



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Dokument 3:7 (2009–2010)



5 664 -577 -7 285 18 4 588 315 6 554 735 394 216 2 577 634 492



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen

ISBN 978-82-8229-068-5

Foto: Cato Rørstrøm/Jon Erik Faksvaag/Ingram
Forsideillustrasjon: 07 Oslo AS

Riksrevisjonens undersøkelse om
oppfølging av og kvalitet i private
institusjoner innen tverrfaglig
spesialisert behandling for
rusmiddelavhengige

Dokument 3:7 (2009–2010)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:7 (2009–2010)
*Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private
institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for
rusmiddelavhengige.*

Riksrevisjonen, 29. april 2010

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Gjennomføring av undersøkelsen	7
3	Oppsummering av funnene	8
4	Riksrevisjonens bemerkninger	12
5	Departementets svar	13
6	Riksrevisjonens uttalelse	16
Vedlegg: Rapport		17
1	Innledning	21
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	24
3	Revisjonskriterier	26
4	I hvilken grad har de regionale helseforetakene etablert systemer som sørger for at de private institusjonene innen TSB ivaretar kravene til kvalitet og resultater?	30
5	I hvilken grad ivaretar de private institusjonene innen TSB kravene til kvalitet for internkontroll og individuell plan?	42
6	I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for de regionale helseforetakenes ivaretagelse av kvalitet og resultat i tjenestene innen TSB?	50
7	Vurderinger	55
8	Referanseliste	59
9	Vedlegg	63

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

1 Innledning

De regionale helseforetakene fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) med rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004. Stortingets overordnede mål med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få gode tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre.

På landsbasis utgjør de private tjenesteyterne 58,3 prosent av den samlede behandlingsskapasiteten,¹ og de representerer således en betydelig del av den samlede faglige kompetansen innen TSB. Rusreformen innebar at de regionale helseforetakene trådte inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstilbud. I tillegg overtok de regionale helseforetakene 32 fylkeskommunalt eide behandlingstilbud. De regionale helseforetakene hadde i 2008 avtale med 35 private institusjoner innen TSB.² I 2008 ga de regionale helseforetakene tilskudd til kjøp av tjenester for ca. 927 mill. kroner til private institusjoner innen TSB. Samlet ble det kjøpt 931 private døgnplasser ved private institusjoner med avtale. I regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 blir det pekt på at det er et problem at det offentlige kjøp av plasser ikke sikrer en tilstrekkelig kvalitet i behandlingen.³

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2006 og Riksrevisjonens tidligere gjennomgang av de regionale helseforetakenes rapportering har vist avvik knyttet til kvalitet og måloppnåelse innen TSB.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse er å vurdere om Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har etablert et hensiktsmessig system for oppfølging av tilbudet ved private institusjoner innen TSB. Formålet er også å vurdere hvordan det avtalefestede private institusjonstilbudet sørger for at kravene til

1) Behandlingskapasitet i form av døgnplasser.
2) Antallet baserer seg på informasjon fra de regionale helseforetakene for 2008.
3) *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005*, Sosialdepartementet, 2002.

kvalitet i internkontroll og individuell plan ivaretas.

Problemstillinger:

- 1 I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for de regionale helseforetakenes ivaretagelse av kvalitet og resultat i tjenestene innen TSB?
- 2 I hvilken grad har de regionale helseforetakene etablert systemer som sørger for at de private institusjonene innen TSB ivaretar kravene til kvalitet og resultat?
- 3 I hvilken grad ivaretar de private institusjonene innen TSB kravene til kvalitet knyttet til internkontroll og individuell plan?

Rapporten, som følger som trykt vedlegg, ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse ved Riksrevisjonens brev 3. desember 2009. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev 21. januar 2010 at det ikke har noen merknader til faktabeskrivelsen i Riksrevisjonens rapport. I brevet gir departementet noen utdypninger av faktabeskrivelsen og noen kommentarer knyttet til enkelte momenter i rapporten. Departementets utdypninger og kommentarer er i det vesentligste innarbeidet i rapporten og i kapittel 2.

2 Gjennomføring av undersøkelsen

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst gjennom intervju, spørreskjemaundersøkelse, saksmappgjennomgang og dokumentanalyse.

For å undersøke hvordan departementet har lagt til rette for de regionale helseforetakenes ivaretagelse av kvalitet og resultat i tjenestene innen TSB, er det gjennomført intervju med departementet. Departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene for 2008 og de regionale helseforetakenes rapportering til departementet i årlig melding for samme år, er også gjennomgått. Videre er protokollene fra foretaksmøtene hvor årlig melding for 2008 ble behandlet, gjennomgått.

Som ledd i undersøkelsen er også tildelingsbrevet til Helsedirektoratet og direktoratets årsrapport for 2008 samt Helsedirektoratets årlige statusrapport for opptrappingsplanen for rusfeltet, gjennomgått.

For å belyse i hvilken grad de regionale helseforetakene har etablert systemer som sørger for at de private institusjonene innen TSB ivaretar kravene til kvalitet og resultat, er det gjennomført intervjuer med representanter for de regionale helseforetakene. Videre er alle avtalene som forelå i 2008 mellom private institusjoner innen TSB og de regionale helseforetakene, innhentet og gjennomgått. En spørreskjemaundersøkelse til alle de 39 institusjonene og intervju med åtte institusjoner, belyser hvordan de private institusjonene ivaretar kravene til internkontroll og individuell plan, samt hvordan institusjonene opplever de regionale helseforetakenes oppfølging av avtaleforholdet når det gjelder krav, rapportering og møtepunkter.

Saksmappegjennomgangen omfattet 77 pasienter, og gir informasjon om hvordan institusjonenes ansvar for å utarbeide individuelle planer blir ivare tatt og i hvilken grad de individuelle planene fyller kravene til innhold i slike planer. Gjennomgangen av institusjonenes dokumentasjon av eget internkontrollsystem ble gjort for å vurdere om institusjonenes systemer fyller minimumskravene til internkontrollsystemer.

3 Oppsummering av funnene

3.1 Det foreligger få retningslinjer og rammer for tjenestetilbudet innen TSB

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju høsten 2009 at TSB er et fagfelt som i stor utstrekning bygger på fagtradisjoner utenfor spesialisthelsetjenesten. Departementet oppgir videre at tjenestetilbudet innen TSB i liten grad er kunnskapsbasert, og at behandlingseffekter av tilbudet i liten grad er dokumentert. Flere av de regionale helseforetakene etterlyser klarere rammer for utforming av tjenestetilbudet innen TSB. Av viktige kvalitets- og utviklingstiltak viser Helse- og omsorgsdepartementet til arbeidet med retningslinjer og veiledere som pågår i Helsedirektoratets regi.

Det foreligger ingen form for sentral godkjenningsordning eller normering av tjenestetilbudet som kan bidra til å sikre kvalitet i tjenestene som institusjonene innen TSB skal yte. Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene sørger

for at tjenestetilbudet innen TSB er i tråd med lovens krav om forsvarlighet. Forsvarlighet må ifølge departementet vurderes ut fra retningslinjer og veiledere utformet av Helsedirektoratet. Direktoratet arbeider med diverse retningslinjer og veiledere, men felles for det som per i dag foreligger av retningslinjer, er at disse er knyttet til enkeltgrupper av pasienter. Fortsatt finnes det ikke nasjonale retningslinjer eller noen annen veiledning som viser hvordan tjenestene innen TSB bør bygges opp. Undersøkelsen indikerer at arbeidet med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere for TSB har tatt lang tid. Departementet opplyser i intervju at arbeidet med retningslinjer vil være utfordrende og krevende. Helsedirektoratets arbeid med retningslinjer for TSB forventes ferdigstilt innen 2015.

3.2 Styringsinformasjonen er begrenset

Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2003, men for TSB foreligger det fortsatt ingen nasjonale kvalitetsindikatorer. Siden etableringen av TSB innen rammene av spesialisthelsetjenesten, er det gjennomført tiltak for å sikre bedre styringsinformasjon på nasjonalt nivå. I 2006 ble det innført ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR), og fra og med 2009 forutsettes det at alle institusjoner innen TSB rapporterer aktivitetsdata til NPR. At NPR legges om til et personidentifiserende helseregister, vil også gi styringsmessige fordeler innen TSB. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er analyser fra NPR, Samdata, SSB, Statens Helsetilsyn og løpende rapportering fra de regionale helseforetakene de viktigste kildene til informasjon om tjenestetilbudet innen TSB. Helsedirektoratets statusrapport for arbeidet med opptrappingsplanen viser at arbeidet med måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet vil pågå i perioden 2009–2010. Departementet opplyser i intervju at dette arbeidet er omfattende og krevende, og at det er et utviklingsarbeid som må pågå over lang tid. Undersøkelsen viser at arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer har tatt lang tid. Det er ifølge departementet usikkert når det vil være etablert operasjonelle, nasjonale kvalitetsindikatorer for TSB.

Departementet opplyser at Helsedirektoratet i 2010 arbeider med å høyne kvaliteten på registrering og rapportering innen TSB. Fra 1. september 2010 vil alle aktuelle fagenheter i helseforetakene og alle private tjenesteytere innen TSB være pålagt krav om prosedyrekoding. Slik prosedyrekoding vil gi informasjon om hvilken behandling

som gis til pasienter med ulike tilstander eller symptomer, og kan således benyttes i videreutvikling av tjenestene innen TSB.

Aktivitetsdata innen TSB er foreløpig ikke tilgjengelig, og undersøkelsen viser at det er kvalitetsproblemer knyttet til ventelistedata innen TSB. NPR har i løpet av de siste årene arbeidet for å bedre kvaliteten på historiske ventelistedata og på kvaliteten av dataene som rapporteres fra institusjonene til NPR. Innen TSB har det i flere år vært problemer knyttet til en uklar avgrensning mellom psykisk helsevern og TSB, noe som gir usikkerhet knyttet til innrapporterte data.⁴ Mangler ved systemene for innrapportering av data og mangelfull kvalitet på rapporterte data gir upålitelig styringsinformasjon.

For å sikre en balanse mellom tilbud og etterspørsel i planleggingen av behandlingstilbudet innen TSB, er det nødvendig å ha kjennskap til behovet for tjenester. Undersøkelsen viser at tjenesteutformingen bare i begrenset grad bygger på dokumentert kunnskap om behovet for tjenester. Ifølge International Research Institute of Stavanger vurderes i stor grad behov for behandlingssplasser på grunnlag av løpende etterspørsel etter tjenester, slik dette kommer til uttrykk i form av henvisninger til TSB.⁵ Mangelfull kunnskap om behovet for tjenester øker risikoen for at det ikke er det mest hensiktsmessige tjenestetilbudet som etableres. Undersøkelsen viser at det er nødvendig at det framskaffes mer kunnskap om behovet for TSB.

Undersøkelsen viser også at rapporteringen fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet i årlig melding er mangelfull. En gjennomgang av den samlede rapporteringen fra de regionale helseforetakene for 2008 viser at de ikke gir tilstrekkelig og dekkende informasjon om tiltak og utvikling for de kravene som er stilt til TSB i oppdragsdokumentet. Dette på tross av at Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 ba de regionale helseforetakene om å sende inn supplerende informasjon til årlig melding for 2008. Dersom de regionale helseforetakene ikke informerer eier om måloppnåelse i forhold til krav i oppdragsdokumentet, blir det vanskelig for departementet å påse at de regionale helseforetakene utfører sitt "sørge for"-ansvar innen TSB.

4) Dokument nr. 3:5 (2008–2009) *Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem.*
5) Lie og Nesvåg (2006): *Evaluering av rusreformen*, Rapport IRIS 2006/1227.

3.3 Svak integrering av de private institusjonene i utviklingen av tjenestene

De private institusjonene representerer en betydelig del av den samlede faglige kompetansen innen TSB. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i liten grad benytter den kompetansen disse institusjonene besitter i det faglige utviklingsarbeidet i regionene. Blant annet er institusjonene bare i begrenset grad involvert i arbeidet med regionale rusplaner, og i enkelte tilfeller er involveringen helt fraværende. Helse Midt-Norge RHF, ved Rusbehandling Midt-Norge, har en tettere oppfølging av de private rusinstitusjonene enn de andre regionale helseforetakene. Økt involvering av de private institusjonene i arbeidet med videreutviklingen av TSB vil bidra til økt faglig kompetanse, samtidig som en slik involvering vil sikre forankring av valgte strategier i en bredere del av tjenesten.

Departementet opplyser i kommentarer til rapporten at mange private institusjoner ble invitert til å bidra i arbeidet med samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008–2009). Forløpsgruppen på rusfeltet framholdes av departementet som et eksempel på en arena der de private institusjonene deltok.

3.4 For liten standardisering av krav, rapportering og oppfølging

Avtalene som fastsetter kravene til de private institusjonenes ytelser, er ikke standardisert på tvers av helseregionene. Dette stiller institusjonene overfor ulike krav til ytelser avhengig av hvilken region avtalene er inngått med. Også rapporteringskravene for aktivitetsdata varierer avhengig av region. Blant annet opererer Helse Sør-Øst RHF med to rapporteringsmaler, én mal for institusjonene som ligger i det som tidligere var region sør, og én for institusjonene i tidligere region øst.

Beleggsprosent fungerer som en indikator på om de regionale helseforetakene får det volumet av tjenester de betaler for. Undersøkelsen viser at denne parameteren er den mest sentrale for de regionale helseforetakenes oppfølging av avtalene som er inngått. Helse Nord RHF er den eneste regionen som ikke har krav om beleggsprosent i sine avtaler.⁶ Undersøkelsen viser at det i de tre helseregionene hvor det stilles krav om beleggsprosent, er institusjoner som ikke

6) Dette kommer av at avtalene i Helse Nord RHF er basert på at det regionale helseforetaket betaler for benyttede tjenester ved de private institusjonene. I løpet av våren 2009 har Helse Nord RHF gjennomført nyanskaffelser innen TSB. Nye avtaler inneholder krav om beleggsprosent.

oppfyller disse kravene. De regionale helseforetakene angir ulike årsaker til at beleggsprosenten tidvis kan være lav ved enkeltinstitusjoner. For eksempel nevnes det at manglende kapasitet i avrusningstilbudet medfører at plasser ikke er belagt i påvente av at pasienter avruses før de kan gis videre behandling. Alle de tre regionale helseforetakene opplyser at de følger utviklingen ved de institusjonene som i størst grad avviker fra kravet som er satt til beleggsprosent, og at de er i dialog med de aktuelle institusjonene for å bedre situasjonen. Helse Sør-Øst RHF opplyser som eneste regionale helseforetak at lavere beleggsprosent enn forutsatt medfører at institusjonene pålegges en merytelse det påfølgende året. Ingen institusjoner fikk i 2008 avkortet sin betaling på bakgrunn av for lav beleggsprosent.

Institusjonene opplyser at variablene knyttet til faktisk produksjon og belegg, godt belyser deres arbeid, men at innhold og kvalitet i behandlingstilbudet er vanskelig å vurdere ut fra rapporteringen. Undersøkelsen viser videre at både departementet og de regionale helseforetakene ønsker mer informasjon om behandlingstilbudets kvalitet og virkning utover det som per i dag mottas. Samtidig viser undersøkelsen at denne informasjonen i enkelte tilfeller foreligger ved institusjonene uten at den etterspørres. For eksempel viser undersøkelsen at 33 av 39 institusjoner i løpet av de siste to årene har gjennomført brukerundersøkelser, men at informasjonen fra disse undersøkelsene kun i liten grad er videreformidlet. Mer systematisk gjennomføring av og rapportering fra brukerundersøkelser kan gi informasjon om forhold som både de regionale helseforetakene og departementet i intervju opplyser at de ønsker mer informasjon om.

