsborg

- Seksjon for polikliniske tjenester
 - Polikliniske tjenester Halden
 - Polikliniske tjenester Sarpsborg
 - Ambulant akutteam

DPS Fredrikstad

- Seksjon for polikliniske tjenester
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Ambulant akutteam

Avdeling for rusbehandling

- Rus – avgiftning og kartlegging
- Rus – utredning og behandling
- Sosialmedisinsk poliklinikk Askim
- Sosialmedisinsk poliklinikk Moss
- Sosialmedisinsk poliklinikk Halden
- Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg
- Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad

Sørlandet sykehus HF

Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling

DPS Aust-Agder

- Arendal
- Grimstad
- Tvedestrand
- Risør
- Byglandsfjord
- Lillesand

DPS Lister

- Farsund
- Flekkefjord
- Kvinesdal

DPS Solvang

- Allmennpsykiatrisk poliklinikk
- Enhet for dagbehandling og ambulant virksomhet

DPS Strømme

- Kristiansand
 - Ambulant akutteam
- Mandal
 - Poliklinikk
 - Ambulant akutteam

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA)

- ARA Døgnet Byglandsfjord
- ARA Poliklinikken Arendal
- ARA Poliklinikken Kristiansand
- Rehabiliteringsposten Kristiansand

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Psykisk helse og rusklinikk

Avdeling sør

- **Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms**
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk Harstad
 - Ambulant akutteam Harstad

- **Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten**
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk Narvik
 - Ambulant akutteam Narvik
- **Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms**
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk Silsand
 - Ambulant akutteam Silsand
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk Sjøvegan

Avdeling nord

- **Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms**
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk Storslett
 - Ambulant akutteam Storslett
- **Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø og Storsteinnes**
 - Voksenpsykiatrisk poliklinikk
 - Ambulant akutteam Tromsø
 - Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø

Rusavdelingen

- Avrusning, Tromsø
- Rusbehandling Restart, Tromsø
- Rusbehandling ung, Tromsø (Færingen)
- Ruspoliklinikken, Tromsø
- Russeksjon Narvik, avrusningsenhet
- Russeksjon Narvik, døgnetenhet

Vestre Viken HF

Klinikk for psykisk helse og rus

Asker DPS

- Allmennpsykiatrisk poliklinikk
- Poliklinikk for rus og psykisk lidelse (ROP)
- TIPS Asker og Bærum (alvorlig sinnslidelse/psykose 15-30 år)

Bærum DPS

- Psykiatrisk poliklinikk
- Poliklinikk for rus og avhengighet

Drammen DPS

- Poliklinikken
- Ruspoliklinikken
- Seksjon for psykisk helse, rus og avhengighet

Ringerike DPS

- Seksjon poliklinisk behandling
 - Poliklinikken Ringerike
 - 3 team psykisk helse
 - 1 team rus/avhengighet
 - Poliklinikken Ål
 - Team psykisk helse
 - Poliklinikken Modum
 - Team psykisk helse

Kongsberg DPS

- Seksjon for akutt psykiatri, poliklinikk og døgn
- Seksjon for poliklinikk psykiatri, allmenn
- Seksjon for poliklinikk psykiatri, områder rus/avhengighet og psykose
 - Psykoseteam
 - ROP-team

Avdeling for rus og avhengighet

- Seksjon for avgiftning og utredning Bærum
- Seksjon for avgiftning Drammen
- LAR i Buskerud
- Blakstad døgnsesjon
- Tyrifjord døgnsesjon

Vedlegg 2

Oversikt over narkotika og vanedannende legemidler

LISTE OVER NARKOTISKE STOFFER (OBS! IKKE ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin, sentralstim.	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Løsningsmiddel	GHB och øvrige
Cannabis	Amfetamin	Crack	Heroin	2C-B, DOB	Bensin	Amylnitritt (poppers)
Cannabisolje	Betelnøtt	Freebase	Opium	DMT (mimosa)	Gass	Anabole steroider
Hasj	Concerta	Kokablاد	Røykeheroin	Ecstasy (MDMA)	Lim	Antikolinergika
Marihuana	Dexamim	Kokain		Fleinsopp	Løsemidler	(Disipal, Akineton)
	Equasym	Kokainbase		Ketalar/Ketamin	Trikløretylen	GHB, GBL
	Fenmetralin	Kokapasta		LSD	Tynner	Lystgass
	Khat			Magic mushrooms		
	Metamfetamin			Meksikansk sopp		
	Metylfenidat			Meskalin/Peyote		
	Modafinil			Muskat		
	Modiodal			PCP		
	Ritalin			Piggeple		
				Psilocybin		

LEGEMIDLER

Legemidler regnes som rusmiddel når du tar det:

- mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- og har fått det av en slektning eller venn
- og har kjøpt det "svart" eller stjålet det

Beroligende legemidler og/eller sovetabletter			Smerfestillende legemidler		
Alopam	Karisoprodol	Stilnoct	Actiq	Ketalar	OxyNorm
Aprazolam	Klometiazol	Valium	Anervan	Ketamin	Pallodon
Apodorm	Klonazepam	Vival	Aporex	Ketobemidon	Paralgin
Ativan	Lorazepam	Xanor	Apotekets sterke	Ketogan	Paralgin-
Barbital	Midazolam	Xanor dep.	-Hostesirup	Ketorax	- Forte/Major/Minor
Diazepam	Mogadon	Zolpidem	Buprenorfin	Kodein	Petidin
Dormicum	Nitrazepam	Zopiclone	Cosylan	Leptanal	Pinex
Fenemal	Oxazepam	Zopiklon	Delepropoxyfen	Matrifen	Pinex-
Fenobarbital	Rivotril		Dolcontin	Meprobamat	- Forte/Major
Flunitrazepam	Rohypnol		Durogesic	Metadon	Solvipect Comp
Flunipam	Sobril		Etylmorfin	Morfin	Suboxone
Heminevrin	Somadril		Fentanyl	Morfin-	Subutex
Imovane	Stesolid		Fortralin	scopolamin	Temgesic
			Hydrokon	Nobligan	Tramadol
			Hydromorfon-	Norspan	Tramagetic
			klorid	Oksykodon	
			Kapanol	OxyContin	

Legemidler regnes IKKE som rusmiddel når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).

Vedlegg 3

Oversikt over aktuelle legemidler som kan interagere med rusmidler

Liste over legemidler som kan øke faren for overdose ved blanding med rusmidler, eksempelvis heroin og alkohol (listen er ikke uttømmende).