De regionale helseforetakenes tilbakemelding til de private institusjonene om innrapporterte data er mangelfull. De gjør også i liten grad sammenstillinger av flere institusjoners innrapporterte data tilgjengelig for institusjonene. Rusbehandling Midt-Norge HF skiller seg ut når det gjelder oppfølging av institusjonenes rapportering. Den besøkte institusjonen i Helse Midt-Norge opplyser at rapporteringen diskuteres på felles ledermøter i helseforetaket og at institusjonene, både offentlige og private, i regionen sammenlignes på bakgrunn av de innrapporterte data. Mer systematisk bruk av innrapporterte data internt i regionen vil øke nytteverdien av rapporteringen for den enkelte institusjon.

Alle de regionale helseforetakene stiller krav til at driften ved de private institusjonene skjer i tråd med gjeldende lovgivning og andre myndighetskrav. Blant annet stilles det krav om at institusjonene har et fungerende internkontrollsystem, at individuell plan utarbeides for alle pasienter som ønsker dette, at beleggsprosenten er høy og at det samarbeides med andre tjenesteytere.

De regionale helseforetakene får i hovedsak informasjon om hvorvidt de private institusjonene oppfyller disse kravene ved at institusjonene framlegger dokumentasjon for interne prosedyrer ved kontraktsinngåelsen. Kravene gjøres også til gjenstand for diskusjon i de årlige møtene mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene. Utover dette følges institusjonene kun opp enkeltvis i møter dersom dårlige resultater i aktivitetsrapporteringen eller uheldige hendelser ved institusjonene tilsier det.

De regionale helseforetakene har ingen systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet ved den enkelte institusjon. Institusjonenes egenrapportering og tilsyn gjennomført av Helsetilsynet er de regionale helseforetakenes eneste kilder til informasjon om interne prosedyrer ved institusjonene. Rusbehandling Midt-Norge HF har etablert et system for internt tilsyn innen helseforetaket som også vil føre til mer systematisk tilsyn ved de private institusjonene.

Manglende systematisk gjennomgang eller tilsyn med institusjonenes kvalitetssystem innebærer risiko for at avvik fra krav stilt i avtalene mellom de regionale helseforetakene og institusjonene, ikke blir oppdaget og fulgt opp. Revisjonen mener at de regionale helseforetakene i for liten grad kontrollerer om de private institusjonene har nødvendige interne kvalitetssystem på plass.

Intervjuene med de regionale helseforetakene viser at Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med institusjoner innen TSB i 2006, har påvirket og gitt innspill til forbedringer til de regionale helseforetakenes oppfølging av de private institusjonene.

Departementet uttaler at de regionale helseforetakene er forpliktet til å gjennomføre anskaffelsesprosesser ved kjøp av tjenester innen TSB i tråd med gjeldende regelverk. Departementet viser videre til at anskaffelse i tråd med regelverket ikke er tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet.

3.5 Det er enkelte svakheter i institusjonenes internkontrollsystem

De fleste institusjonene har et system for internkontroll, men flere institusjoner har kun implementert deler av internkontrollsystemet. Samtlige 39 institusjoner svarer at de har et system for internkontroll. Av disse er det 11 institusjoner som oppgir at deres internkontrollsystem ikke er fullstendig. Dybdeundersøkelsen av åtte institusjoner viser at to ikke kunne dokumentere et fullstendig internkontrollsystem. Begge hadde satt i gang arbeid med å implementere et fullstendig internkontrollsystem.

I undersøkelsen svarer ni av 39 institusjoner at de ikke har skriftlige rutiner for å forebygge drop-out, 12 institusjoner oppgir at de delvis har slike rutiner, mens 14 institusjoner oppgir at de har skriftlige rutiner for å forebygge drop-out. Undersøkelsen viser også at om lag hver femte institusjon ikke på systematisk vis gjennomgår mulige årsaker til drop-out. Dette kan medføre at flere pasienter skrives ut før behandlingen er fullført, enn dersom institusjonene hadde hatt bedre rutiner for å forebygge drop-out.

Tre institusjoner opplyser å ikke ha skriftlige rutiner for evaluering av behandlingsopplegget, mens 16 institusjoner opplyser at de bare delvis har slike rutiner. Altså har under halvparten av institusjonene skriftlige rutiner for evaluering av behandlingsopplegget. Flere institusjoner oppgir i undersøkelsen at evaluering av behandlingsopplegget anses som en løpende prosess og at de har fokus på dette, selv om det ikke er utviklet skriftlige rutiner. Et behandlingsopplegg som ikke fungerer hensiktsmessig, vil svekke behandlingen av pasientene og institusjonenes måloppnåelse.

Det er påvist at mange institusjoner ikke har eller bare delvis har rutiner for å gjennomføre risikovurderinger av egen virksomhet. I dybdeundersøkelsen som omfatter åtte institusjoner, oppgir fem at de bare gjennomfører risikovurderinger av enkelte områder eller i forhold til enkeltavdelinger. Manglende rutiner for å gjennomføre risikovurderinger kan medføre at virksomheten ikke har oversikt over hvor det er størst fare for svikt eller manglende måloppnåelse.

Samtlige institusjoner i dybdeundersøkelsen oppgir å ha tatt lærdom av det landsomfattende tilsynet Helsetilsynet gjennomførte i 2006, uavhengig av om de var omfattet av tilsynet eller ikke. Flere av de regionale helseforetakene

oppgir at de som følge av resultatene fra dette tilsynet hadde særskilt oppfølging av institusjonene.

Departementet opplyser at det på egnet måte vil ta opp spørsmålet om svakheter knyttet til institusjonenes internkontrollsystem i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og understreke betydningen av å følge regelverket på dette området herunder internkontrollforskriften.

3.6 Mangler i bruk og innhold knyttet til individuell plan

Alle pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester, har et rettskrav på å få utarbeidet individuell plan. Individuell plan er et virkemiddel som kan gi et bedre og mer samordnet tilbud til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Undersøkelsen viser at en stor andel av pasientene som har vært innskrevet ved en institusjon, ikke har fått utarbeidet individuell plan. Informasjon fra de regionale helseforetakene viser at andelen pasienter som har vært innskrevet ved private institusjoner, og som ikke har fått utarbeidet individuell plan, ligger på mellom 69 og 79 prosent. 21 institusjoner oppgir at pasienter skrives ut uten at en individuell plan er utarbeidet, også i tilfeller der pasienten selv ønsker individuell plan. To tredeler av institusjonene oppgir at pasienter alltid eller ofte ønsker å få en individuell plan. Mangler knyttet til individuell plan øker risikoen for at pasientene ikke får sine rettigheter ivaretatt, og kan få konsekvenser for målsettingen med behandlingen.

Gjennomgangen av individuelle planer viser en rekke mangler sammenlignet med de krav som er stilt til innholdet i slike planer. I enkelte tilfeller er ikke pasientens mål, ressurser og behov for tjenester dokumentert. Videre er det i andre tilfeller ikke registrert tidspunkt for revidering, ikke dokumentert at pasienten har samtykket i utarbeidelsen eller heller ikke angitt hvem som er koordinator for planen. Gjennomgangen viser også at oppfølgingstiltak i etterkant av oppholdet ved institusjonen og hvem som er ansvarlige for disse er utilstrekkelig beskrevet i de individuelle planene.

Dersom planen ikke oppfylder kravene som er satt til hva en slik plan skal inneholde, er retten til individuell plan bare delvis oppfylt. Mangler i

planen medfører at instansen som skal overta oppfølgingen av pasienten etter institusjonsoppholdet, ikke har det nødvendige grunnlaget for å gi målrettet hjelp. Det kan stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har gitt god nok informasjon om og opplæring i kravene til innhold og hensikten med individuell plan.

Departementet viser til at de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2010 er blitt bedt om å øke antallet pasienter som får tildelt individuell plan.

3.7 Samarbeidet med andre tjenesteytere oppleves som vanskelig

En tredel av institusjonene har ikke eller har bare delvis skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen. En noe mindre andel av institusjonene har ikke skriftlige rutiner for samhandling med de kommunale tjenestene ved avslutning av behandling ved institusjonen. Manglende rutiner kan føre til at samhandlingen med andre tjenesteytere blir tilfeldig og lite planlagt, noe som har konsekvenser for oppfølgingen av pasientene.

Over halvparten av institusjonene som er besøkt, uttrykker problemer i samarbeidet med kommuner rundt planlegging av ettervernet. Institusjonene opplever problemer med å få til et godt samarbeid med kommunal saksbehandler for perioden etter behandlingen. Det gjelder blant annet spørsmålet om bolig. Undersøkelsen indikerer også at individuell plan som verktøy for bedre samordning ikke er satt i system på godt vis i kommunene. Manglende samarbeid kan føre til at oppfølgingen av pasienten i etterkant av institusjonsoppholdet blir lite målrettet.

Departementet gir uttrykk for at samhandlingen mellom behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten og i kommunene rundt den enkelte pasient kan bli bedre. Departementet oppgir at dette er tema i forslaget til samhandlingsreform som ble lagt fram i 2009.

4 Riksrevisjonens bemerkninger

Det finnes ikke nasjonale retningslinjer eller annen veiledning som gir de regionale helseforetakene informasjon om hvordan tjenestene innen TSB bør bygges opp. Arbeidet med å utvikle retningslinjer og veiledere for TSB er i departementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for

2009 angitt som prioritert område. Departementet har opplyst at retningslinjer og veiledere for TSB først vil foreligge innen 2015. Etter Riksrevisjonens vurdering må dette arbeidet gis stor oppmerksomhet og følges opp løpende slik at nødvendige faglige retningslinjer og veiledere for TSB er på plass snarest mulig.

Undersøkelsen viser at tjenesteutformingen innen TSB kun i begrenset grad bygger på dokumentert kunnskap om behovet for tjenester. Mangelfull kunnskap om behovet for tjenester kan føre til at det ikke er det mest hensiktsmessige tjenestetilbudet som blir etablert. Helse- og omsorgsdepartementet har siden TSB ble etablert, initiert tiltak for å bedre styringsinformasjonen, men arbeidet har tatt lang tid. Riksrevisjonen mener at det er viktig at det skaffes til veie bedre styringsinformasjon, slik at departementet på bedre vis kan vurdere spesialisthelsetjenestens resultater og kvalitet innen TSB.

De regionale helseforetakene stiller kvalitetskrav til driften ved de private institusjonene i tråd med gjeldende lovgivning og andre myndighetskrav. Undersøkelsen viser imidlertid at de regionale helseforetakene ikke har noen systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet ved den enkelte institusjon. De regionale helseforetakene får noe informasjon om hvordan kravene oppfylles ved at institusjonene legger fram dokumentasjon når kontrakter inngås, og ved at kravene diskuteres i de årlige møtene mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene. Samtidig viser undersøkelsen at internkontrollsystemene i flere institusjoner har mangler, og at en del institusjoner ikke kontrollerer etterlevelsen av egne systemer. Etter Riksrevisjonens vurdering medfører dette en risiko for at tjenestene ikke har den kvalitet som er påkrevd. Riksrevisjonen har merket seg at departementet erkjenner at anskaffelse i tråd med regelverket ikke alene er tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad følger opp at institusjoner de har avtale med innen TSB, har de nødvendige interne kvalitetsystemene på plass.

Undersøkelsen viser at en stor andel av pasientene som har vært innskrevet ved institusjon, ikke har fått utarbeidet individuell plan. Undersøkelsen sannsynliggjør også at mange av de som ikke har fått utarbeidet individuell plan, ønsker en slik plan. Etter Riksrevisjonens

vurdering utgjør mangelfull utarbeidelse av individuell plan en risiko for at pasientenes rettigheter ikke blir ivaretatt og kan ha konsekvenser for målsettingen med behandlingen ved institusjonene. Riksrevisjonen har merket seg at departementet i årets oppdragsdokument har bedt de regionale helseforetakene om å øke andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan.

I tillegg til at mange pasienter ikke får utarbeidet individuell plan, viser gjennomgangen av individuelle planer en rekke mangler sammenlignet med de krav som er stilt til innhold i slike planer. Mangler i innholdet utgjør en risiko for at pasienten ikke vet hvilke tjenester som skal ytes, samt når og hvordan tjenestene skal ytes. Videre kan mangler i planen medføre at den instans som skal overta oppfølgingen av pasienten etter institusjonsoppholdet, ikke har det nødvendige grunnlaget for å gi målrettet hjelp. Mangelfull dokumentasjon reduserer også etterprøvnbarheten i forbindelse med klagebehandling, tilsyn og revisjon. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om institusjonene i tilstrekkelig grad kontrollerer og følger opp kvaliteten i de individuelle planene, og om de regionale helseforetakene gir god nok opplæring i kravene til innhold og hensikten med individuell plan.

Undersøkelsen viser at institusjonene opplever problemer knyttet til samhandlingen med kommuner rundt planlegging av ettervernet. Institusjonene oppgir blant annet problemer knyttet til å få bolig og til samarbeid med kommunal saksbehandler om perioden etter behandlingen. Undersøkelsen indikerer også problemer knyttet til at individuell plan som verktøy for å få til bedre samordning, ikke er et integrert og fungerende system i kommunene. Manglende samarbeid kan føre til at oppfølgingen av pasienten i etterkant av institusjonsoppholdet blir lite målrettet, og at effekten av behandlingen reduseres. Riksrevisjonen har merket seg at departementet uttaler at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene rundt den enkelte pasient kan bli bedre. Etter Riksrevisjonens vurdering er det utfordringer knyttet til å få samarbeidet mellom kommunale tjenesteytere og institusjonene til å fungere tilfredsstillende.

5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 2. mars 2010 svart:

"Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Helse- og omsorgsdepartementet viser til Riksrevisjonens brev av 3. desember 2009, til departementets svar av 21. januar d.å. og til Riksrevisjonens brev av 4. februar d.å. med vedlegg Dokument 3:7 (2009-2010) vedrørende ovennevnte sak.

Slik det fremgår av ovennevnte vedlegg Dokument 3:7 (2009-2010), tar Riksrevisjonen opp ulike forhold, som de gjennom sine undersøkelser ønsker å få belyst. Departementet vil omtale disse punktene hver for seg.

Det foreligger få retningslinjer og rammer for tjenestetilbudet innen TSB

Slik det fremgår av departementets brev av 21. januar d.å. har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide veiledere for alle deler av TSB. Dette er et felt som først ble en del av spesialisthelsetjenesten ved gjennomføringen av rusreformen i 2004. I løpet av 2010 vil det foreligge følgende veiledere/retningslinjer som berører TSB:

- Veileder for vurdering av henvisninger til TSB (utgitt i 2008)
- Nasjonale retningslinjer for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (utgitt i februar 2010)
- Nasjonale retningslinjer for gravide i LAR - vil komme i løpet av høsten 2010
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (tidligere kalt dobbeldiagnosepasienter) - vil komme i løpet av høsten 2010.

Rusfeltet var det første feltet innen spesialisthelsetjenesten, der det ble utarbeidet en veileder for vurdering av henvisninger. Senere har Helsedirektoratet utarbeidet veiledere for rettighetsvurderinger for en rekke andre felt innen spesialisthelsetjenesten.

Sammenliknet med andre fagfelt innen spesialisthelsetjenesten foreligger det ikke gode evidensbaserte studier på hvilke behandlingsmetoder innen TSB som gir de beste resultatene. I tillegg består TSB av ulike behandlingsmetoder og

-regimer. Ved siden av de retningslinjene for LAR-gravide og pasienter med sammensatte lidelser som kommer i løpet av høsten 2010, har Helsedirektoratet startet arbeidet med retningslinjer innen akutt-/abstinens-/avrusningsbehandling. Inkludert i dette arbeidet vil også være ambulansetjenesten ved utrykninger ved overdoser.

Senere vil Helsedirektoratet starte arbeidet med retningslinjer innen langtids døgnbehandling, poliklinisk behandling og særlige retningslinjer for behandling av personer med alkoholavhengighet. Ettersom dette arbeidet er meget krevende og innebærer omfattende prosesser med mange aktører, er departementet innstilt på at retningslinjene for alle delene av TSB ikke vil foreligge før 2015.

Styringsinformasjonen er begrenset

Riksrevisjonen peker i sitt brev på at det fortsatt er kvalitetsproblemer knyttet til ventelistedata fra Norsk pasientregister (NPR) innen TSB. Departementet er kjent med dette, og Helsedirektoratet arbeider derfor i 2010 med å høyne kvaliteten på registreringen og rapportering for TSB. Fra 1. september 2010 vil alle fagenheter i helseforetakene og alle de private tjenesteytere innen TSB være pålagt å benytte fastsatt prosedyrekodeverk.

I foretaksmøte i januar i år ble det bedt om å oppnevne kontaktpersoner i de regionale helseforetakene og i helseforetakene, der disse personene skal ha særskilt ansvar for å sikre god datakvalitet på dataene til NPR, blant annet innen TSB. Videre ble de regionale helseforetakene bedt om å sørge for at alle enheter innen TSB registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010.

Svak integrering av de private institusjonene i utviklingen av tjenestene

Som det fremgår av oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2010, påpekes det at sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av private ideelle organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med de regionale helseforetakene. I avtalene som de regionale helseforetakene har inngått med private tjenesteytere innen TSB, inngår også påbud om krav til rapportering. I dette ligger blant annet at de skal rapportere til NPR.

I rapportene fra NPR understrekes det at det fortsatt er mangelfull datakvalitet og kompletthet i rapporteringene fra institusjonene innen TSB.

Dette er omtalt under punkt 2, der det også fremgår det som ble tatt opp på foretaksmøtene i januar i år og som var relevant under dette punktet.

Videre vises det til det arbeidet med prosedyrekodeverk som Helsedirektoratet har startet for å oppnå bedre registrering og rapportering blant annet innen TSB. Helsedirektoratet har i brev av 17.12.2009 til de regionale helseforetakene gjort rede for status for implementering, og om krav til prosedyrekoding i 2010. I dette brevet bes de regionale helseforetakene å sørge for at alle aktuelle fagenheter i helseforetakene og alle private tjenesteytere innen TSB gjøres kjent med krav til obligatorisk prosedyrekoding fra 1. september 2010.

Formålet med prosedyrekoding er registrering og innsamling av systematisk informasjon om hvordan pasienter med ulike tilstander eller symptomer undersøkes eller behandles. Denne informasjonen kan brukes for å gi bedre oversikt over behandling som gis blant annet innen TSB, både nasjonalt og lokalt. Slik prosedyrekoding vil være en del av registreringen av aktivitetsdata, og vil utgjøre et viktig bidrag i utviklingen av tjenestene innen TSB, også ved de private institusjonene.

Ettersom tjenestetilbudene innen TSB består av en så stor andel private tjenesteytere, vil disse også i stor grad bli berørt av samhandlingsreformen, jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Meldingen forutsettes behandlet av Stortinget i løpet av vårsesjonen. Kommunenes rolle skal styrkes, og dette vil derfor påvirke de avtaler og den rollen de private institusjonene vil få i den sammenhengen. I planleggingen av stortingsmeldingen ble mange private institusjoner invitert til å bidra i dette arbeidet, for eksempel i forløpsgruppen på rusfeltet.

For lite standardisering av krav, rapportering og oppfølging

Alle private tjenesteytere innen TSB har inngått avtaler med de regionale helseforetakene. Disse avtalene inneholder elementer som også omhandler krav til rapportering. I dette ligger blant annet at de skal rapportere til NPR. I rapportene fra NPR understrekes det at det fortsatt er mangelfull datakvalitet og kompletthet i rapporteringene fra institusjonene innen TSB, slik som også omtalt under punkt 2.

For å oppnå bedre registrering og rapportering innen TSB, startet Helsedirektoratet arbeid med prosedyrekodeverk blant annet innen TSB. Helsedirektoratet har i brev av 17.12.2009 til de regionale helseforetakene gjort rede for status for implementering og om krav til prosedyrekoding i 2010. I dette brevet bes de regionale helseforetakene å sørge for at alle aktuelle fagenheter i helseforetakene og alle private tjenesteytere innen TSB gjøres kjent med krav til obligatorisk prosedyrekoding fra 1. september 2010. Formålet med prosedyrekoding er registrering og innsamling av systematisk informasjon om hvordan pasienter med ulike tilstander eller symptomer undersøkes eller behandles. Denne informasjonen kan brukes for å gi bedre oversikt over behandling som gis blant annet innen TSB både nasjonalt og lokalt. Slik prosedyrekoding vil være en del av registreringen av aktivitetsdata og vil utgjøre viktig bidrag i utviklingen av tjenestene innen TSB også ved de private institusjonene.

De regionale helseforetakene er forpliktet til å gjennomføre anskaffelsesprosesser ved kjøp av tjenester innen TSB i tråd med gjeldende regelverk. Samtidig er det en erkjennelse, slik det også fremgår av protokollen fra foretaksmøtene departementet hadde med de regionale helseforetakene i januar i år, at anskaffelser er ikke alene tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet.

Foretaksmøtene i januar la til grunn at de regionale helseforetakene skulle bidra til å etablere en felles kompetanseenhet i tilknytning til Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). En slik enhet skal blant annet utarbeide opplegg for og forvalte standardisert opplæring, utarbeide rutiner, standarder og hjelpemiddel for gjennomføring av anskaffelsesprosesser. Videre skal enheten tilby rådgivning i arbeidet med anskaffelsesstrategi for den enkelte virksomhet, og yte uavhengig kvalifisert juridisk og innkjøpsfaglig rådgivning og kvalitetssikring rettet mot alle trinn i anskaffelsesprosess og kontraktsoppfølging. Med en slik enhet er det lagt til rette for at kvaliteten på de avtaler som de regionale helseforetakene inngår for fremtiden, også innenfor TSB, blir styrket.

Det er enkelte svakheter i institusjonenes internkontrollsystem

Foretaksmøtet avholdt i januar i år, viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at de regionale helseforetakene skal ha god intern kontroll, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og

avdekke avvik. I nevnte foretaksmøte ble det fra departementets side bedt om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.

I foretaksmøtene som nevnt ovenfor ble det også konstatert at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter. Dette for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.

Mangler i bruk og innhold knyttet til individuell plan

I Riksrevisjonens undersøkelse vises det til at mange rusmiddelavhengige ikke har fått utarbeidet individuell plan på tross av at de ønsker en slik plan. Videre omtales det at mange planer har en rekke mangler knyttet til krav som er stilt til innholdet i individuelle planer. Blant annet for å imøtekomme dette behovet, er de regionale helseforetakene gjennom årets oppdragsdokument bedt om å øke antall pasienter som har fått tildelt individuell plan. Dette vil også omfatte de privat med avtale med de regionale helseforetakene.

Samarbeid med andre tjenesteytere oppleves som vanskelig

Mange kommuner har i dag samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene for på en bedre måte å følge opp rusmiddelavhengige under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Slike avtaler vil også omfatte de private institusjonene. Eksempelvis er det etablert et eget utvalg for samhandling mellom helseforetaket for TSB i Midt-Norge og samarbeidskommuner. I dette utvalget blir de private trukket inn.

Departementet erkjenner at samhandlingen mellom TSB i spesialisthelsetjenesten og kommunene rundt den enkelte pasient kan bli bedre. Dette er også et forhold som i særlig grad er berørt i forslaget om samhandlingsreformen.

Avslutningsvis informeres det om at alle avtalene de regionale helseforetakene har med private tjenesteytere innen TSB, går ut i 2010 og 2011. I løpet av inneværende og neste år vil derfor de regionale helseforetakene foreta anskaffelser innen TSB for mer enn 1 mrd. kroner. I de avtalene som skal inngås, vil alle de forhold som Riksrevisjonen har omtalt i sitt brev av 4. februar

2010, bli inkludert i de avtalene som skal inngås. Dette vil kunne styrke samarbeidet, samhandlingen og integreringen av de private tjenesteyterne innen TSB med de offentlige tjenestene på dette feltet.

Departementet vil på egnet måte ta opp Riksrevisjonens undersøkelse i styringsdialogen med de regionale helseforetakene."

6 Riksrevisjonens uttalelse

TSB ble en del av spesialisthelsetjenesten ved gjennomføringen av rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004. Stortingets overordnede mål med reformen var at rusmiddelavhengige med sammensatte problemer skal få gode tjenester og at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Det foreligger ikke nasjonale retningslinjer eller annen veiledning som gir de regionale helseforetakene informasjon om hvordan tjenestene innen TSB bør bygges opp. Riksrevisjonen mener at arbeidet med utviklingen av retningslinjer har tatt lang tid, men har merket seg at veiledere og retningslinjer for noen grupper av rusmiddelavhengige vil foreligge i løpet av 2010. For det øvrige tjenestetilbudet innen TSB har ikke arbeidet startet og Riksrevisjonen har merket seg at retningslinjer og veiledere for alle delene av TSB først vil foreligge i 2015. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at departementet prioriterer arbeidet slik at nødvendige faglige retningslinjer og veiledere for TSB er på plass snarest mulig.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene ikke har noen systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet ved private institusjoner innen TSB. Undersøkelsen viser også at intern-

kontrollsystemet ved flere institusjoner har mangler, og at en del institusjoner ikke kontrollerer etterlevelsen av egne system. Riksrevisjonen har merket seg at det skal etableres større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter for å sikre korrigerende tiltak og læring på bakgrunn av gjennomførte tilsyn. Riksrevisjonen er enig med departementet i at gjennomføring av anskaffelse etter gjeldende regelverk, ikke er tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp av tjenester blir faglig gode og har høy kvalitet. Riksrevisjonen mener det er viktig at de regionale helseforetakene innfører ordninger som på systematisk vis sikrer at deres kjøp av tjenester fra private institusjoner innen TSB er av tilstrekkelig kvalitet.

Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre og et mer samordnet tilbud til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Undersøkelsen påviser at en stor andel av pasientene som har vært innskrevet til behandling ved institusjon, ikke har fått utarbeidet individuell plan. Undersøkelsen viser videre at individuelle planer som er utarbeidet av institusjonene har en rekke mangler sammenlignet med de krav som er stilt til innhold i slike planer. Riksrevisjonen har merket seg at de regionale helseforetakene gjennom årets oppdragsdokument fra departementet er bedt om å øke antall pasienter som har fått tildelt individuell plan. Etter Riksrevisjonens vurdering er det i tillegg viktig at det settes i verk tiltak for å heve kvaliteten på innholdet i individuelle planer, og at det etableres evaluerings- og rapporteringsordninger som er egnet til å følge kvalitetsutviklingen.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 16. mars 2010

Jørgen Kosmo

Arve Lønnum

Annelise Høegh

Per Jordal

Synnøve Brenden

Bjørge Selås

Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse om oppfølging av og
kvalitet i private institusjoner innen
tverrfaglig spesialisert behandling
for rusmiddelavhengige

Vedlegg til Dokument 3:7 (2009–2010)

Innhold

1	Innledning	21	4.4.4	Oppfølging av krav om internkontroll	37
1.1	Bakgrunn	21	4.4.5	Generelt om de regionale helseforetakenes oppfølging	37
1.2	Formål og problemstillinger	22	4.4.6	De regionale helseforetakenes og institusjonenes syn på innholdet i og oppfølgingen av rapporteringen	39
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	24	4.4.7	Koordinering av tjenestetilbudet	40
3	Revisjonskriterier	26	5	I hvilken grad ivaretar de private institusjonene innen TSB kravene til kvalitet for internkontroll og individuell plan?	42
3.1	Departementets og de regionale helseforetakenes ansvar og krav for å ivareta kvalitet og resultater ved private institusjoner innen TSB	26	5.1	I hvilken grad har institusjonene internkontrollsystem?	42
3.1.1	Departementet	26	5.1.1	Gjennomgang av institusjonenes internkontrollsystem	42
3.1.2	De regionale helseforetakene	26	5.2	I hvilken grad initierer, utarbeider og følger institusjonene opp utarbeidelse av individuell plan?	45
3.2	Krav til individuell plan	27	5.2.1	Utarbeidelse av individuelle planer	45
3.3	Krav til internkontroll	28	5.2.2	Gjennomgang av institusjonenes rutiner knyttet til individuell plan	45
4	I hvilken grad har de regionale helseforetakene etablert systemer som sørger for at de private institusjonene innen TSB ivaretar kravene til kvalitet og resultater?	30	5.2.3	Individuelle planer og innholdsmessige krav	46
4.1	Omfanget av avtaler mellom private institusjoner og de regionale helseforetakene	30	5.2.4	Etablering av rutiner for samarbeid, blant annet omkring utarbeidelse av individuell plan	47
4.2	Hvordan planlegger de regionale helseforetakene tjenestetilbudet innen TSB?	30	6	I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for de regionale helseforetakenes ivaretagelse av kvalitet og resultat i tjenestene innen TSB?	50
4.2.1	De regionale helseforetakenes kartlegging av behov for tjenester innen TSB	30	6.1	Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere innen TSB	50
4.2.2	Arbeidet med regionale rusplaner	31	6.2	Departementets arbeid med å utvikle styringsindikatorer	50
4.3	Hvilke kvalitets- og resultatkrav er stilt til de private institusjonene?	32	6.3	Departementets styring av de regionale helseforetakene innen TSB	52
4.3.1	Krav til omfanget av ytelser	32	6.3.1	Styringskrav for TSB i oppdragsdokumentet	52
4.3.2	Krav til kvalitet i tjenesten	33	6.3.2	Årlig melding fra de regionale helseforetakene	52
4.3.3	Krav til rapportering	33	6.3.3	De regionale helseforetakenes syn på departementets styring	53
4.3.4	Årlige føringer fra de regionale helseforetakene	34	6.4	Departementets styring av fagdirektoratet med hensyn til TSB	53
4.4	Institusjonenes rapportering og de regionale helseforetakenes oppfølging av krav som er stilt til institusjonene	35			
4.4.1	Resultat og oppfølging av beleggprosent	35			
4.4.2	Rapportering og oppfølging på bruk av individuell plan	36			
4.4.3	Rapportering og oppfølging av drop-out	37			