Angstdempende (anxiolytika), beroligende (sedativa) og søvnfremkallende (hypnotika) legemidler:

Benzodiazepiner:

- Apodorm
- Mogadon
- Rivotril
- Sobril
- Stesolid
- Valium
- Vival
- Xanor

Benzodiazepinlignende legemidler, søvnfremkallende (hypnotika):

- Imovane
- Stilnoct
- Zolpidem
- Zopiclone
- Zopiklon
- Zopitin

Andre angstdempende og søvnfremkallende legemidler:

- Buspiron
- Heminevrin

Legemidler mot allergi (antihistaminer) med uttalt sedativ effekt:

- Atarax
- Phenergan
- Vallergan

Sterke smertestillende (analgetika):

- Buprenorphine
- Dolcontin
- Fentanyl
- Ketogan
- Ketorax
- Morfin
- Metadon
- Nobligan
- Oxycontin
- Paralgin Forte

- Pinex Forte
- Subutex
- Temgesic
- Tramadol

Antipsykotiske legemidler, særlig de eldre høydosepreparatene (førstegenerasjon):

- Melleril
- Nozinan
- Truxal

Antidepressive legemidler, særlig de eldre tricykliske preparatene (TCA):

- Anafranil
- Noritren
- Sarotex
- Sinequan
- Surmontil

Antiepileptiske legemidler:

- Fenemal
- Lyrica
- Neurontin
- Rivotril

Vedlegg 4

Fagrevisorer med kontaktinformasjon

Ingvild Gregersen (Tilsynslag: Region Nord)

Psykologspesialist, Helse Sør-Øst

Stilling: Psykologspesialist Søndre Vestfold DPS, psykisk helse- og rusavdeling (PRA), Sykehuset i Vestfold HF

Laila Haugslett (Tilsynslag: Region Sør-Øst; Oslo og Akershus og Buskerud)

Spesialist i psykiatri, Helse Nord

Stilling: 50 % overlege ACT-team, Troms kommune/Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN), 50 % overlege voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø (DPS), UNN

Tordis Sørensen Høifødt (Tilsynslag: Region Sør-Øst; Østfold, Oppland og Hedmark)

Spesialist i psykiatri, Helse Nord

Stilling: Overlege og leder fagutviklingsenheten, Forskning og utvikling (FoU), divisjon psykisk helse og rus, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Inger Selvaag (Tilsynslag: Region Midt)

Psykologspesialist, Helse Sør-Øst

Stilling: Assisterende leder Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus HF

Olaf Stave-Hartelust (Tilsynslag: Region Sør-Øst; Aust- og Vest-Agder, Telemark og Vestfold)

Spesialist i psykiatri, Helse Midt-Norge

Stilling: Overlege voksenpsykiatrisk poliklinikk Ålesund, Helse Møre og Romsdal HF

Harald Aasen (Tilsynslag: Region Vest)

Psykologspesialist, Helse Sør-Øst

Stilling: Seksjonsleder ruspoliklinikk/PUT, Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Vedlegg 5

Utkast til varselbrev

Varsel om tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse – (dato)

Statens helsetilsyn har besluttet at det i 2017-2018 skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestetilbudet til personer med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Dette er et av de planlagte tilsynene som Fylkesmannen i (*fylke*) gjennomfører dette året. Fylkesmennene i (*fylkene*) har utpekt et felles tilsynslag som skal gjennomføre tilsyn i disse fylkene. Statens helsetilsyn har utpekt en fagrevisor (*fagbakgrunn*) som deltar under tilsynet.

Vi har planlagt å føre tilsyn med DPS poliklinikk i (*helseforetaket*) den (*datoer*).

Formålet er å undersøke om helseforetaket, innen området for tilsynet, sikrer at krav i helselovgivningen blir oppfylt. Krav til forsvarlig virksomhet, pasientsikkerhet og pasientmedvirkning er sentralt. Dette inkluderer kravene til ledelse og kvalitetsforbedring (systematisk styring). Fylkesmannen har i dette tilsynet ikke til vurdering hvordan det enkelte helsepersonell ivaretar sine oppgaver i henhold til helsepersonelloven.

Metode

Tilsynet gjennomføres som systemrevisjon, i tråd med beslutning fra Statens helsetilsyn. Det innebærer en undersøkelse av om helseforetaket gjennom systematisk styring legger til rette for og følger opp at pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse får tjenester av rett kvalitet.

Vi vil innhente og vurdere informasjon fra samtaler med pasienter, spørreskjemaer til TSB, intervju av relevante ledere og ansatte, dokumentgjennomgang inkludert journalgjennomgang samt eventuelt befaring og andre stikkprøver. Det vil bli avholdt et åpningsmøte (informasjonsmøte) og et sluttmøte (oppsummeringsmøte). Samtaler med pasienter gjennomføres i forkant av åpningsmøtet.

Loverk som blir lagt til grunn ved tilsynet

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28. oktober 2016
Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven)

Uten hinder av taushetsplikt har tilsynslaget adgang til å innhente opplysninger som vi finner nødvendig for å få utført tilsynet. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og helsepersonelloven § 30.

Praktiske opplysninger

Tilsynsteamet består av:
(...)

Vi ber om at det oppnevnes en **kontaktperson for tilsynet i helseforetaket og at vi snarlig får tilbakemelding om hvem dette er**, gjerne på e-post. Det er viktig at kontaktpersonen har

god kjennskap til rutinene i DPS, og kan hjelpe oss med å legge til rette for praktisk gjennomføring av tilsynet som tilgang til journaler, relevante dokumenter, informanter og møterom. Den oppnevnte kontaktpersonen kan gjerne ta kontakt med oss før etterspurt dokumentasjon oversendes oss, for å avklare eventuelle spørsmål.

Vedlagt følger en oversikt over opplysninger vi ber om å få oversendt på e-post til (*e-postadresse*) innen (*dato*).

Vi ønsker dokumentasjonen elektronisk fordi den skal videresendes til medlemmene i tilsynslaget. Dersom dere ikke har skriftlige prosedyrer som vi ber om, ber vi om at praksis beskrives.

Program blir oversendt senest to uker før tilsynet, og her vil navn på personer vi ønsker å intervju, samt tidspunkt for intervjuer og møter, fremgå.

Fylkesmannen forventer at den administrative og faglige ledelse er til stede på åpnings- og sluttmøtet. Det samme gjelder alle som skal til intervju. Andre som måtte ønske å være med, er velkomne til å delta på åpnings- og sluttmøtet.

Vi ber om å få disponere et møterom for gjennomføring av åpnings- og sluttmøtet. Til intervjuene er det behov for et rom med plass til (x) personer.

Vi trenger tilgang til (x) datamaskiner og ber om at tilgangen er ordnet før tilsynsbesøket.

Ta gjerne kontakt om det er spørsmål til tilsynet. Kontaktperson ved vårt kontor er (*navn, kontaktinformasjon*).

Med hilsen

Vedlegg: Oversikt over opplysninger vi ber om å få tilsendt (*må utarbeides av tilsynslagene*)

Kopi til:

Vedlegg 6 Spørreskjema for TSB

Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten 2017-2018: Spesialisthelsetjenester til personer med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Bakgrunnsinformasjon om tilsynet:

Personer med psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer er en sårbar pasientgruppe. Psykiske lidelser og ruslidelser inngår ofte i et komplekst samspill der symptomer kan forveksles, tildekkes, forverres eller utløses gjensidig. For å kunne gi virkningsfull helsehjelp, er det en forutsetning at pasientene er tilstrekkelig utredet for både psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk og mottar behandling for begge lidelsene. Ved utredning og behandling av pasientgruppen er samhandling internt i helseforetakene vesentlig. Helseforetakene må ta hensyn til at pasientene har komplekse lidelser, og foretakene må organisere og legge til rette sine tjenester slik at pasientene får helhetlige tjenester, enten de gis av én eller flere ulike organisatoriske enheter.