6.4.1	Helse- og omsorgsdepartementets årlige tildelingsbrev til Helsedirektoratet	53
6.4.2	Helsedirektoratets årsmelding	54
7	Vurderinger	55
7.1	Det foreligger få retningslinjer og rammer for tjenestetilbudet innen TSB	55
7.2	Styringsinformasjonen er begrenset	55
7.3	Svak integrering av de private institusjonene i utviklingen av tjenestene	56
7.4	For liten standardisering av krav, rapportering og oppfølging	56
7.5	Det er enkelte svakheter i institusjonenes internkontrollsystem	57
7.6	Mangler i bruk og innhold knyttet til individuell plan ved private institusjoner	57
7.7	Samarbeidet med andre tjenesteytere er ikke godt nok	58
8	Referanseliste	59
9	Vedlegg	62

Tabelloversikt

Tabell 1	Institusjoner, døgnplasser og utgifter – 2008	30
Tabell 2	Kvalitetsrelaterte krav i avtalene	33
Tabell 3	Beleggsprosent i 2008 ved enkeltinstitusjoner i regionene og i regionene under ett	35
Tabell 4	Institusjonenes egenvurdering av internkontrollsystemet ved egen institusjon i spørreskjemaet.	42
Tabell 5	Årsak til at det ikke foreligger individuell plan	45
Tabell 6	Institusjonenes svar på spørsmål i spørreskjema om individuell plan	46
Tabell 7	Innhold i individuell plan	47
Tabell 8	Institusjoner som har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen	47
Tabell 9	Institusjoner som har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester ved avslutning av behandlingen	48

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Stortingets overordnede mål med rusreformen var og er at rusmiddelmissbrukere med sammenlagte problemer skal få bedre tjenester, og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Målet er at behandlingen av rusmiddelmissbrukere skal utvikles til en tverrfaglig spesialisert tjeneste der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver vektlegges.¹

I St.prp. nr. 1 (2008–2009) slås det fast at alkohol er den tredje største risikofaktoren for helseskade i vår del av verden, etter tobakk og høyt blodtrykk. I 2007 ble det rapportert 345 dødsfall som skyldtes alkohol, og når det gjelder narkotikadødsfall, var det 179 personer som døde av overdose samme år.² Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) anslår at det er mellom 70 000 og 123 000 personer med et problematisk alkoholforbruk og mellom 8200 og 12 500 injiserende misbrukere som vil kunne ha behov for behandling og etterfølgende rehabilitering.³

Ansvar for institusjoner med tilbud om spesialisert helsefaglig behandling og/eller spesialiserte sosialfaglige tjenester innen rusområdet, ble overført til de regionale helseforetakene (RHF) i 2004, i etterkant av at Rusreform I og II ble vedtatt i 2003.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets strategi-notat fra 2004, "Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere", var det grunn til å se kritisk på eksisterende behandlingstilbud og vurdere om det "sørge for"-ansvaret som er pålagt spesialisthelsetjenesten gjennom spesialisthelsetjenesteloven, oppfylles. Det ble gitt uttrykk for at kvaliteten og innholdet i behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere ikke var godt nok. Videre ble det i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 påpekt at det var et problem at det offentlige kjøp av

plasser ikke sikret tilstrekkelig kvalitet i behandlingen.⁴

Departementet ser det som en viktig utfordring å sikre mangfold innen institusjonstilbudet samtidig som det må stilles konkrete krav til kvalitet innen behandlingstiltakene. Sammen med de offentlige behandlingstilbudene representerer private behandlingstilbud i regi av stiftelser og ideelle organisasjoner en viktig del av dette mangfoldet. Det må stilles de samme kravene til kvalitet og resultater til det private som til det offentlige behandlingstilbudet.⁵

Høsten 2007 la Helse- og omsorgsdepartementet fram en opptrappingsplan for rusfeltet, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Opptrappingsplanen skal blant annet føre til at rusmiddelmissbrukere tilbys den hjelpen, behandlingen og rehabiliteringen de har rett til og behov for. Opptrappingsperioden gjelder fra 2006 til 2010.⁶

De regionale helseforetakene overtar ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

De regionale helseforetakene fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) med rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004 (Ot.prp. nr. 3 (2002–2003), Innst. O. nr. 4 (2003–2004), Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) og Innst. O. nr. 51 (2002–2003)).

Rusreformen innebar at de regionale helseforetakene overtok 32 fylkeskommunalt eide behandlingstilbud. I tillegg trådte de regionale helseforetakene inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstilbud. De private behandlingstilbudene hadde enten driftsavtaler eller delavtaler med fylkeskommunene.

De regionale helseforetakene hadde i 2008 avtale med eller kjøpte plasser av 35 private

1) Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere).

2) Publikasjonen *Rusmidler i Norge 2009*.

3) St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet.

4) *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005*, Sosialdepartementet, 2002, s. 17.

5) *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere – Perspektiver og strategier*, Helsedepartementet, 2004

6) St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.

institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere.⁷

Om TSB

TSB omfatter akutt- og avrusningsbehandling, utredning, spesialisert poliklinisk og døgnbasert behandling, samt tvangsbehandling og lege-middelassistert rehabilitering (LAR). Tjenestene ytes både ved private og offentlige institusjoner.

Private institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak, fungerer som en integrert del av spesialisthelsetjenestene og inngår i den planlagte delen av tilbudet. I tillegg kjøpes det såkalte ad hoc-plasser. Dette kan enten dreie seg om kjøp av tilleggs-plasser ved institusjoner som de regionale helseforetakene allerede har avtale med, eller kjøp av plasser ved private institusjoner som det ikke er inngått avtale med. Dette er private institusjoner som i hovedsak drives utenfor rammene av spesialisthelsetjenesten.⁸ I 2008 ble det kjøpt ad hoc-plasser for totalt 205 mill. kroner.⁹

De regionale helseforetakene ga i 2008 tilskudd til kjøp av tjenester for ca. 927 mill. kroner til private institusjoner innen TSB. Samlet ble det kjøpt 931 døgnplasser ved private institusjoner med avtale. I helseregion vest utgjør de private døgnplassene drøye 80 prosent av det totale antallet døgnplasser, mens de private institusjonene i de øvrige helseregionene utgjør omkring halvparten av tilbudet.¹⁰

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2006 viste mangler både ved offentlige og private institusjoner innen TSB. Tilsynet fant blant annet mangelfull oppfølging av bruk av individuell plan fra virksomhetens side og manglende rutiner/retningslinjer for føring av journal, informasjonsutveksling og samarbeid. Tilsynet fant også mangler ved styringssystemet og internkontrollen. Funnene fra Helsetilsynets tilsyn viser at det er risiko knyttet til institusjoner innen TSB. Det er risiko for mangelfull rettssikkerhet, kvalitet og måloppnåelse på området. Det er også

risiko for at feil og mangler i virksomheten ikke blir avdekket og korrigert.¹¹

I tillegg har Riksrevisjonen i sin gjennomgang av de regionale helseforetakenes rapportering påvist avvik når det gjelder måloppnåelse innen TSB på rusområdet, jf. Dokument nr. 1 for 2005, 2006 og 2007 samt Dokument nr. 3:2 for 2008. Riksrevisjonens kontroll i 2005 og 2006 viste blant annet at de regionale helseforetakene ikke har oversikt over antall pasienter som fikk utarbeidet individuell plan. Videre viste Riksrevisjonens kontroll i 2006, 2007 og 2008 at det er svakheter knyttet til de regionale helseforetakenes arbeid med å sikre sammenhengende tiltakskjeder for rusmiddelmissbrukere.

1.2 Formål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har etablert et hensiktsmessig system for oppfølging av tilbudet ved private institusjoner innen rusområdet som har avtale med de regionale helseforetakene. Det skal også vurderes om det avtalefestede private institusjonstilbudet innen rusområdet ivaretar krav til kvalitet (knyttet til internkontroll og individuell plan) i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Problemstillinger:

- 1 I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for de regionale helseforetakenes ivaretagelse av kvalitet og resultat i tjenestene innen TSB?
- 2 I hvilken grad har de regionale helseforetakene etablert systemer som sørger for at de private institusjonene innen TSB ivaretar kravene til kvalitet og resultater?
- 3 I hvilken grad ivaretar de private institusjonene innen TSB kravene til kvalitet knyttet til internkontroll og individuell plan?

Retten til individuell plan og krav til internkontroll ses her som indikatorer på kvalitet ved institusjonene. Internkontroll er et virkemiddel for å sikre kvalitet i de helsetjenestene som tilbys rusmiddelmissbrukere. Individuell plan er et virkemiddel som vil kunne gi et bedre og mer

7) Dette antallet baserer seg på informasjon fra de regionale helseforetakene for 2008.

8) En del institusjoner inngår også i spesialisthelsetjenesten gjennom avtale med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Dette er likevel ikke en del av det ordinære behandlingstilbudet, men en del av tilbudet som bare benyttes når regionene selv ikke klarer å gi pasientene det behandlingstilbudet de har krav på.

9) Beløpet er basert på informasjon fra de regionale helseforetakene for 2008.

10) Alle opplysningene er basert på informasjon fra de regionale helseforetakene for 2008.

11) Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, rapport fra Helsetilsynet 03/2007.

samordnet tilbud til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester.¹² I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten anses samhandling for å være en grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenesten. Tilstrekkelig kvalitet vil kunne bidra til bedre behandlingsresultater, reduksjon i antall overdosedødsfall, reduksjon i helse- og sosialproblemer og bedret livskvalitet for den enkelte.

12) *Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan*, Veileder IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst gjennom intervju, spørreskjemaundersøkelse, saksmappegjennomgang og dokumentanalyse.

Intervju

I løpet av våren 2009 ble det gjennomført intervjuer med representanter for de regionale helseforetakene.¹³ Intervjuene ble gjennomført for å få informasjon om de regionale helseforetakenes arbeid med å følge opp private institusjoner med avtale. I tillegg ble det i februar 2009 gjennomført et møte med Klinikk rus og avhengighet (KRA), som ligger under Helse Sør-Øst RHF, for å få informasjon om deres arbeid med å koordinere det private behandlingstilbudet med TSB innen helseregionen.

Det er gjennomført intervju med Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2009 for å få informasjon om departementets og de regionale helseforetakenes arbeid knyttet til krav, rapportering, innhenting av styringsinformasjon og oppfølging av resultater og kvalitet.

Det ble utarbeidet referater fra intervjuene med Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og KRA. Referatene har blitt verifisert av de som ble intervjuet.

Spørreskjemaundersøkelse

Høsten 2008 ble det sendt ut et spørreskjema til alle private institusjoner som da hadde avtale med et regionalt helseforetak, 39 i alt. Alle institusjonene svarte på spørreskjemaet. I spørreskjemaet ble det stilt spørsmål om rutiner for og gjennomføring av internkontroll, rutiner for og bruk av individuell plan, og det ble stilt spørsmål knyttet til institusjonenes opplevelse av hvordan avtaleforholdet ble fulgt opp med tanke på krav, rapportering, møtepunkter osv.

De regionale helseforetakene hadde avtale med 35 institusjoner i 2008. Enkelte av institusjonene som de regionale helseforetakene har avtale med,

er lokalisert på flere forskjellige steder. I spørreskjemaundersøkelsen er hver lokasjon behandlet som en egen institusjon. Det totale antallet institusjoner som svarte på spørreskjemaundersøkelsen, er derfor 39.

Dybdeundersøkelse

Åtte institusjoner ble valgt ut for dybdeundersøkelse. Det ble gjennomført intervju og saksmappe- og dokumentgjennomgang. Dybdeundersøkelsen ble gjennomført høsten 2008. Hensikten var å få nærmere innsyn i institusjonenes internkontroll, bruk av individuell plan og institusjonenes opplevelse av de regionale helseforetakenes oppfølging.

Antall institusjoner fra hver region ble valgt ut etter regionenes omfang av private institusjoner med avtale. Innen hver region ble det deretter tilfeldig valgt hvilke institusjoner som skulle besøkes.

Følgende institusjoner inngår i datautvalget:

Helseregion sør-øst	<ul style="list-style-type: none">• Phoenix House Haga• Origosenteret• Riisby behandlingssenter• Samtun AS
Helseregion vest	<ul style="list-style-type: none">• Kalfaret behandlingssenter• Rogaland A-senter
Helseregion Midt-Norge	<ul style="list-style-type: none">• Lade behandlingssenter
Helseregion nord	<ul style="list-style-type: none">• Sigma Nord as

I dybdeundersøkelsen ble det gjennomført intervju med ledelsen og ansatte ved institusjonene. Temaet for intervjuene var det regionale helseforetakets oppfølging av institusjonenes tilbud, internkontroll knyttet til kvalitet ved institusjonen, og spørsmål om rutiner for og bruk av individuell plan.

I forkant av hvert besøk ble det innhentet dokumenter på institusjonens internkontrollsystem og prosedyrer for individuell plan. I tillegg ble dokumentasjon på internkontrollsystemet gjennomgått under besøkene. Dette ble dels gjennomført for å kontrollere at det som ble opplyst i intervju om internkontrollsystemet, stemte overens med

13) I helseregion Midt-Norge er det Rusbehandling Midt-Norge HF som står for oppfølging av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk, og intervjuet ble etter anvisning fra Helse Midt-Norge RHF gjennomført med Rusbehandling Midt-Norge HF. Alle opplysninger gitt av Rusbehandling Midt-Norge HF representerer Helse Midt-Norge RHF, og Helse Midt-Norge RHF benyttes derfor gjennomgående i rapporten.

dokumentasjonen, og for å se om institusjonenes internkontrollsystem fylte minimumskravene til innhold. Dokumentasjonen ble gjennomgått med særlig henblikk på målsettingen for virksomheten, organisasjonskart som viste ansvar og myndighet, prosedyrer for etterlevelse av lover og forskrifter, prosedyrer for vedlikehold av systemet og prosedyrer for registrering og håndtering av avvik.

Det ble videre gjennomført saksmappegjennomgang av ca. ti mapper ved hver institusjon. Institusjonene ble bedt om å framlegge mappene til de ti pasientene som hadde vært lengst i institusjonen, og som fremdeles var innskrevet ved institusjonen. På denne måten ble det unngått at sakene manglet individuell plan fordi pasienten nylig var innlagt ved institusjonen. Til sammen ble 77 saksmapper gjennomgått. Hensikten var å se om institusjonenes ansvar for å utarbeide individuell plan ble ivaretatt, og hvordan de individuelle planene fylte kravene til innhold.

Dokumentanalyse

For å undersøke hvilken styring departementet har med tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene for 2008 og de regionale helseforetakenes rapportering til departementet for samme år, gjennomgått. Våren 2009 ba departementet alle de regionale helseforetakene om å supplere rapporteringen de hadde gjort i årlig melding, med ytterligere informasjon. Også denne informasjonen er gjennomgått. I tillegg er protokollene fra foretaksmøtene som behandlet årlig melding, gjennomgått for hvert av de regionale helseforetakene. Utover styringsdialogen med de regionale helseforetakene har også departementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet og direktoratets årsrapport for 2008 blitt gjennomgått. Også Helsedirektoratets årlige statusrapport for opptrappingsplanen for rusfeltet for 2008 er gjennomgått.

For å undersøke hvilken styring de regionale helseforetakene har med de private institusjonene innen TSB, er alle avtaler som forelå i 2008 om leveranse av tjenester innen TSB, innhentet og gjennomgått. Gjennomgangen av avtalene i kapittel 4 tar utgangspunkt i kravene som framkommer i avtalene (aktivitets-, rapporterings- og kvalitetskrav). Gjennomgangen av kvalitetskrav tar ikke for seg alle kravene som framkommer, men tar utgangspunkt i sentrale lovkrav

og i sentrale kvalitetskrav som inngår i avtale-tekstene til minimum to regionale helseforetak.

Fra de regionale helseforetakene er det gjennom brev innhentet opplysninger om ulike sider ved de private institusjonenes tjenestetilbud. I den grad opplysningene har vært tilgjengelige, har de regionale helseforetakene på institusjonsnivå oppgitt opplysninger om

- krav til beleggsprosent og rapportert beleggsprosent
- krav til poliklinisk aktivitet og rapportert poliklinisk aktivitet
- opplysninger om ev. avkortning som konsekvens av manglende ytelse
- omfang og kostnad knyttet til kjøp av ad hoc-plasser
- antall avtaleplasser
- antall institusjoner
- totale utgifter knyttet til kjøp av private tjenester innen TSB
- opplysninger om antall og andel drop-out (ikke planlagt avslutning)
- antall og andel pasienter med individuell plan

Fra Norsk pasientregister (NPR) er det innhentet opplysninger om ventetider og ny NPR-melding innen TSB. I tillegg er opplysninger om kvalitetsindikatorer og Helsedirektoratets arbeid med disse innhentet fra nettsiden til Fritt sykehusvalg og fra direktoratets egen nettside. SINTEF Helsesektorrapporter for rusbehandling for 2007 og 2008 er også benyttet som grunnlag for rapporten.

3 Revisjonskriterier

3.1 Departementets og de regionale helseforetakenes ansvar og krav for å ivareta kvalitet og resultater ved private institusjoner innen TSB

3.1.1 Departementet

Med rusreformen, som trådte i kraft 1. januar 2004, ble TSB en del av spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. Noe av bakgrunnen for Rusreform I og II var et ønske om å oppnå et bedre helsetilbud til rusmiddelmissbrukere.¹⁴ Tilbudet ved institusjoner for rusmiddelmissbrukere skulle videreutvikles for å kunne gi et tverrfaglig behandlingstilbud av høy kvalitet.¹⁵

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, blant annet også TSB på rusområdet. Statens eierstyring av helseforetakene er regulert i helseforetaksloven § 16 første ledd. Spesialisthelsetjenesten blir hovedsakelig finansiert ved tilskudd fra staten. Departementet kan sette vilkår for bevilgningen gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, jf. helseforetaksloven § 16 annet ledd. De regionale helseforetakene skal utarbeide en årlig melding om foretakets virksomhet til departementet, jf. helseforetaksloven § 34.

Økonomireglementet § 10 fastsetter krav til hvordan eierrollen skal ivaretas. Blant annet skal styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer tilpasses statens eierandel, selskapets egenart, risiko og vesentlighet. Det skal også legges særlig vekt på at fastsatte mål for virksomheten oppnås.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) gis det uttrykk for at det er behov for å styrke kvaliteten på tjenestene og øke kompetansen blant ansatte på rusfeltet. Tilbudet til personer med rusmiddelproblemer skal være kunnskapsbasert og av god kvalitet.¹⁶

De nasjonale kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2003. Ifølge departementet skal data og resultater være et grunnlag for kvalitetsarbeid, gi ledelses- og styringsinformasjon for ledere og beslutningstakere på ulike nivåer og bedre faktagrunnlaget for den offentlige debatten og sykehusenes situasjon og utvikling.¹⁷ Departementet uttrykker at utvikling av kode- og klassifiseringssystemer er vesentlig for å få gode styringssystemer.¹⁸ Fra og med 1. januar 2009 var institusjoner innen TSB forutsatt å rapportere på en ny NPR-melding som omfatter aktivitetsdata.

På bakgrunn av rusreformene skal departementet blant annet bidra til at tjenestene som de regionale helseforetakene tilbyr selv eller gjennom avtale med andre, er av best mulig kvalitet og til brukernes tilfredshet.¹⁹ Det forventes at departementet har utarbeidet et system for å kunne vurdere spesialisthelsetjenestens resultater og kvalitet på rusområdet.

3.1.2 De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene skal ifølge § 2-1a i spesialisthelsetjenesteloven sørge for at personer innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, blant annet TSB for rusmiddelmissbruk. For å oppfylle sitt "sørge for"-ansvar innen TSB inngår de regionale helseforetakene avtaler om tjenester med private leverandører. I sammenheng med dette stilles det blant annet krav til de regionale helseforetakene om å forholde seg ryddig og forutsigbart overfor de private institusjonene.²⁰ Det forventes at det stilles krav til kvalitet i avtalene med private institusjoner, og at de regionale helseforetakene kontrollerer at kvalitetskravene innfris.²¹

I henhold til helseforetaksloven § 28 hører forvaltningen av foretaket til under styret, som blant annet skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det framgår av merknadene til § 28 at styret må sørge for at

14) Ot.prp. nr. 3 (2002–2003), Ot.prp. nr. 54 (2002–2003).

15) St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet.

16) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere*, Rapport IS-0050, Sosial og helsedirektoratet 2004, ...*Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, Veileder IS-1162, Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

17) St.prp. nr. 1 (2005–2006) for Helse- og omsorgsdepartementet.

18) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6, *Nasjonal helseplan 2007–2010*.

19) *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere –Perspektiver og strategier*, Helsedepartementet, 2004.

20) *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere –Perspektiver og strategier*, Helsedepartementet, 2004.

21) *Strategi for kjøp av helsetjenester fra private leverandører*, Helse Sør-Øst 2008–2011.

det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.²² På bakgrunn av dette forventes det at de regionale helseforetakene stiller krav om rapportering fra de private institusjonene innen TSB, og at de regionale helseforetakene følger opp mottatt rapportering.

I opptrappingsplanen for rusfeltet gis det uttrykk for at de regionale helseforetakene skal prioritere fagområder som rusbehandling og psykisk helse.

De regionale helseforetakene skal arbeide for å identifisere strategier og tiltak for tilgjengelighet, kompetanse og faglig kvalitet innenfor tjenestemålingene psykisk helsevern og TSB.²³

3.2 Krav til individuell plan

Ifølge pasientrettighetsloven § 2-5 har pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Rett til individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre og mer samordnet tilbud til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester.²⁴ Individuell plan skal bare utarbeides når pasienten samtykker til det, jf. forskrift om individuell plan § 5.

Sammen med den individuelle planen skal det foreligge en samtykkeerklæring fra pasienten om at han eller hun ønsker en individuell plan, og samtykke til at taushetsbelagte opplysninger kan utveksles mellom tjenesteytere.²⁵ Vurdering av hvem som faller inn under kriteriet "behov for langvarige og koordinerte tjenester", vil til en viss grad bero på skjønn, jf. Veileder til forskrift om individuell plan. Det forutsettes at pasienter som skrives inn ved institusjoner innen TSB, vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte

tjenester, og at de derfor har rett til individuell plan.

I forskrift om individuell plan § 6 er tre instanser pålagt å utarbeide individuell plan etter sosial- og helselovgivningen.²⁶ Dette er sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene.²⁷ Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som tjenestemottaker henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan settes i gang uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.²⁸

De regionale helseforetakene skal sørge for at alle som har rett på individuell plan og ønsker det, får tilbud om det. Det forventes at private institusjoner gjennom avtale med de regionale helseforetakene er tillagt et ansvar for å bidra til eller iverksette arbeid med individuell plan når klienten har rett på dette. Ansatte ved private institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene har plikt til å informere pasienten om retten til individuell plan.²⁹

I forskrift om individuell plan er det stilt krav til hvilke hovedpunkter en individuell plan skal inneholde. Den skal blant annet inneholde

- oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle
- omfanget av dem
- hvem som skal ha ansvaret for disse
- en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater

Det forventes at informasjon om hvem som er ansvarlig for samordning og framdrift knyttet til individuell plan, er oppgitt i planen. For at behandlingen skal bli individuelt tilrettelagt, er det avgjørende at tjenestemottakeren er med på å utvikle individuell plan. Dette er presisert i forskriftens § 4. Det forventes at det er dokumentert i den individuelle planen at tjenestemottakeren har deltatt i utarbeidelse av planen. Dersom en individuell plan ikke oppfyller kravene til innhold

22) Lov av 15. juni 2001 nr. 93 (helseforetaksloven).

23) St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.

24) *Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan*, Veileder IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

25) *Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan*, Veileder IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

26) Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 12. desember 2004 (Forskrift om individuell plan).

27) Innenfor psykisk helsevern ligger dette ansvaret hos institusjonene i helseforetakene.

28) Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 12. desember 2004 (Forskrift om individuell plan) § 6.

29) Helsepersonelloven § 10, pasientrettighetsloven § 3-2, forskrift om individuell plan § 5 og § 6.

som følger av forskriften, vil det være grunnlag for klage.³⁰

Et viktig aspekt ved innholdet i individuell plan er at planen kan belyse i hvor stor grad tjenesteyterne har forberedt overføring av pasient fra institusjon til kommunen eller andre deler av spesialisthelsetjenesten. I tilfeller der tjenestemottakeren har behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal det samarbeides med disse. Arbeidet med individuell plan må koordineres, og det skal bare utarbeides én individuell plan per tjenestemottaker.³¹

Ifølge forskrift om pasientjournal § 8 skal pasientjournalen blant annet inneholde opplysninger om individuell plan dersom det er relevant og nødvendig.

3.3 Krav til internkontroll

For å sikre kontinuerlig kvalitet i helsetjenestene som tilbys rusmiddelmissbrukere, er det nødvendig med systematiske kontrolltiltak i institusjonene. Helsetjenesten har siden lov om statlig tilsyn med helsetjenesten trådte i kraft i 1994, vært pålagt å etablere et system for internkontroll. Ifølge loven skal enhver som yter helse-tjeneste, etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Målet med Sosial- og helsedirektoratets Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten var at alle som yter helsetjenester, skulle ha etablert kvalitetssystem for virksomheten innen år 2000.³²

Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselov-givningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.³³ Internkontroll er virksomhetens eget verktøy for å sikre intern styring og kontroll. Internkontroll handler om å planlegge den daglige driften slik at virksomheten tar de riktige avgjørelsene. Hensikten med internkontroll er å forbedre kvaliteten på tjenestene. Det er derfor

viktig at virksomheten gjennomfører regelmessige evalueringer av driften for å avdekke eventuelle feil og mangler for å kunne sette i gang korrigerende/forbedrende tiltak.

Internkontrollforskriften bygger på Coso-modellen, som beskriver de grunnleggende elementene i internstyring. Modellen består av fem komponenter som er sentrale for å sikre virksomhetens måloppnåelse. De fem komponentene er

- kontrollmiljøet
- risikovurdering
- kontrollaktiviteter
- informasjon og kommunikasjon
- oppfølging

Private institusjoner innen helseområdet har etter lov om statlige tilsyn plikt til å ha internkontroll.³⁴ Virksomhetens internkontroll skal ifølge forskriftens § 5 "dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig".

Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten beskriver hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta. Ifølge § 4 i forskriften skal den eller de som er ansvarlige for virksomheten, blant annet beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, inkludert mål for forbedringsarbeidet og hvordan virksomheten er organisert. Den eller de som er ansvarlige for virksomheten, skal også skaffe oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, jf. § 4f.

Punkt e i forskriftens § 4 vektlegger bruk av brukererfaringer i virksomhetens forbedringsarbeid. Økt brukerinnflytelse er også et av målene i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. For at virksomhetene skal kunne tilby rusmiddelmissbrukere individuelt tilpassede tjenester, er det viktig at brukerne får innflytelse over egen behandling. Det understrekes videre i opptrappingsplanen at brukererfaringer skal brukes mer systematisk i kvalitetsarbeidet. For å kvalitetssikre og utvikle tjenestene skal alle kommuner og helseforetak ha opplegg for systematisk tilbakeføring av brukererfaringer.³⁵

30) *Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan*, Veileder IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

31) Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 12. desember 2004 (Forskrift om individuell plan) § 6.

32) *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helse-tjenesten*, IS-1183, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

33) *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 (Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)*.

34) Lov av 30. mars 1984 nr. 15: Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten.

35) St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Ifølge Helsetilsynet bør det i virksomhetene blant annet finnes

- rutiner og prosedyrer, for eksempel for individuell plan og brukermedvirkning, som er kjent blant de ansatte
- dokumentasjon på hvordan samhandling med de kommunale tjenestene i løpet av behandlingen og i tilknytning til avslutning av behandlingsforløpet er organisert slik at pasienten sikres en tilrettelagt oppfølging på kommunalt nivå
- dokumentasjon på hvordan brukerne ønsker å ivaretas i det enkelte behandlingsforløp (brukermedvirkning)
- et system som sikrer at man lærer av erfaringer fra såkalte drop-out (ikke planlagt avslutning) eller uteblivelse og håndtering av uplanlagte hendelser.³⁶

36) Helsetilsynet (2006) *Tverrfaglig spesialiserte tjenester for rusmiddel-misbrukere*, veileder for landsomfattende tilsyn.

4 I hvilken grad har de regionale helseforetakene etablert systemer som sørger for at de private institusjonene innen TSB ivaretar kravene til kvalitet og resultater?

4.1 Omfanget av avtaler mellom private institusjoner og de regionale helseforetakene

Forskjeller mellom helseregionene i størrelse og i tjenestetilbudets oppbygging medvirker til at det er stor variasjon i antall avtaler mellom det enkelte regionale helseforetak og private institusjoner, og det totale behandlingsvolumet disse avtalene utgjør. Tabell 1 viser en oversikt over antall private institusjoner med avtale, antall døgnplasser ved disse institusjonene, prosentandel private døgnplasser og utgifter knyttet til kjøp av tjenestene innen TSB fra private institusjoner. Tabellen gir en oversikt per regional helseforetak og for landet sett under ett.

Tabell 1 viser at det i 2008 var 35 institusjoner som hadde avtale med de regionale helseforetakene innen TSB. Totalt representerer disse 35 institusjonene en kapasitet på 931 døgnplasser, noe som på landsbasis utgjorde 58,3 prosent av den totale døgnplasskapasiteten. I 2008 overførte de regionale helseforetakene samlet sett 927 mill. kroner til private institusjoner innen TSB.

4.2 Hvordan planlegger de regionale helseforetakene tjenestetilbudet innen TSB?

4.2.1 De regionale helseforetakenes kartlegging av behov for tjenester innen TSB

SIRUS arbeider på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med prosjekter for å øke kunnskapen om personer med rusmiddelproblemer og deres behov for helse- og sosialtjenester. I statusrapport for opptrappingsplanen for rusfeltet pekes det på at slik kunnskap er sentral for å kunne planlegge kapasiteten i tjenestetilbudet.³⁷

International Research Institute of Stavanger (IRIS) konkluderer på bakgrunn av deres evaluering av rusreformen i 2006 med at det ikke er utviklet gode rutiner i de regionale helseforetakene for å kartlegge behandlingsbehovet. Ifølge IRIS vurderes i stor grad behovet for behandlingsplasser på grunnlag av løpende etterspørsel etter tjenester, slik dette kommer til uttrykk i form av henvisninger til TSB.³⁸

I intervju opplyser alle de regionale helseforetakene at det er utfordrende å vurdere behovet for tjenester i befolkningen. Tre av de regionale helseforetakene forklarer at vanskelighetene skyldes mangler ved datagrunnlaget.

Helse Sør-Øst RHF er det eneste av de regionale helseforetakene som opplyser at det gjennomføres behovsanalyser innen TSB i regionen.