Tilsynet er rettet mot polikliniske tjenester i psykisk helsevern, i praksis DPS poliklinikk (heretter DPS poliklinikk). Tilsynet gjennomføres som en systemrevisjon, der informasjon hentes inn gjennom styrende dokumenter, intervjuer med ansatte og pasienter, journalgjennomgang m.m. Som del av informasjonsinnhenting i tilsynet ber vi også om informasjon fra avdeling/enhet som yter TSB (heretter TSB). Dette gjelder enten TSB er organisert i eller utenfor helseforetaket, og selv om avdelingen/enheten er samorganisert med DPS poliklinikk.

Tilsynet er delt inn etter fasene i et pasientforløp (utredning, diagnostisering, behandling og avslutning av behandling). Spørsmålene i dette skjemaet følger dels denne kronologien. I tilsynet legger vi stor vekt på avdekking av mulig rusmiddelproblematikk i DPS poliklinikk. Formålet med dette spørreskjemaet er å undersøke hvordan TSB opplever samhandlingen og kompetanseutvekslingen med DPS poliklinikk.

Spørreskjemaet bes utfyllt av leder for avdeling som yter TSB i samarbeid med tre behandlere med ulike profesjoner som jobber i avdelingen/enheten. Minst en av behandlerne bør delta i vurdering av henvisninger/foreta rettighetsvurderinger. Alle fire bes signere på skjemaet.

Vi ber om at skjemaet fylles ut elektronisk. Eventuelle vedlegg må gjerne nummereres fortløpende.

Helseforetakets navn:

Avdelingens/enhetens navn:

Utfyllt av (navn og stilling i blokkbokstaver):

Signaturer:

Sjekkpunkter for utfylling:

- Sjekkpunkt 1: Helseforetaket har klarlagt ansvars- og oppgavefordelingen mellom DPS poliklinikk og TSB.

Ja

Nei

Hvis ja:

Hvordan er ansvar og oppgaver fordelt?

Hvis det finnes rutiner/avtaler for samarbeidet, ber vi om at de nevnes her og vedlegges skjemaet.

- Sjekkpunkt 2: Helseforetakets ledelse følger opp at samhandlingen mellom DPS poliklinikk og TSB fungerer.

Ja

Nei

Hvis ja:

Hvordan følges samhandlingen opp?

Hvis det finnes dokumentasjon/referater fra slik oppfølging, ber vi om at det vedlegges skjemaet.

- Sjekkpunkt 3: Helseforetaket sørger for utredning og diagnostisering av både psykiske lidelser og ruslidelser.

Benytter DPS poliklinikk ruskompetanse fra TSB i utredningen og/eller det diagnostiske arbeidet?

Ja

Nei

Hvis ja:

Hvordan foregår og fungerer dette samarbeidet?

- Sjekkpunkt 4: Helseforetaket legger til rette for nødvendig samhandling og kompetanseutveksling mellom DPS poliklinikk og TSB, slik at behandlingen av psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematikk hos den enkelte pasient blir *samordnet* (flere tiltak ytes fra ulike enheter på en koordinert måte) og/eller *integrert* (begge lidelser behandles samtidig og tilpasset av samme behandlingsspersonell eller behandlingssted).

Ja

Nei

Hvis ja:

Hvordan foregår samhandlingen?

Hvis det finnes rutiner/avtaler for samhandlingen, ber vi om at de nevnes her og vedlegges skjemaet.

- Sjekkpunkt 5: Ved behov for samordnet behandling er det klarlagt når pasienter kan søkes overført fra DPS poliklinikk til TSB for videre behandling, og når pasienter kan søkes overført fra TSB til DPS poliklinikk.

Ja

Nei

Hvis ja:

Hvordan foregår og fungerer denne overføringen av pasienter?

Hvis det finnes rutiner/avtaler for slik overføring, ber vi om at de nevnes her og vedlegges skjemaet.

- Sjekkpunkt 6: Ved samordnede eller integrerte behandlingsforløp involverer DPS poliklinikk TSB i vurderingen av om, eventuelt når, behandlingen skal avsluttes.

Ja

Nei

Hvis ja:

Hvordan blir dette gjort?

- Sjekkpunkt 7: Dersom samhandlingen mellom DPS poliklinikk og TSB ikke fungerer som avtalt/forventet:

Hvordan følges det opp?

Er ledelsen for PHV (klinikksjef) involvert? Eventuelt hvordan?

Hvis det finnes dokumentasjon på oppfølgingen av slike hendelser, ber vi om at dokumentasjonen legges ved skjemaet.

Vedlegg 7

Skjema for journalgjennomgang

Pasient-ID	Navn på helseforetaket	Dato første konsultasjon
------------	------------------------	--------------------------

Sjekkpunkter grovsortering	Fyll inn (ja/nei/delvis/ikke relevant)	Eventuell kommentar
Pasienten er spurt om sin rusmiddelbruk		
Pasientens rusmiddelbruk er nærmere kartlagt		

Sjekkpunkter i 15 (rus) + 10 journaler	Fyll inn (ja/nei/delvis/ikke relevant)	Eventuell kommentar
Somatisk helse er kartlagt		
Pårørende/mindreårige barn/nettverk er kartlagt		
Boforhold er kartlagt		
Arbeid/aktivitet er kartlagt		
Relevante instanser er identifisert		
Risikoatferd er kartlagt		

Sjekkpunkter i 15 journaler (rus)	Fyll inn (ja/nei/delvis/ikke relevant)	Eventuell kommentar
Motivasjon for endring er tematisert		
Rusdiagnose er satt		
Spesialist er involvert i diagnostisering		
Planer for behandling er nedtegnet		
Pasienten er involvert i planleggingen av behandlingen		