Tabell 1 Institusjoner, døgnplasser og utgifter – 2008

Regionale helseforetak	Antall private institusjoner med avtale*	Antall døgnplasser i private institusjoner med avtale	Totalt antall døgnplasser, private og offentlige	Prosentandel private døgnplasser av totalt antall døgnplasser	Utgifter til kjøp av avtaleplasser
Helse Sør-Øst	20	588	1032	57	500 mill. kr
Helse Vest	9	178	221	80,5	263 mill. kr
Helse Midt-Norge	3	103	207	49,8	108 mill. kr
Helse Nord	3	62	138	44,9	56 mill. kr
Landet under ett	35	931	1598	58,3	927 mill. kr

Kilde: De regionale helseforetakene

*Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har hver sin avtale med samme institusjon. Denne telles derfor to ganger.

37) Opptrappingsplanen for rusfeltet – Statusrapport for 2008, Rapport IS - 1660, Helsedirektoratet, 2009.

38) Lie og Nesvåg (2006): *Evaluering av rusreformen*, Rapport IRIS 2006/1227.

Helse Nord RHF

I forkant av at det våren 2009 skulle gjennomføres en anbudskonkurranse innen TSB i Helse Nord RHF, ble det identifisert et behov for å anskaffe ulike typer døgnplasser. Helse Nord RHF opplyser at det er vanskelig å vite hvilket antall plasser av de forskjellige typene det er behov for å anskaffe.

Helse Vest RHF

Regionen har kartlagt behandlingstilbudet, men vurderte det som uhensiktsmessig å gjennomføre en omfattende behovskartlegging og framskrivning av behandlingsbehov siden datagrunnlaget er vurdert å ha omfattende mangler.

Rusbehandling Midt-Norge HF

I 2004 kartla SINTEF Helse tjenestebehovet i regionen på oppdrag fra det regionale helseforetaket. I tillegg opplyses det at det inngår elementer av behovsanalyser både i den regionale rusplanen og i prosessen med langtidsbudsjettering. I tillegg peker Rusbehandling Midt-Norge HF på informasjon fra brukerutvalg som en viktig kilde for videreutvikling av tjenestetilbudet.

Helse Sør-Øst RHF

Regionen har gjennomført behovsanalyser for å vurdere eget behandlingstilbud i forhold til behovet i befolkningen. Samtidig opplyser Helse Sør-Øst RHF at det er utfordrende å vurdere befolkningens behov. Eksempelvis oppgis det i en rapport som er utarbeidet av Helse Sør-Øst, at kvaliteten på en del rapporteringer innen TSB er usikker og til dels mangelfull. Indikatorer som brukes for å vurdere befolkningens behov, er blant annet antall henvisninger fra primærhelsetjenesten. Uttalelser fra fagfolk, kommunene og brukerne er også en del av grunnlaget for å dimensjonere tjenestene.

Kilde: Intervju med de regionale helseforetakene / rapport fra Helse Sør-Øst RHF 11. juni 2008 og gjennomgang av status for behandlingstilbudene innen TSB i helseregion sør-øst, 2008

I tråd med IRIS' konklusjon peker Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF³⁹ på at utvikling av datagrunnlaget for sentrale mål, som for eksempel antall henvisninger, ventetidsutvikling og uttalelser fra fagfolk, andre tjenesteytere og brukeren, vil være viktig for å vurdere behovet for tjenester innen TSB.

4.2.2 Arbeidet med regionale rusplaner

Innen rammene av nasjonale plandokumenter utarbeider det enkelte regionale helseforetak regionale rusplaner som legger en strategi og en plan for utviklingen av tilbudet innen TSB. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF opplyser alle de regionale helseforetakene at de har operative regionale rusplaner.

Helse Sør-Øst RHF har etter opprettelsen ikke hatt en regional rusplan. Det forelå en slik plan for gamle Helse Øst RHF, mens Helse Sør RHF hadde utarbeidet en regional rusplan som aldri ble vedtatt og implementert før regionene ble slått sammen.⁴⁰ Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at arbeidet med ny regional strategi for

utvikling av tjenestetilbudet innen TSB er påbegynt. Strategien skal utarbeides av et fagråd som skal opprettes med bred sammensetning, blant annet skal representanter fra de private institusjonene være med i rådet. De øvrige tre regionene opplyser om varierende grad av deltakelse fra de private institusjonene i utarbeidelse av deres regionale planer. Helse Nord RHF opplyser at de private institusjonene ikke har vært involvert i planarbeidet i regionen, men at de har kommet med faglige innspill til dem som har arbeidet med planutformingen. Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF opplyser at de private institusjonene i regionen har vært involvert i arbeidet med regional rusplan. Helse Vest RHF opplyser også at det i tillegg til regionale rusplaner er utarbeidet lokale rusplaner knyttet til det enkelte helseforetaksområde. Også i utarbeidelse av disse planene har de private institusjonene medvirket, men fra enkelte institusjoner har prosessen vært kritisert for å være for lukket.

I forbindelse med institusjonsbesøkene er institusjonene spurt om deres deltakelse i planarbeidet i helseregionene. Blant de åtte besøkte institusjonene er det bare én institusjon, i helseregion Midt-Norge, som opplyser å ha deltatt i arbeidet med regional rusplan. I tillegg opplyser

39) I helseregion Midt-Norge er det Rusbehandling Midt-Norge HF som står for oppfølging av TSB, og intervjuet ble etter anvisning fra Helse Midt-Norge RHF gjennomført med Rusbehandling Midt-Norge HF. Alle opplysninger gitt av Rusbehandling Midt-Norge HF representerer Helse Midt-Norge RHF.

40) Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble vedtatt sammenslått med virkning fra 1. juni 2007.



Foto: Cato Rørstrøm

institusjonene i helseregion vest å ha deltatt i utarbeidelse av lokale rusplaner på HF-nivå. Flere institusjoner peker i intervjuene på at involveringen er manglende. Samtidig peker enkelte institusjoner på at medvirkning i planarbeidet i regionen ville vært vanskelig uten at dette gikk utover institusjonens kapasitet og tjenestetilbud.

IRIS gjennomførte i 2006 en evaluering av rusreformen på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. En av konklusjonene i evalueringen er at avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene i liten grad gir de private institusjonene rom for å bidra i utviklingen av tjenester.⁴¹

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at mange private institusjoner ble invitert til å bidra i arbeidet med samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008–2009). Forløpsgruppen på rusfeltet framholdes av departementet som et eksempel på en arena der de private institusjonene deltok.⁴²

4.3 Hvilke kvalitets- og resultatkrav er stilt til de private institusjonene?

De private institusjonene som inngår i det planlagte tilbudet innen TSB, leverer tjenester på

bakgrunn av en avtale med det regionale helseforetaket. Det er avtalen som legger rammene for institusjonenes leveranse, og som gjør de private institusjonene til del av spesialisthelsetjenesten. Partenes plikter og ansvar og ytelsens art og omfang framgår av avtalene.

Det finnes ingen nasjonal standard for avtaler om leveranse av TSB. Både mellom regionene og innen den enkelte region varierer utformingen av avtalene. De regionale helseforetakene overtok partsansvaret i allerede foreliggende avtaler da tverrfaglig spesialisert behandling ble gjort til et behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten i 2004, og siden dette har man arbeidet med å oppdatere avtaleverket. Arbeidet med å fornye avtalene har ikke kommet like langt i alle regionene, men regionene opplyser at de arbeider med dette fortløpende.⁴³

4.3.1 Krav til omfanget av ytelser

I avtalene framgår det hvor mange behandlingsplasser, og hvilken form for behandlingsplasser, den enkelte institusjon skal tilby. Noen institusjoner leverer også polikliniske tjenester, og i de tilfellene der dette er aktuelt, er det forventede volumet av disse ytelsene tatt inn i avtalene. De private institusjonene leverer til dels svært ulike tjenester innen TSB, og ytelseskravene de stilles overfor, varierer derfor også fra avtale til avtale.

41) Lie og Nesvåg: (2006) *Evaluering av rusreformen*, Rapport IRIS 2006/1227.

42) Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer til hovedanalyse-rapporten, jf. brev av 21. januar 2010 til Riksrevisjonen.

43) Allerede i løpet av våren 2009 er det i flere helseregioner gjort nyanskaffelser innen TSB.

For å sikre et tilfredsstillende aktivitetsnivå ved de private institusjonene, stiller tre av fire regioner krav til beleggprosent. For de fleste institusjonene i regionene stiller Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF krav om 95 prosent belegg,⁴⁴ mens Helse Vest RHF gjennom sine avtaler stiller krav om 90 prosent belegg. Kravet til beleggprosent skal sikre høy utnyttelsesgrad av plassene som det regionale helseforetaket betaler for ved private institusjoner. Helse Nord RHF er den eneste regionen som ikke har krav om beleggprosent i sine avtaler. Dette kommer av at avtalene i Helse Nord RHF er basert på at det regionale helseforetaket betaler for benyttede tjenester ved de private institusjonene.⁴⁵ Helse Nord RHF's avtaler inneholder fastsatte priser per oppholdsdøgn.

Avtalenes krav til polikliniske ytelser er i alle regionene fastsatt i form av et måltall eller i form av et tall for antall konsultasjoner per ansatt ved institusjonen.

4.3.2 Krav til kvalitet i tjenesten

I tillegg til krav som stilles til aktivitetsnivå og kapasitet i de private institusjonene, inneholder avtalene også krav som er knyttet til kvalitet i tjenestetilbudet.

Tabell 2 viser en oversikt over sentrale kvalitetsrelaterte krav som framgår av avtalene med vedlegg.

Tabell 2 viser at det i alle avtalene mellom de regionale helseforetakene og private institusjonene stilles krav om at driften skal være i tråd med gjeldende lovgivning og andre myndighetskrav, at institusjonene skal ha et fungerende internkontrollsystem og at det skal samarbeides med andre tjenesteytere.

I tillegg til kravene som er felles for alle avtalene, viser tabell 2 også at noen krav ikke er felles for alle regionenes avtaler. Dette gjelder kravene om at personalstyrken har den nødvendige og avtalte kompetansesammensetningen, at individuell plan utarbeides for alle pasienter som ønsker dette, at institusjonen skal delta i FoU-arbeid i regionen, at brukermedvirkning skal etableres ved institusjonene og at det skal gjennomføres brukerundersøkelser.

4.3.3 Krav til rapportering

Utover krav til ytelse og kvalitet stilles det i avtalene også krav til at institusjonene har et pasientadministrativt system som gjør det mulig å rapportere på økonomitall, aktivitetsdata, ventetid og årsverksinnsats. Blant de regionale helseforetakene er det bare Helse Nord RHF som har inkludert konkrete rapporteringskrav i avtalene. De øvrige regionale helseforetakene har utarbeidet egne rapporteringsmaler som de private institusjonene skal avgi rapportering i henhold til, jf. tekstboks 2. Helse Sør-Øst RHF opererer med to rapporteringsmaler, én mal for institusjonene som ligger i det som tidligere var region sør, og én for institusjonene i tidligere

Tabell 2 Kvalitetsrelaterte krav i avtalene

	Kvalitetskrav	Helse Sør-Øst RHF		Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
			Sør ⁴⁶			
1	Følge gjeldende lovgivning og myndighetskrav	X	X	X	X	X
2	Internkontrollsystem	X	X	X	X	X
3	Personalstyrke/kompetanse	X		X	X	X
4	Deltakelse i FoU og kompetanseheving		X	X	X	X
5	Bruk av individuell plan	X	X	X	*	X
6	Samarbeid med andre tjenesteytere	X	X	X	X	X
7	Brukermedvirkning	X		X	X	X
8	Brukerundersøkelser		X	X		X

Kilde: Avtalene mellom RHF-ene og institusjonene

* Rusomsorg Midt-Norge HF har ikke krav om bruk av individuell plan i avtalene med de private institusjonene, men ber likevel om rapportering på bruk av individuell plan, jf. tekstboks 2.

44) I helseregion sør-øst er det én institusjon som i første halvdel av 2008 hadde krav om 90 prosent belegg, mens det i helseregion Midt-Norge er én institusjon som har krav om 100 prosent belegg.

45) I løpet av våren 2009 har Helse Nord RHF gjennomført nyanskaffelser innen TSB. Nye avtaler inneholder krav om beleggprosent.

46) I helseregion sør-øst leverer flere institusjoner fortsatt helsetjenester på bakgrunn av avtaler inngått med gamle Helse Sør RHF. Dette er synliggjort i tabellen gjennom å presentere krav stilt til institusjoner i gamle Helse Sør RHF i en egen kolonne.

region øst. Eksempelet på rapporteringsmal er hentet fra region Midt-Norge og er den mest omfattende av rapporteringsmalene.

Tekstboks 2 Eksempel på rapporteringsmal

Rapporteringsmal fra Rusomsorg Midt-Norge HF 2008

1. Beleggsprosent denne mnd.
2. Beleggsprosent hittil i år
3. Liggedøgn (kapasitet) denne mnd.
4. Antall liggedøgn denne mnd.
5. Kapasitet hittil i år
6. Antall liggedøgn hittil i år
7. Antall liggedøgn gjestepas. denne mnd.
8. Antall liggedøgn gjestepas. hittil i år
9. Antall døgn lunke senger denne mnd.
10. Antall innleggelser i rapporteringsmnd.
11. Antall innlagte per siste dato i rapp. mnd.
12. Antall nye innleggelser etter LOST § 6-2 siste mnd.
13. Antall nye innleggelser etter LOST § 6-2a siste mnd.
14. Antall nye innleggelser etter LOST § 6-3 siste mnd.
15. Antall nye § 12-soninger siste mnd.
16. Antall på venteliste for behandling
17. Gjennomsnittlig ventetid (dager)
18. Forventet ventetid
19. Antall planlagte utskrivninger
20. Antall ikke planlagte utskrivninger
21. Antall utskrevne pasienter med epikrisetid innen 7 dager
22. Antall pasienter som er overført til annen avdeling ved institusjonen
23. Antall pasienter som har individuell plan
24. Antall mottatte henvisninger
25. Antall avvik vurdert som alvorlig
26. Antall avvik med ekstern meldeplikt

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF opplyser at de private institusjonene i deres regioner rapporterer på de samme parametrene som de offentlige institusjonene. Helse Sør-Øst RHF opplyser at det benyttes forskjellige rapporteringsmal for private og offentlige institusjoner. Helse Vest RHF opplyser at det er startet opp et prosjekt for å se på datavarehusløsninger for sammenstilling av innrapporterte data både fra private og offentlige institusjoner.

I tillegg til rapportering etter avtalte intervaller og i henhold til rapporteringsmal er de fleste institusjonene også forutsatt å oversende styrebehandlet årsmelding til det regionale helseforetaket.

I tillegg til å rapportere til de regionale helseforetakene er de private institusjonene pålagt å rapportere forventede ventetider til Fritt sykehusvalg,

og ventelistedata og aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). Ventelistestatistikk for TSB har siden 1. januar 2006 vært rapportert til NPR. Fra 1. januar 2009 er institusjonene innen TSB også forutsatt å rapportere aktivitetsdata til NPR.

Foreløpig er det ikke gjort tilgjengelig noen aktivitetsdata fra den nye rapporteringen til NPR, og det er bare et utkast til registreringsveileder med beskrivelse av rapporteringens variabelsammensetning som er tilgjengelig, jf. vedlegg 1.