Vedlegg 8

Støttedokument til journalgjennomgang

Generelt om fremgangsmåten ved journalgjennomgang

- Tilsynslagene skal gjøre en rask sortering av journalene, der de ser på henvisningen og journalnotatene fra inntil de tre første konsultasjonene. Formålet er å se om rusmiddelproblematikk har vært et tema. I grovsorteringen av journalene kan tilsynslagene gjøre flere typer funn: 1) at pasientene ikke er spurt om sin rusmiddelbruk, 2) at pasienten er spurt om sin rusmiddelbruk uten at dette er nærmere kartlagt, og 3) at pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk og nærmere kartlegging er gjort. Dette vil alle være viktige funn i tilsynet, ettersom det kan si noe om helseforetakets praksis. For eksempel vil det ha betydning hvor mange pasienter som eventuelt ikke er spurt om sin rusmiddelbruk. Dette antallet bør være svært lavt. Det vil også være et funn dersom pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk, men nærmere kartlegging gjennomgående ikke er gjort. Dersom nærmere kartlegging gjennomgående er gjort, tyder det på at helseforetaket har fokus på rusmiddelproblematikk som tema. Journalene bør derfor deles inn i de nevnte tre kategoriene etter grovsorteringen.
- Minimum 15 pasientjournaler der antatt rusmiddelproblematikk er avdekket og kartlagt skal fortløpende tas ut og være med i tilsynslagets videre undersøkelser av hvordan DPS utreder og følger opp rusmiddelproblemene og pasientenes helhetlige situasjon. Tilsynslagene bør også for kontrollformål plukke ut inntil 10 journaler fra kategorien der pasientene ikke er spurt om sin rusmiddelbruk, dersom det finnes slike journaler. Eventuelt kan det suppleres med journaler fra gruppen der pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk, men nærmere kartlegging ikke er gjort. Dette for å unngå at journalene der pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk gir et skjevt bilde av helseforetakets praksis. Der pasientene gjennomgående er spurt om sin rusmiddelbruk og eventuelt også nærmere kartlegging er gjort, vil imidlertid journalene i denne kategorien gi et representativt bilde.
- Tilsynslagene behøver ikke nødvendigvis å gjennomgå/sortere alle 100 journalene, men kan avslutte gjennomgangen når 15 + 10 journaler er plukket ut.
- En nærmere gjennomgang av journalene bør skje i samarbeid med fagrevisor. Alt journalmaterialet bør være tilgjengelig for fagrevisor for eventuell kontroll/stikkprøver.

Til de enkelte undersøkelsespunktene

Pasienten er spurt om sin rusmiddelbruk:

Pasienten må konkret spørres om han/hun bruker alkohol, vanedannende legemidler, illegale rusmidler og/eller anabole steroider. Ettersom alle pasienter skal spørres om sin rusmiddelbruk, forventes det at det er spor av dette i minst 90 % av journalene som gjennomgås. Dersom en større andel enn 10 % er uten spor av spørsmål om rusmiddelbruk, vil dette kunne være et funn i seg selv.

Der pasienten selv tematiserer sin rusmiddelbruk, og dette er årsaken til at rusmiddelbruk blir tema, regnes det ikke som avvik.

Pasienten er spurt om sin rusmiddelbruk, men nærmere kartlegging er ikke gjort:

At pasientene er spurt om sin rusmiddelbruk, men temaet gjennomgående ikke er fulgt opp med en mer detaljert kartlegging, er ikke tilstrekkelig. Tilsynslagene må, eventuelt med bistand fra fagrevisor, gjøre en vurdering av om det foreligger konkrete årsaker til at nærmere kartlegging ikke er gjort av den enkelte pasient. En konklusjon om at rusmiddelproblematikk ikke er aktuelt bør være knyttet til konkrete beskrivelser av/fra pasienten. Dersom det er dokumentert gode grunner til at kartlegging ikke er gjort, vil det ikke regnes som et funn.

I henvisningen eller tidligere journaldokumenter kan det fremkomme opplysninger om tidligere og/eller aktuell (mulig) rusmiddelproblematikk. I disse tilfellene er det særlig relevant å gjøre en nærmere kartlegging, uavhengig av pasientenes svar på spørsmål om aktuell rusmiddelbruk.

Informasjon om mulig rusmiddelproblematikk kan fremgå under ulike overskrifter i inkomstnotatet. For å få med observasjoner som kan gi klinisk mistanke om rusmiddelproblemer må hele notatet, inkludert status presens, gjennomgås. Disse forholdene vil være relevante for om nærmere kartlegging bør gjøres, uavhengig av pasientenes svar på spørsmål om rusmiddelbruk. Se nedenfor om hva en nærmere kartlegging innebærer.

Pasienten er spurt om sin rusmiddelbruk, og nærmere kartlegging er gjort:

Ved alkoholbruk bør det undersøkes hvor mange alkoholenheter som typisk inntas når pasientene drikker og hvor ofte dette gjentar seg (daglig, flere ganger per uke osv.). Videre bør det undersøkes hvor ofte pasientene ikke har klart å stoppe etter påbegynt drikking, og hvor ofte pasientene ikke husker hva som hendte kvelden før på grunn av alkoholbruk. Det bør også undersøkes hvor ofte pasientene har startet dagen med alkohol, hvor ofte de ikke har fått utført viktige oppgaver knyttet til familie/barn og/eller arbeid, og om pasientene eller andre har kommet til skade som følge av drikkingen. Videre bør det undersøkes om pasientene har skyldfølelse for rusmiddelbruken, eller om andre er bekymret for bruken. Andre aktuelle spørsmål er om pasientene har vært påvirket av alkohol ved eventuell selvskading eller selvmordsforsøk, eller om pasientene blir aggressive eller har vært involvert i voldsepisoder ved bruk av alkohol. Det bør også undersøkes om pasientene har tegn til abstinens når de ikke har tilgang til alkohol, og om pasientene må drikke mer enn tidligere for å oppnå samme effekt.

Ved utredning av bruk av narkotika og legemidler skaffet illegalt, vil de fleste spørsmålene være som ved utredning av alkoholbruk. Bruk av illegale rusmidler er i seg selv problematisk rusmiddelbruk som må utredes videre. Pasientene vises gjerne en liste over vanlige narkotiske stoffer og legemidler. Det skal undersøkes hvor ofte pasientene bruker slike

rusmidler, om de bruker flere typer narkotika, eventuelt i hvilke doser og hvor hyppig for hvert av de aktuelle stoffene.

Ved langvarig bruk eller avhengighet av vanedannende legemidler vil pasientene ofte ikke oppleve at de ruser seg eller har et rusmiddelproblem. Legemidlene vil ofte være forskrevet av fastlegen og kan oppfattes av pasientene som en nødvendig og legitim medisiner. Det må undersøkes hvilke legemidler som brukes, dose (bruk utover 1 definert døgndose per døgn må følges opp), hyppighet og tid siden oppstart (bruk utover 2-4 uker må følges opp). Her vil det også være viktig å forsøke å avklare den opprinnelige indikasjonen. Videre må det undersøkes med pasientene hva som har vært forsøkt av annen behandling, hva som er grunnlaget for at bruken har vedvart, og om dosen eller hyppigheten av inntaket har økt.

Behandler ved DPS må sørge for at det blir vurdert hvilken sammenheng rusmiddelbruken kan ha med aktuelle psykiske plager og redusert funksjonsnivå.

Somatisk helse er kartlagt:

DPS må kartlegge pasientenes somatiske helsetilstand, herunder ta opp anamnese/sykehistorie og gjennomgå tilgjengelig informasjon i henvisningen m.v. De fleste pasienter i DPS er henvist av fastlegen, og ofte vil henvisningen gi informasjon om somatisk sykehistorie, aktuelle somatiske tilstander, medisiner m.m. Resultater fra siste blodprøvetaking vil også ofte fremgå. Likeledes vil slik informasjon finnes i journal dersom pasientene blir overført fra eksempelvis akuttpsykiatrisk avdeling. DPS må ta stilling til om informasjonen som foreligger er tilstrekkelig til å kunne vurdere eventuell sammenheng mellom pasientenes psykiske og somatiske tilstand.

Pårørende/nettverk er kartlagt:

Pårørende/nettverk må kartlegges. Der pasienten ikke har nær familie, er det særlig relevant å undersøke det sosiale nettverket for øvrig. Det er særskilt viktig å kartlegge om pasientene har mindreårige barn, slik at tiltak kan iverksettes ved behov.

Boforhold er kartlagt:

Aktuelle undersøkelser kan være hva slags type bolig pasientene har, om de bor sammen med noen, hvordan de klarer seg i hjemmet m.v.

Arbeid/aktivitet er kartlagt:

Det må undersøkes om pasientene er i arbeid eller annen meningsfull aktivitet.

Relevante instanser er identifisert:

Dette kan være kommunal omsorgstjeneste, NAV, barnevern, fastlege eller andre. Det vil være ulike forventninger til hvor omfattende undersøkelser som gjøres avhengig av hva slags type pasient det er tale om. Har pasienten eksempelvis alvorlig psykisk lidelse, misbruker tunge, narkotiske stoffer og er uten fast bopel, er det sannsynlig at han/hun mottar bistand fra NAV eller andre instanser. Dersom det for eksempel er tale om en person med lettere psykiske plager, et uproblematisk forhold til rusmidler og ordnet bolig/økonomi, er

sannsynligheten mindre for at han/hun har behov for bistand fra hjelpeapparatet (utover fastlege, som også må identifiseres).

Risikoatferd er kartlagt:

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å undersøke om pasientene har eller har hatt selvmordstanker, om de noen gang har gjort selvmordsforsøk og om forsøkene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk. Ved kartlegging av voldsrisiko skal det undersøkes om pasientene tidligere har utøvd vold eller fremsatt trusler om vold, om episodene skjedde i sammenheng med rusmiddelbruk og om pasientene har tanker eller planer om å skade andre nå. Kartlegging av overdoserisiko innebærer å undersøke hvilke rusmidler pasienter med rusmiddelproblemer bruker, om de tidligere har hatt overdoser og i hvilken kontekst overdosene forekom.

Det er ikke et absolutt krav at alle pasienter kartlegges for risiko. Samtidig vil konsekvensene av uoppdaget risiko kunne være alvorlige. Det legges derfor til grunn at det må være en fast praksis at pasienter som kommer i kontakt med DPS kartlegges for risiko. Unntakene bør være få og begrunnede. Dersom det mangler risikokartlegging i mer enn 10 % av pasientjournalene som gjennomgås, bør det vurderes om den manglende risikokartleggingen virker velbegrunnet. Vi påpeker at kartlegging/vurdering av overdoserisiko kun er aktuelt hos pasienter med rusmiddelproblemer.

Motivasjon for endring er tematisert:

Arbeid med motivasjon innebærer noe mer enn å forhøre seg om pasientene er motiverte eller ikke. En vanlig tilnærming er at pasientene oppfordres og hjelpes til å tenke gjennom opplevde fordeler og ulemper ved rusmiddelbruken og reflektere rundt dette. Pasientenes refleksjoner rundt egen rusmiddelbruk kan skje ved å engasjere pasientene i samtaler om endring, eksempelvis motiverende intervju.

Rusdiagnose er satt:

Aktuelle diagnoser er skadelig bruk og avhengighet. Diagnose(r) skal settes etter endt utredning. Innen 3 måneder skal minimum en tentativ diagnose være satt.

Der en rusdiagnose er satt, skal det ikke vurderes om diagnostiseringen av den enkelte pasient er faglig korrekt. Det skal derimot undersøkes om det er tatt stilling til om det foreligger en mulig ruslidelse, utenom i tilfeller hvor det er åpenbart ved innkomst at det ikke foreligger et rusmiddelproblem. Dersom rusdiagnose er satt tidligere, skal det fremgå at det er vurdert om diagnosen fortsatt er gyldig.

Spesialist er involvert i diagnostisering:

Det er ulike forventninger til dokumentasjonen på involvering av spesialist avhengig av hva slags personell som er behandler. Der behandler er høyskoleutdannet personell, forventes det at involveringen av spesialist er dokumentert i journal. Der behandler er LIS/psykolog uten spesialitet, kan involveringen av spesialist være dokumentert i journal, men kan også være dokumentert i referater fra møter i tverrfaglig team, i et telefonnotat eller i andre

kilder. Dersom involveringen i spesialist gjennomgående ikke er dokumentert i journal, må dette følges opp i intervjuer m.v.

Planer for behandling er nedtegnet:

Planer for behandlingen trenger ikke å være et eget dokument eller ha egen dokumentmal. Det må som et minimum finnes spor av behandlingsplanleggingen og tiltak i løpende journal. En plan for behandlingen må inneholde målformuleringer, beskrivelser av tiltak tilpasset både den psykiske lidelsen og ruslidelsen og eventuell annen problematikk, beskrivelse av eventuell psykofarmakologisk behandling, og beskrivelse av tiltak ved eventuell forverring og kriser. I behandlingsplanleggingen bør også antatt varighet av behandlingen skisseres, og det bør tidfestes evalueringstidspunkter hvor behandler i samråd med pasientene undersøker om planene følges og tiltakene har effekt.

(Del-)målformuleringer og beskrivelser av tiltak/behandling må være konkrete. Mål knyttet til ruslidelsen kan være full rusfrihet eller skadereduksjon. Motiverende samtaler bør være et av tiltakene. Målrettede tiltak ved skadereduksjon kan være knyttet til redusert rusmiddelbruk, skifte fra opiater til hasjbruk eller skifte fra brennevin til øl. Det kan også være tiltak knyttet til sikker sex og ren sprøytebruk.

Pasienten er involvert i planleggingen av behandlingen:

Det skal fremgå av journal at pasientene har blitt involvert i behandlingsplanleggingen. For eksempel kan det fremgå at pasienten er involvert i utarbeidelsen av målsetting for behandlingen. Et annet eksempel er dersom det fremgår at pasienten har fått medvirke ved valg av behandlingsmetode.

Vedlegg 9

Brev fra Helsedirektoratet



Returadresse: Helsedirektoratet, Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norge

STATENS HELSETILSYN
Postboks 8128 Dep
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 16/39441-3
Saksbehandler: Gunhild J. Røstadsand
Dato: 10.01.2017

Tilgang til elektronisk pasientjournal

Det vises til mail av 19. september og møte 20. september 2016, hvor Helsetilsynet har bedt om en vurdering av om Statens helsetilsynet kan autoriseres for tilgang til elektronisk pasientjournal.

Bakgrunnen for henvendelsen er, slik Helsedirektoratet oppfatter det, at Helsetilsynet tidvis opplever ikke å få tilgang til pasientopplysninger på en slik måte at de kan få gjennomført oppgavene sine.