4.3.4 Årlige føringer fra de regionale helseforetakene

Helse Vest RHF sender årlig et bestillingsbrev til de private institusjonene der føringer for tjenestetilbudet formidles. Den årlige bestillingen inngår da formelt som vedlegg til avtalen. De øvrige regionene formidler ikke årlige oppdrag i form av vedlegg til avtalen, men gjennom møter.

To regioner, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, har avtalefestet at vesentlige endringer i forutsetningene for drift, for eksempel nye krav for tjenestetilbudet fra departementet, gir anledning til å reforhandle avtalene. I intervju opplyser likevel Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF at den årlige bestillingen normalt formidles i henhold til krav fra departementet uten at det er nødvendig å reforhandle avtalene.

Helse Midt-Norge RHF opplyser også at årlige bestillinger formidles gjennom møter, men beskriver en mer omfattende involvering av de private institusjonene enn det de øvrige regionene skisserer. De private institusjonene i helseregion Midt-Norge deltar i budsjettprosessen, og de gis anledning til å spille inn egne behov i lys av bestillingen som foreligger for kommende år.



Foto: Ingram

4.4 Institusjonenes rapportering og de regionale helseforetakenes oppfølging av krav som er stilt til institusjonene

4.4.1 Resultat og oppfølging av beleggsprosent

Undersøkelsen viser at beleggsprosent er den av parametrene som det rapporteres på, og som er mest sentral med hensyn til å se til om institusjonene følger den avtalen som er inngått. Som nevnt i punkt 4.3.1 er det tre av de regionale helseforetakene som stiller krav om beleggsprosent til de private institusjonene i 2008.

Tekstboks 3 Beleggsprosent

Definisjon beleggsprosent:

Beleggsprosenten måler utnyttelsesgraden av døgnplassene og er et forholdstall mellom oppholdsdøgn for døgnpasienter og døgnplasser.

Kilde: Samdata

Formel for utregning av beleggsprosent:

$$\frac{(\text{Sum av oppholdsdøgn i perioden} \times 100)}{(\text{Døgnplasser} \times \text{kalenderdøgn i perioden})} = \text{Beleggsprosent}$$

Kilde: Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH)

Eksempel på beleggsprosent:

100 prosent belegg ved én døgnplass tilsvarer 365 oppholdsdøgn i løpet av ett år.⁴⁷

95 prosent belegg ved én døgnplass tilsvarer 346,8 oppholdsdøgn per år.

90 prosent belegg ved én døgnplass tilsvarer 328,5 oppholdsdøgn per år.

Beleggsprosent er et uttrykk for faktisk bruk av de behandlingsplassene som omfattes av avtalene mellom de regionale helseforetakene og institusjonene. Beleggsprosent fungerer dermed som en indikator på om de regionale helseforetakene får det volumet av tjenester de betaler for.⁴⁸ Tabell 3 viser en oversikt over kravet til belegg i den enkelte helseregion, beleggsprosent ved den institusjonen med høyeste og laveste verdi, gjennomsnittlig beleggsprosent ved institusjonene i regionen og antallet institusjoner som inngår i beregningen.

Tabellen viser at det i alle de tre helseregionene er institusjoner som ikke oppfyller kravet til beleggsprosent. Samtidig viser tabellen at alle regionene også har institusjoner som oppfyller kravet til beleggsprosent. Gjennomsnittet som er beregnet for den enkelte region, viser at institusjonene samlet sett ikke oppfyller kravet til beleggsprosent.

I brev opplyser Helse Sør-Øst RHF at det er sju institusjoner som melder om for lav beleggsprosent for 2008. Helse Vest RHF opplyser at det samme er tilfellet for fire institusjoner i region vest, mens Helse Midt-Norge RHF opplyser at alle de tre private institusjonene i regionen har lavere beleggsprosent enn det som er satt som krav.

I intervju gir de regionale helseforetakene uttrykk for at det finnes ulike årsaker til at beleggsprosenten tidvis kan være lav ved enkeltinstitusjoner. For eksempel nevnes det at manglende kapasitet i avrusningstilbudet medfører at andre plasser er ubelagt i påvente av at pasienter avruses før de kan gis videre behandling.

Tabell 3 Beleggsprosent i 2008 ved enkeltinstitusjoner i regionene og i regionene under ett

Helseregion	Beleggsprosent				
	Krav til ytelse	Laveste rapporterte belegg	Høyeste rapporterte belegg	Gj. snitt ⁴⁹ belegg	Antall institusjoner (N) ⁵⁰
Helse Sør-Øst RHF	95*	79,0	105,7	94,5	18
Helse Vest RHF	90	72,5	99,3	88,2	7
Helse Midt-Norge RHF	95/100**	84	98	90,7	3
Helse Nord RHF	-	-	-	-	-

Kilde: RHF-ene

* Én institusjon i region Sør-Øst hadde første halvår 2008 krav om 90 prosent belegg.

** Én institusjon i Helse Midt-Norge hadde krav om 100 prosent belegg i 2008.

48) Full utnyttelse av plassene som inngår i avtalen mellom det regionale helseforetaket og den private institusjonen, tilsvarer 100 prosent belegg. At beleggsprosenten overstiger 100 prosent, betyr i praksis at institusjonen stiller mer kapasitet enn avtalt til disposisjon innen rammen av avtalen. Dette lar seg gjøre ved at avtalen ofte ikke omfatter alle behandlingsplassene ved den enkelte institusjon.

49) Gjennomsnittet er beregnet aritmetisk og tar ikke hensyn til den enkelte institusjons størrelse eller antall plasser.

50) I denne tabellen inngår opplysninger om de private institusjonene som det foreligger rapportering om belegg fra (18 institusjoner i region sør-øst, sju institusjoner i region vest og tre institusjoner i region midt).

47) 2008 var skuddår; fullt belegg blir derfor 366 døgnopphold.

De regionale helseforetakene opplyser at de følger opp institusjonene som over tid rapporterer for lav beleggsprosent. Samtidig håndterer regionene den lave beleggsprosenten på forskjellig måte, og dette får ulik konsekvens i de forskjellige regionene.

Alle de tre regionale helseforetakene opplyser at de følger utviklingen ved de institusjonene som i størst grad avviker fra kravet som er satt til beleggsprosent, og er i dialog med de aktuelle institusjonene for å bedre situasjonen. I tillegg opplyser Helse Sør-Øst RHF at lavere beleggsprosent enn forutsatt medfører at institusjonene pålegges en merytelse det påfølgende året. Helse Sør-Øst RHF opplyser at sju institusjoner i deres region er pålagt en samlet merytelse på 2237 oppholdsdøgn i 2009 på grunn av for lav beleggsprosent i 2008. De øvrige to regionene peker på at det ofte er forhold utenfor den enkelte institusjons herredømme som har innvirkning på beleggsprosenten. For eksempel vil for lav avrusningskapasitet i regionen kunne resultere i at beleggsprosenten ved enkeltinstitusjoner blir lavere enn forutsatt, uten at den enkelte institusjon nødvendigvis kan gjøre noe for å påvirke dette.

Selv om avtalene gir hjemmel for avkorting i betaling på grunn av lav beleggsprosent, har ingen av de tre regionene som stiller krav til beleggsprosent, foretatt slik avkorting for 2008. Alle de tre regionale helseforetakene opplyser likevel at enkeltinstitusjoner er varslet om at fortsatt lav beleggsprosent kan føre til avkorting i betaling.

I intervju opplyser flere av institusjonene at det til tider er vanskelig å innfri de regionale helseforetakenes krav til belegg. Dårlig kapasitet i avrusningsbehandling, som ofte må skje i forkant av institusjonsbehandling og drop-out (ikke planlagt avslutning), oppgis som hovedårsakene til at det er vanskelig å nå målet om beleggsprosent. Én institusjon opplever at kravet om beleggsprosent i for liten grad tar det nødvendige hensynet til pasientgruppens manglende stabilitet. Institusjonene opplyser at de forsøker å planlegge på bakgrunn av tidligere års erfaringstall, men at variasjoner fra år til år gjør at denne strategien ikke er tilstrekkelig.

Et annet forhold flere institusjoner viser til som forklaring på at kravet til belegg kan være vanskelig å nå, er at institusjonene arbeider med å få pasienter som faller fra i løpet av behandlingsperioden, til å komme tilbake til behandling.

Dette gjør at behandlingsplasser blir stående ubrukt, og at prosessen med å få inn en ny pasient utsettes.⁵¹ Alle de tre helseregionene som stiller krav om beleggsprosent, har tatt inn enkelte bestemmelser i avtalene som er ment å redusere konsekvensene av dette problemet. Eksempelvis er det i Helse Sør-Øst RHF sine avtaler tatt inn en bestemmelse som sikrer at institusjonen godskrives belegg når en plass blir stående ubrukt i påvente av at pasienten skal gis nødvendig avrusning ved en annen institusjon før behandlingen kan starte.⁵²

Flere institusjoner opplyser at det planlegges med overbelegg for å motvirke de negative konsekvensene drop-out og manglende kapasitet i avrusning har på kravet til beleggsprosent. Denne strategien fører til at kravet til beleggsprosent lettere kan nås, men det fører også til at det i perioder er betydelig overbelegg i forhold til antallet avtaleplasser ved den enkelte institusjon.

4.4.2 Rapportering og oppfølging på bruk av individuell plan

Andelen pasienter med individuell plan ved utskrivning kan være en kvalitetsindikator for de private institusjonene. Det varierer mellom de regionale helseforetakene om det rapporteres på bruk av individuell plan fra institusjoner til regionalt helseforetak. De regionale helseforetakene opplyser imidlertid at bruk av individuell plan er et tema som inngår i deres oppfølging av institusjonene.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at individuell plan gjøres til tema når det skal inngås nye avtaler med private institusjoner i regionen, men at institusjonene ikke rapporterer på bruken av individuell plan i kontraktsperioden. Helse Vest RHF opplyser at andelen pasienter med individuell plan ved utskrivning har vært benyttet som kvalitetsindikator for de private institusjonenes tilbud de siste to årene, og at utviklingen i bruk av individuell plan i regionen har vært positiv. Helse Midt-Norge RHF opplyser at de private institusjonene rapporterer på andelen pasienter med individuell plan. Det opplyses at det de senere årene har vært rettet stor oppmerksomhet mot å høyne andelen pasienter med individuell plan i regionen, men at de nå ser at det også må rettes oppmerksomhet mot å gjøre planene innholdsmessig bedre (jf. omtale av

51) I henhold til avtalene i helseregion sør-øst kan for eksempel institusjonene rapportere om aktivitet i inntil 14 dager mens de arbeider med å få pasienten tilbake til behandling. En forutsetning for at det rapporteres aktivitet, er at pasienten fortsetter behandling innen 14 dager.

52) Jf. punkt 9.6 i avtalene.

individuell plan i kapittel 5). Helse Nord RHF opplyser også i intervju at det er forventet at de private institusjonene i regionen rapporterer på andelen pasienter med individuell plan ved utskrivning. Samtidig opplyser Helse Nord RHF at versjonen av elektronisk pasientjournal som brukes i regionen, ikke tillater registrering av opplysninger om individuell plan, og at slik registrering ikke er mulig før en nyanskaffelse som er planlagt for våren/sommeren 2010 er gjennomført. Som eneste region kan Helse Nord RHF derfor ikke framskaffe informasjon om andelen pasienter med individuell plan ved institusjonene eller i regionen som helhet.⁵³

4.4.3 Rapportering og oppfølging av drop-out

Drop-out oppgis i intervju med flere av regionene som en indikator for kvalitet i tjenestetilbudet. Indikatoren gir informasjon om hvor stor andel pasienter som faller fra før den planlagte behandlingen er fullført, og vil indikere i hvilken grad institusjonen når målsettingen med å få pasienter gjennom planlagt behandling.

Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF opplyser at de ikke mottar rapportering på drop-out fra institusjonene, og at de ikke har opplysninger om drop-out verken for enkeltinstitusjoner eller for regionene som helhet. Alle tre regionene er klar over at det foreligger noe informasjon om drop-out ved den enkelte institusjon. Helse Sør-Øst RHF opplyser at de etterspurte historiske tall for drop-out i forbindelse med anskaffelse av nye plasser innen TSB. Helse Nord RHF opplyser at det i forbindelse med at det ble inngått nye avtaler våren 2009, er lagt inn krav om at institusjonene skal rapportere på drop-out.

Angående oppfølging omkring drop-out oppgir Helse Sør-Øst RHF at de har fokus på drop-out ved institusjonene, og at de har en målsetting om at dette antallet bør reduseres. Helse Nord RHF oppgir at det er viktig at institusjonene kan dokumentere drop-out.

Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at institusjonene har rapportert på drop-out de siste to årene. På forespørsel er det bare Helse Midt-Norge RHF som kan framlegge innrapporterte tall for drop-out fra private institusjoner innen TSB. Oversikten viser akkumulerte tall for 2008 for alle institusjoner i regionen, både offentlige og private. I intervju med Riksrevisjonen opplyser det regionale foretaket at fire av fem

pasienter fullfører den planlagte behandlingen, men at andelen drop-out er større innen langtidsbehandling enn innen korttidsbehandling.

4.4.4 Oppfølging av krav om internkontroll

I intervju opplyser de regionale helseforetakene at de stiller krav i avtalene om at institusjonen skal ha et system for internkontroll. Internkontrollsystemet dokumenteres for de regionale helseforetakene når det inngås kontrakt. Noen av de regionale helseforetakene opplyser også at internkontroll diskuteres i de årlige møtene med de private institusjonene.

De regionale helseforetakene utfører ingen systematisk kontroll eller gjennomgang av systemet for internkontroll ved den enkelte institusjon. Helsetilsynet kontrollerer forhold knyttet til internkontroll, som institusjonenes rutiner og prosedyrer, i forbindelse med gjennomføring av tilsyn.

Helse Midt-Norge RHF opplyser at de er i ferd med å etablere et system for internt tilsyn i helseforetaket. Dette tilsynet skal føre mer systematiske tilsyn med helseforetakets tilbud innen spesialisert rusbehandling, og da også de private institusjonene. Så langt er det gjennomført seks-sju mindre tilsyn i helseforetaket. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at de også ser fordelene ved å følge de private institusjonene gjennom et regionalt system for revisjon, og at de ser dette som et forbedringsområde i regionen.

4.4.5 Generelt om de regionale helseforetakenes oppfølging

Alle de regionale helseforetakene opplyser i intervju at det gjennomføres oppfølgingsmøter med alle de private institusjonene for å følge opp års- eller tertialresultater og for å formidle og drøfte styringssignaler for neste periode.

Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF opplyser at de gjennomfører ett årlig møte med hver institusjon, der ulike sider ved årsresultatet og oppdrag for kommende år diskuteres. Møter utover dette gjennomføres normalt hvis dårlige resultater eller uheldige hendelser ved institusjonene tilsier at dette er nødvendig. Helse Midt-Norge RHF oppgir at det årlig gjennomføres to oppfølgingssamlinger med institusjonene de har avtale med. Samlingene benyttes til å kommunisere styringssignaler for kommende periode og oppsummere resultatene som foreligger. I tillegg gjennomføres det fire årlige oppfølgingsmøter med ledelsen ved de

53) Jf. Helse Nord RHF's brev til Riksrevisjonen 30. juni 2009.

private institusjonene, samt ni–ti møter med alle lederne i Rusbehandling Midt-Norge HF der også ledelsen ved de private institusjonene deltar. I intervju opplyser Helse Midt-Norge RHF at deres omfattende oppfølging bygger på en særlig prioritering av integrasjon av de private institusjonene i spesialisthelsetjenesten. Tanken er at alle tjenesteytere må involveres i utviklingen av rusbehandlingen i regionen.