Tilsynet skriver i sin mail av 19. september 2016: «Det er klart at tilsynsmyndighetene kan kreve de opplysninger som trengs for å få gjennomført oppgavene sine og skal gis adgang til lokaler og hjelpemidler for behandling av helseopplysninger samt få bistand fra personalet på stedet i den grad det er nødvendig for å få utført prøvene/kontrollene. Det følger av pasientjournalloven § 26 andre og tredje ledd og spes.htj.l § 6-2. Spørsmålet er om tilsynsmyndigheten med hjemmel i disse bestemmelsene, kan gis tilgang til de elektroniske pasientjournalene ved at tilsynsteamet får autorisering hvor den enkelte gis brukernavn og passord (kun lesetilgang). Og med det kan gjøre egne oppslag i alle deler av det elektroniske pasientjournalssystemet.»

Etter tilsynets oppfatning bør det gis autorisert tilgang til helseforetakenes pasientjournaler slik at en eller flere i tilsynsteamet gis eget brukernavn og passord, og med det gis direkte tilgang til helseforetakets elektroniske pasientjournal.

Helsedirektoratets vurdering

Det rettslige utgangspunkt er at opplysninger i elektronisk pasientjournaler er taushetsbelagte opplysninger, og at den databehandlingsansvarlige, i dette tilfellet helseforetakene, skal ivareta kravene til taushetsplikt, jf pasientjournalloven § 15. Unntak fra taushetsplikten krever hjemmel i lov.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter, jf. lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 1. Dette innebærer at Helsetilsynet skal føre tilsyn med at lover og forskrifter følges, og at tjenestene er forsvarlige.

Helsedirektoratet

Avdeling bioteknologi og helserett

Gunhild J. Røstadsand, tlf.: +4724163083

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Helsetilsynet er også pålagt tilsynsoppgaver i pasientjournalloven § 26. Inn under tilsynsansvaret ligger bl.a. tilsyn med krav til forsvarlighet, ivaretagelse av taushetsplikt, pasientsikkerhet og at retten til informasjon og medvirkning ivaretas på riktig måte.

For å sikre at man oppnår formålet med statlig tilsyn, er det avgjørende at tilsynet er mest mulig uavhengig. Helsetilsynet er derfor gitt unntak fra taushetsplikten for å kunne kreve de opplysninger de trenger for å utføre sine oppgaver.

Pasientjournalloven § 26 annet ledd fastslår at tilsynsmyndighetene kan kreve de opplysninger som trengs for at de kan gjennomføre sine oppgaver. Tilsynsmyndighetenes adgang til å kreve opplysninger omfatter opplysninger som er nødvendige for at de skal kunne utføre sine tilsynsoppgaver og gjelder uten hinder av taushetsplikt (§ 26, fjerde ledd).

Tilsvarende gir spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 «enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helsetjenester som omfattes av denne loven» opplysningsplikt til Helsetilsynet for opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendig for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Helsetilsynet skal også gis adgang til virksomheten.

Det fremgår av henvendelsen fra Helsetilsynet at personvernombudene/IKT i helseforetakene i Helse Sør Øst tidligere har gitt følgende anbefaling for tilgangsstyring av EPJ (etter tidligere helseregisterlov § 13):

«Personer som har oppgaver relatert til eksternt tilsyn, revisjon eller er deltaker i kontrollkomisjon kan ikke gis tilgang til pasientjournalen hvis de ikke er under helseforetakets instruksjonsmyndighet.

Helse Sør Øst har vist til at personer som ikke er under helseforetakets instruksjonsmyndighet ikke kan ha tilgang til foretakets journal. Det ble videre begrunnet med at «ved eksternt initierte tilsyn kan ikke tilgang til systemet gis til eksternt tilsynspersonell. Ved tilsyn initiert av foretaket selv og som utføres av foretakets personell eller innleid personell kan tilgang gis. Avtale om å leie inn personell vil gi den nødvendige instruksjonsmyndighet overfor de eksternt innleide.»

Direktoratet vil bemerke at dette ikke vil være riktig hva gjelder Helsetilsynets adgang til journalsystemene. Helsetilsynet er som vist over tillagt en generell tilsynsmyndighet for helse- og omsorgstjenesten. Regelverket gir ingen begrensning i hvilke pasientdokumenter tilsynsmyndigheten i den forbindelse kan få. Hensynene bak tilsynsordningen tilsier at tilsynet skal være selvstendig og uavhengig. Det forutsetter også en selvstendig vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige i et gitt tilfelle.

Spørsmålet er om det er den databehandlingsansvarlige (i dette tilfellet helseforetaket) som bestemmer på hvilken måte helseopplysningene kan gjøres tilgjengelig for tilsynsmyndighetene, eller om de kan kreve å få tilgang til opplysningene på den måten de mener er mest formålstjenlig.

Dette er til en viss grad regulert når det gjelder tilsynets oppgaver etter pasientjournalloven. Her fremgår det av pasientjournalloven § 26, 3. ledd at «tilsynsmyndighetene kan, som ledd i sin kontroll med at lovens regler etterleves, kreve adgang til steder hvor det finnes helseregistre, helseopplysninger som behandles elektronisk og hjelpemidler for slik behandling av opplysninger. Tilsynsmyndighetene kan gjennomføre de prøver eller kontroller som de finner

nødvendig, og kreve bistand fra personalet på stedet i den grad dette må til for å få utført prøvene eller kontrollene.»

Ordlyden sier imidlertid ikke direkte hvordan adgangen skal eller kan gis, og regulerer ikke konkret spørsmålet om tilsynsmyndighetene kan kreve å få autorisasjon gjennom brukernavn og passord.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 pålegger virksomheten/virksomhetens representant å gi tilsynsmyndigheten adgang til virksomheten. Sett i sammenheng med pasientjournalloven § 26, vurderer direktoratet at dette omfatter tilgang til journalsystemet i den grad tilsynet måtte finne det nødvendig. Bestemmelsen er omtalt i Rundskriv IS 2013 -5

Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer, utgitt av Helsedirektoratet. Her fremgår det blant annet i kommentaren til § 6-2:

«Når det gjelder tilsynsmyndighetens adgang til virksomhetens elektroniske datasystemer, må bestemmelsen ses i sammenheng med helseregisterloven § 31 hvor det blant annet fremgår at Datatilsynet, Fylkesmannen og Statens helsetilsyn har rett til å kreve de opplysninger som trengs for at de kan gjennomføre sine oppgaver. At tilsynsmyndighetene etter helseregisterloven § 31 kan kreve de opplysninger som trengs for at de kan gjennomføre sine oppgaver, og i den forbindelse kreve adgang til steder hvor det finnes helseregistre, helseopplysninger som behandles elektronisk og hjelpemidler for slik behandling av opplysninger, forstås slik at de må kunne gis tilgang til journalsystemet

.....Helseregisterloven § 31, annet og tredje ledd, må derfor forstås slik at Helsetilsynet skal gis tilgang til journalsystemene for å sikre at de utgjør et forsvarlig grunnlag for helsehjelp som ytes.

Etter lovens ordlyd er det tilsynsmyndigheten som vurderer og beslutter nødvendigheten av tilgang til opplysninger.

Retten til å kreve opplysninger eller tilgang til lokaler og hjelpemidler i henhold til helseregisterloven § 31 gjelder uten hinder av taushetsplikt.

Virksomheten må sørge for at det fremgår av logg at innsyn er foretatt av tilsynsmyndighetene. Dette kan for eksempel gjøres ved at det opprettes en egen bruker eller ved at det på annen måte dokumenteres i logg at innsynet er foretatt av tilsynsmyndighetene med hjemmel i § 6-2.»

Særlig vil etter direktoratets oppfatning siste avsnitt, hvor er det foreslått å opprette egen bruker, gi veiledning i avgjørelsen av tolkningsspørsmålet. Løsningen som er beskrevet i kommentaren til spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 vil ivareta pasientens rettsikkerhet, og virksomhetens plikter knyttet til sikring av konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet jf. pasientjournalloven § 22.

Vi vil for ordens skyld bemerke at rundskrivet til spesialisthelsetjenesteloven ikke er oppdatert etter ikrafttredelsen av pasientjournalloven, henvisningene i sitatet over er derfor til gammel helseregisterlov, men bestemmelsen er videreført i ny helseregisterlov § 26 og pasientjournalloven § 26.

Pasientjournalloven § 6 oppstiller krav til hjemmel i lov for å behandle helseopplysninger. Helsedirektoratet finner det ikke tvilsomt at Statens helsetilsyn har rettslig grunnlag for å behandle helseopplysninger som følge av sitt mandat etter helsetilsynsloven og plikten virksomhetene/enhver som utfører helsetjenester har til å gi opplysninger til tilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og pasientjournalloven § 26.

Konklusjon

Direktoratet har i drøftelsene ovenfor vist at det foreligger rettslig grunnlag for at tilsynsmyndighetene kan gis tilgang til de opplysninger de finner nødvendige for å gjennomføre sine oppgaver og at tilgang skal gis på den måten tilsynsmyndighetene finner mest formålstjenlig. Dette kan for eksempel gjøres ved at det opprettes en egen bruker med eget brukernavn og passord. Virksomheten må sørge for at det fremgår av logg at innsyn er foretatt av tilsynsmyndighetene.

Vennlig hilsen

Anne Louise Valle e.f.
Avdelingsdirektør

Gunhild J. Røstadsand
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg 10

Utkast til invitasjonsbrev pasientintervju

Vi skal ha tilsyn!

Fylkesmannen i (*fylke*) skal ha tilsyn med (*sykehus/HF*). Vi skal undersøke sykehusets **tjenester til personer som får eller har fått poliklinisk behandling ved DPS** (distriktpsykiatrisk senter).

I den forbindelse ønsker vi hjelp fra deg. Dine erfaringer med behandlingen ved DPS kan inneholde nyttig informasjon for oss. Vi er særlig interessert i å høre hvordan du har fått medvirke i forbindelse med behandlingen.

I løpet av (*tidspunkt*) vil vi prøve å ringe deg for å høre om du vil være med på en samtale over en kaffekopp og noe å bite i. Vi vil kontakte deg fra dette telefonnummeret: (*telefonnummer*)

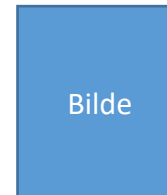
Samtalene vil bli gjennomført (*aktuelle datoer*). Hver samtale vil vare ca. 45 minutter. Sted og tid avtaler vi nærmere per telefon. Vi dekker utgifter til nødvendig offentlig kommunikasjon.

Samtalen vil bli gjennomført med deg alene. Det vil ikke fremgå hvem som har sagt hva; du vil være anonym. Men dersom du ønsker å ha med deg en støtteperson til samtalen, så er du selvsagt velkommen til det. I samtalen vil det delta to fra oss som skal gjennomføre tilsynet.

Hvem er vi:



(Navn)
(Etat/organisasjon)



(Navn)
(Etat/organisasjon)

Vedlegg 11

Intervjuguide til pasientintervju

Intervjuguide til pasientintervju

Må tilpasses hva informanten kan forventes å huske

Innledende spørsmål:

- Du får behandling i (*navn på DPS*). Hvor lenge har du gått til behandling?
- Hva får du behandling for? (Evt. oppfølgende: Psykisk lidelse? Ruslidelse?)
- Hva synes du om behandlingen du får? (*overordnet – utdypes senere*)
- Har du fast(e) kontaktperson(er) i (*navn på DPS*)?

Tema: Utredning

- Da du startet opp behandlingen, ble du spurt om hvilke pårørende du har? Om du har barn? Om bolig og arbeid? Om hvordan du synes hverdagen fungerer for deg?
- Ble du blitt spurt om du har kroppslige plager eller (somatiske) sykdommer?
- Ble du spurt om du bruker rusmidler/har rusmiddelproblemer?
 - A) Ved rusmiddelproblem, snakket dere om:
 - hvordan du bruker rusmidler?
 - hvorfor du bruker rusmidler?
 - din motivasjon for å endre rusmiddelbruken/motivasjon for behandling?
 - B) Uten rusmiddelproblem/ikke avdekket:
 - ble du spurt om du bruker legemidler som du kan bli avhengig av?
 - ble du spurt om ditt forhold til alkohol og andre rusmidler?
- Ble du informert om hensikten med disse spørsmålene?

Tema: Behandlingsplanlegging og behandling

- Fikk/får du komme med dine ønsker for behandlingen?
- Hvordan kom dere frem til målene for behandlingen? (Evt. oppfølgende: I felleskap?)
- Er du kjent med målene?

Tema: Samhandling med andre instanser

- Har du (hatt) behov for hjelp eller bistand fra andre enn DPS mens du har fått behandling der (fastlege, NAV e.a.)? (Evt. oppfølgende: Hvordan har det fungert?)
- (Hvis ja) Ble du spurt om du ønsket at DPS skulle kontakte (*fastlege, NAV e.a.*)?
- (Hvis ja) Vet du om det var/er noe løpende samarbeid (for eksempel gjennom individuell plan, ansvarsgruppe e.a.)?

Avsluttende spørsmål:

- Hender det at du ikke møter til konsultasjoner? (Hvis ja) Hva skjer da?
- Er det noe spesielt ved behandlingen som ikke har fungert bra? (Evt. oppfølgende: Hva ville du ha gjort annerledes?)
- Har du sagt fra om noe du synes fungerer dårlig? (Hvis ja) Hvordan ble det tatt imot?

Sjekk at svarene er forstått rett, gjerne fortløpende, evt. til slutt. Hvis aktuelt: Innhent samtykke til å gjennomgå journal. Spør informanten om han/hun ønsker informasjon om resultatet av tilsynet, jf. «Oppfølging av pasienter som har stilt til intervju», i kapittel 4.4 i veilederen.

Vedlegg 12

Oversikt over brukerorganisasjoner og kontaktpersoner

Helse Nord

Organisasjon	Kontaktperson
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)	Asbjørn Larsen
MARBORG	Vidar Hårvik
Barn av rusmisbrukere (BAR)	Cecilie Haugland
Mental Helse	Sølvi Hagen
ALARM	Jan Ivar Ekeberg
Hvite Ørn	Siv Helen Rydheim

Helse Midt

Organisasjon	Kontaktperson
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)	Erik Holm
Barn av rusmisbrukere (BAR)	Elisabeth Gjetøy
Mental Helse	Sølvi Hagen
ALARM	Jan Ivar Ekeberg
ADHD Norge	Turid Oldervik Mona Lersveen
Hvite Ørn	Inger Mari Eidsvik

Helse Vest

Organisasjon	Kontaktperson
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)	Karl Olaf Sundfør
ProLAR	Kenneth Egeland (Stavanger) Ole Jørgen Lygren (Bergen)
Mental Helse	Siri Bråtane
ADHD Norge	Ruth Helen Knutsen
Hvite Ørn	David Storøy

Vedlegg 12

Oversikt over brukerorganisasjoner og kontaktpersoner

Helse Sør-Øst

Organisasjon	Kontaktperson
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)	Line Eikenes Langsholt (Øst) Bente Karlsen Røstad (Sør)
ProLAR	Siv Løvland (Øst) Ronny Bjørnstad (Sør)
Barn av rusmisbrukere (BAR)	Monika Landsverk
Mental Helse	Siri Bråtane (Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland) Barbro Aas (Østfold, Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder)
Hvite Ørn	Jan Magne Sørensen
ALARM	Tommy Sjøfjell
We shall overcome (WSO)	Håkon Rian Heland
LEVE	Monica Smith

Vedlegg 13

Utkast til tekst i ny rapportmal kapittel 1

Tilsynets tema og omfang

Psykiske lidelser og ruslidelser inngår ofte i et komplekst samspill der symptomer kan forveksles, tildekkes, forverres eller utløses gjensidig. For å kunne gi virkningsfull helsehjelp, er det en forutsetning at pasientene er tilstrekkelig utredet for både psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk. Tilsynsmyndigheten har derfor undersøkt om helseforetakene legger til rette for og følger opp at disse pasientene i DPS poliklinikk får forsvarlige tjenester som kjennetegnes av:

- samordnet og helhetlig tilnærming til psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse
- tilpasning til pasientenes lidelser og forventninger der pasientene får mulighet til å medvirke
- kvalitet og fremdrift i arbeidet
- tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet
- nødvendig samhandling mellom personell på ulike organisatoriske nivåer

Tilsynet er inndelt etter sentrale faser i et behandlingsforløp:

- Utredning
 - Vi undersøkte om følgende var kartlagt: Eventuelle rusmiddelproblemer, pasientenes motivasjon for endring, somatisk helse, pårørende/nettverk, boforhold, arbeid/aktivitet, samarbeid og samhandling med andre instanser samt risikoatferd (selvmord, vold, overdose). I tillegg undersøkte vi om pasienter som ikke møter til konsultasjoner følges opp.
- Diagnostisering
 - Vi undersøkte om diagnostiseringen er basert på informasjon som kommer frem i utredningen, om diagnoser gjennomgående settes innen 3 måneder etter påbegynt utredning og om ruslidelser blir diagnostisert.
- Behandling
 - Vi undersøkte om planer for behandling utarbeides så snart det foreligger nødvendig informasjon fra utredningen og om pasientene får samordnet og/eller integrert behandling for samtidig psykisk lidelse og ruslidelse.
- Avslutning av behandling
 - Vi undersøkte om avslutning av behandlingen er basert på en vurdering av pasientenes behov og måloppnåelse samt om oppfølgende instans får informasjon der pasientene samtykker til slik oppfølging.

Tilsynet omfattet pasienter i DPS poliklinikk med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblematikk i form av behandlingstrengende rusmiddelproblemer, uavhengig av om rusmiddelproblemet kan defineres som en ruslidelse (skadelig bruk og/eller avhengighet). Med rusmidler mener vi alkohol, vanedannende legemidler (feil bruk/overforbruk), illegale rusmidler og anabole steroider.

Vedlegg 14

Utkast til tekst i ny rapportmal kapittel 2

Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Ved tilsynet står kravet om forsvarlig virksomhet inkludert virksomhetenes plikt til systematisk styring sentralt. Det samme gjelder kravet om pasientmedvirkning.

Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-2*, er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf. <https://helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
Helsedirektoratet har utarbeidet flere publikasjoner som er aktuelle for dette tilsynet. Den mest sentrale er *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948)*. Ellers har vi også benyttet IS-1388, IS-1957, IS-1925, IS-1561, IS-2211, IS-1511 og IS-9/2007. Helsetjenesten bør etterstrebe å yte tjenester som er i tråd med slike publikasjoner, men ofte vil det være et handlingsrom hvor helsehjelpen fortsatt vil kunne være forsvarlig selv om praksis avviker noe fra gitte anbefalinger.

Plikten til systematisk styring

Ny forskrift ble fastsatt ved kongelig resolusjon 28. oktober 2016 og trådte i kraft den 1. januar 2017: *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. I praksis er ikke dette nye krav, men presiseringer av kravene i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, som gjaldt tidligere. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Helsetjenesten er pålagt å sikre forsvarlige tjenester gjennom sin styring. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Pasientmedvirkning

Forventningene til brukermedvirkning går frem av *pasient- og brukerrettighetsloven* og *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Etter pasient- og brukerrettighetsloven skal pasientene få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasientene har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester.

Basert på kravene beskrevet ovenfor, må blant annet dette kunne forventes av forsvarlige spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig ruslidelse:

- Ledelsen ved DPS sørger for innarbeidede rutiner for
 - systematisk utredningspraksis inkludert avdekking av mulige ruslidelser hos pasientene
 - oppfølging og diagnostisering av identifisert rusmiddelproblematikk
 - planlegging og gjennomføring av samordnet og/eller integrert behandling

- avslutning av behandling, herunder avslutningssamtale
 - pasientmedvirkning i behandlingsforløpet
- Ledelsen ved DPS følger opp at rutinene fungerer og etterleves, og iverksetter nødvendige tiltak dersom det har utviklet seg en uønsket praksis.
- Helseforetaket sørger for sammenheng i behandlingen av psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematikk.
 - Nødvendig spesialistkompetanse er tilgjengelig i hele pasientforløpet, uavhengig av om kompetansen finnes i DPS eller TSB.
 - Ansvar- og oppgavefordeling mellom PHV og TSB er avklart, uavhengig av om TSB er organisert i eller utenfor helseforetaket.
 - Helseforetaket legger til rette for og følger med på at nødvendig samhandling og kompetanseutveksling fungerer.
- DPS preges av en åpenhetskultur der det er trygt å melde fra om feil, mangler og uønskede hendelser, og der ledelsen bruker slik informasjon til kontinuerlig forbedring.