Intervjuene med institusjonene viser også at kontaktmønsteret mellom de private institusjonene og det regionale helseforetaket varierer mellom regionene. De to institusjonene i region vest opplyser at de deltar på henholdsvis ett og to møter årlig, men de påpeker samtidig at det har vært en trend i retning av færre møtepunkter mellom institusjonene og det regionale helseforetaket. Den besøkte institusjonen i helseregion nord opplyser at det gjennomføres ett årlig møte der resultater og oppdrag for kommende år blir gjennomgått. Institusjonen i helseregion Midt-Norge opplyser at den har god og hyppig kontakt med Rusbehandling Midt-Norge HF. Da institusjonene i helseregion sør-øst ble intervjuet, var det bare et par måneder siden det ble inngått ny avtale mellom det regionale helseforetaket og institusjonene. Institusjonene opplyser at det etter den nye avtalen skal gjennomføres årlige møter, men at disse ennå ikke hadde funnet sted.

Flere av institusjonene understreker at det også er kontakt mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene utover de planlagte og

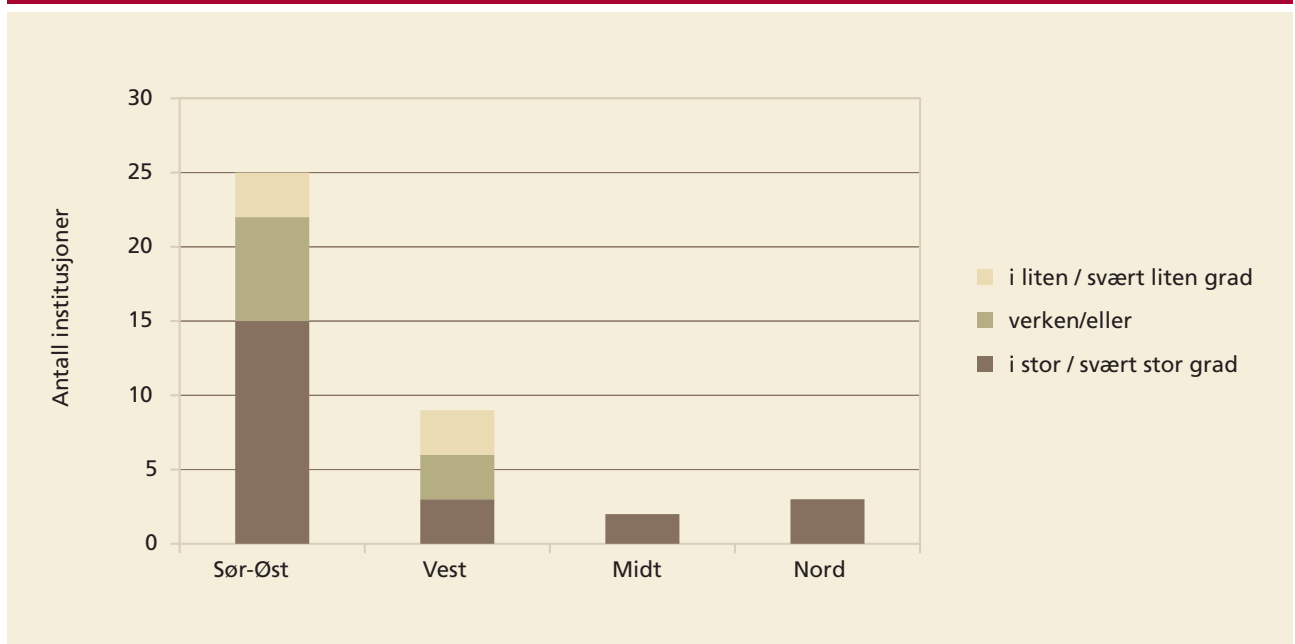
formelle møtene. Denne kontakten er likevel mindre systematisk og ofte knyttet til enkeltsaker eller konkrete forhold som må håndteres.

I spørreskjemaundersøkelsen ble institusjonene spurt om i hvilken grad de opplever dialogen med de regionale helseforetakene som tilfredsstillende. Figur 1 viser svarfordelingen blant institusjonene.

Det er visse forskjeller mellom de ulike helseregionene når det gjelder institusjonenes syn på dialogen med det regionale helseforetaket. Samtlige institusjoner i helseregionene Midt-Norge og nord opplever dialogen med det regionale helseforetaket som tilfredsstillende i stor eller svært stor grad. I helseregion sør-øst er det 15 institusjoner som synes at dialogen med det regionale helseforetaket i stor grad er tilfredsstillende, mens tre institusjoner synes at dialogen i liten grad er tilfredsstillende. I region vest er tre institusjoner i stor grad tilfreds med dialogen med det regionale helseforetaket, mens tre institusjoner i liten grad er tilfreds med denne dialogen.

Intervjuene med de regionale helseforetakene viser at Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med institusjoner innen TSB i 2006 har påvirket og gitt innspill til forbedringer knyttet til oppfølging av de private institusjonene. Ifølge Helse Sør-Øst RHF har tilsynet påvirket arbeidet med konkurransegrunnlaget for anbudsrunder som ble gjennomført i 2008. Helse Vest RHF opplyser at de har hatt en aktiv rolle i å hjelpe institusjonene

Figur 1 I hvilken grad opplever dere at dialogen med RHF er tilfredsstillende?



til å utbedre påviste avvik, og at de også har bidratt med økonomiske midler for at dette skulle gå raskt. Helse Midt-Norge RHF opplyser at de har fulgt opp avvikene som ble påvist gjennom Helsetilsynets tilsyn. Oppfølgingen har ført til at det er utviklet nye rutiner og prosedyrer. Helse Nord RHF opplyser at de i møte med institusjonene i perioden etter Helsetilsynets tilsyn har fokusert på å utbedre forhold knyttet til de påviste avvikene.

I intervjuene som er gjennomført med åtte institusjoner, svarer samtlige at de har tatt lærdom av det landsomfattende tilsynet Helsetilsynet gjennomførte i 2006. Dette opplyser institusjonene uavhengig av om de var omfattet av tilsynet eller ikke. Flere nevner at tilsynet har hjulpet dem med å gjøre egen internkontroll bedre. En institusjon trekker fram lærdom knyttet til bruk av risikoanalyse i arbeidet med å tilrettelegge behandlingstilbudet.

4.4.6 De regionale helseforetakenes og institusjonenes syn på innholdet i og oppfølgingen av rapporteringen

Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF uttrykker i intervju at de oppfatter rapporteringen fra de private institusjonene som dekkende, og at den gir de regionale helseforetakene oversikt over tjenestene som ytes ved institusjonene. Alle de regionale helseforetakene er enige om at rapporteringen burde gitt mer informasjon om kvaliteten i tjenestetilbudet, men ingen hadde klare oppfatninger om konkrete variabler for å måle kvalitet.

De private institusjonene ble i intervju spurt om hvordan rapporteringen belyser arbeidet deres. Institusjonene opplyser at de variablene som er knyttet til faktisk produksjon og belegg er gode, men at innhold og kvalitet i behandlingstilbudet er vanskelig å vurdere ut fra rapportering. Enkelte institusjoner oppgir individuell plan og epikrise-tid som gode og relevante indikatorer for kvalitet i tjenestetilbudet.

I spørreskjemaundersøkelsen ble institusjonene også spurt om i hvilken grad de synes rapporteringskravene fra de regionale helseforetakene treffer med hensyn til å belyse arbeidet deres. Åtte institusjoner svarer at de i stor grad synes rapporteringskravene belyser arbeidet, ti institusjoner svarer at rapporteringskravene i liten eller svært liten grad belyser arbeidet, og om lag halvparten av institusjonene svarer verken/eller på dette spørsmålet. I tilknytning til dette spør-

målet er det flere av institusjonene som mener at det burde vært krav til rapportering på brukertilfredshet/pasientevalueringer, også etter avsluttet behandling. Flere institusjoner etterlyser kriterier som gjør det mulig å måle resultater av behandlingen. Enkelte institusjoner etterlyser også nasjonale retningslinjer for tjenestetilbudet innen TSB. Informasjon om hvilke behov det er for tjenester innen TSB i befolkningen, etterlyses også. Dette er viktig for at institusjonene skal kunne møte etterspørselen.

Flere av de regionale helseforetakene opplyser i intervju at forhold knyttet til kvalitet i tjenestetilbudet diskuteres i møter mellom de regionale helseforetakene og de private institusjonene. For eksempel nevner Helse Midt-Norge RHF at brukerundersøkelser er et tema som jevnlig diskuteres i møte mellom institusjoner og helseforetak.

Når det gjelder oppfølging av rapporteringen, opplyser institusjonene at rapporteringen de gjør i løpet av året, blir diskutert i forbindelse med de årlige møtene med de regionale helseforetakene.

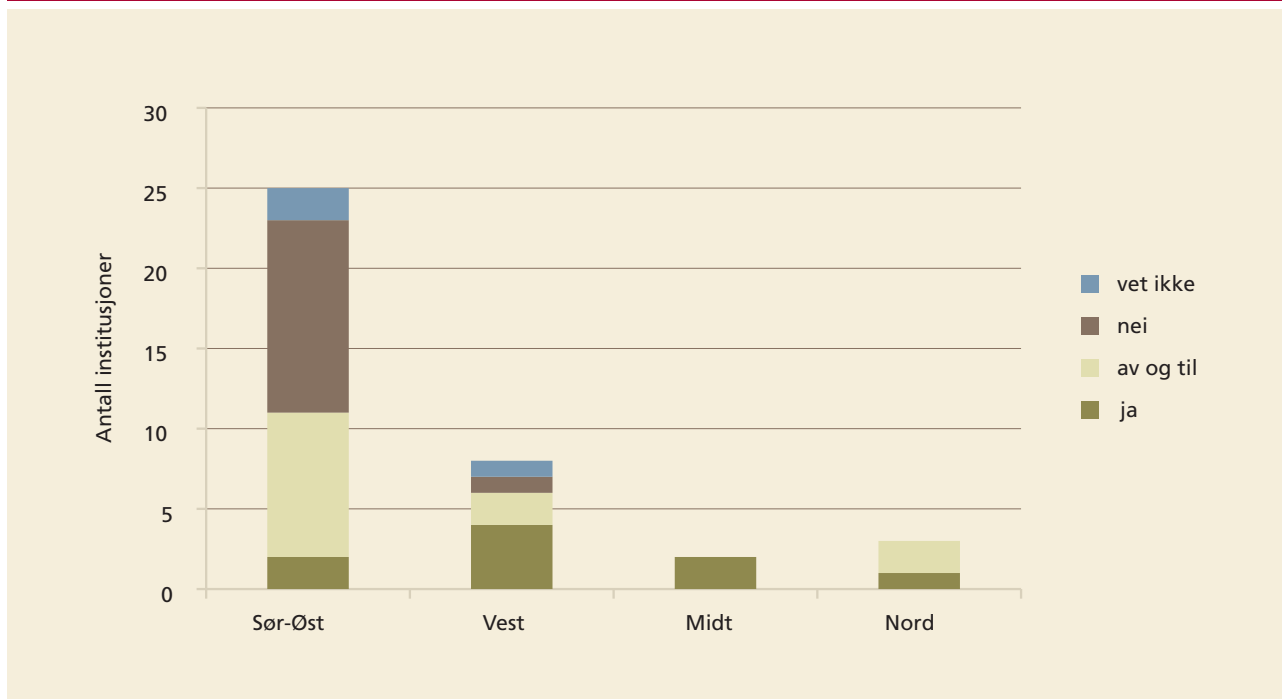
Graden av tilbakemelding og oppfølging er svært ulik mellom de regionale helseforetakene, og i intervju med de private institusjonene framkommer det at Rusbehandling Midt-Norge HF skiller seg ut når det gjelder oppfølging av institusjonenes rapportering. Den besøkte institusjonen i region Midt-Norge opplyser at rapporteringen diskuteres på felles ledermøter i helseforetaket, og at institusjonene, både offentlige og private, i regionen sammenlignes på bakgrunn av innrapporterte data.

I helseregion sør-øst opplyser institusjonene i intervju at de ikke mottar noen form for tilbakemelding på kvalitet og omfanget av ytelsen. Oppfølging er bare knyttet til mangler i rapporteringen. I region vest opplyser én av de besøkte institusjonene at det er en viss oppfølging fra det regionale helseforetaket, men at denne ikke er veldig systematisk, og at den ofte er knyttet til sen rapportering eller feilrapportering i forhold til kravene.

Også i spørreskjemaundersøkelsen ble institusjonene spurt om de mottar tilbakemelding på rapportering av data. Figur 2 viser svarfordelingen blant institusjonene.

Det er ni institusjoner som får tilbakemelding fra det regionale helseforetaket på rapportering.

Figur 2 Antall institusjoner som melder at de får tilbakemelding fra RHF om rapportering av data (kvalitet og fullstendighet)



13 institusjoner opplyser at de av og til får tilbakemelding, mens 13 ikke får tilbakemelding fra det regionale helseforetaket.⁵⁴

Svarene viser en tydelig forskjell mellom helse-regionene. I helseregion Midt-Norge får institusjonene tilbakemelding fra Rusbehandling Midt-Norge HF på rapportering. Halvparten av institusjonene i helseregion vest svarer at de mottar tilbakemelding – bare én institusjon opplyser at den ikke får tilbakemelding. I region sør-øst, den regionen der det finnes flest private institusjoner med driftsavtale, er det ni institusjoner som sier de ikke får tilbakemelding, mens sju institusjoner sier de av og til får tilbakemelding. Bare to institusjoner sier at de får tilbakemelding. I region nord får alle institusjonene noe tilbakemelding.

I spørreskjemaundersøkelsen ble institusjonene også spurt om de i tilbakemeldingen får egne resultater sammenholdt med resultatene fra andre institusjoner. 24 institusjoner svarer at de ikke får slik tilbakemelding. Fem institusjoner sier at de får slik informasjon, deriblant institusjonene som har avtale med Helse Midt-Norge RHF.

4.4.7 Koordinering av tjenestetilbudet

Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har alle etablert én koordineringsenhet i sine regioner som har som hovedansvar å sikre god utnyttelse av behandlingsplassene som disponeres innen regionen. Disse koordineringsenhetene har også til oppgave å følge opp de private institusjonene på vegne av det regionale helseforetaket.

I region sør-øst fungerer koordineringsenheten som rådgivende fagorgan for det regionale helseforetaket, men det er bare involvert i arbeidet med institusjoner som geografisk sett er lokalisert i tidligere region øst. Institusjonene som fortsatt driver på bakgrunn av avtaler med tidligere Helse Sør RHF, følges opp direkte av Helse Sør-Øst RHF.

Koordineringsenhetene i regionene er ikke like, og de arbeider til dels med ulikt mandat, men felles for dem er at de i forbindelse med aktivitetsrapportering fungerer som et bindeledd mellom de private institusjonene og det regionale helseforetaket. Alle de regionale helseforetakene som har etablert en koordineringsenhet innen TSB, opplyser at det er tett dialog mellom denne enheten og de regionale helseforetakene.

54) Det er 38 institusjoner som har svart på dette i spørreskjemaet.

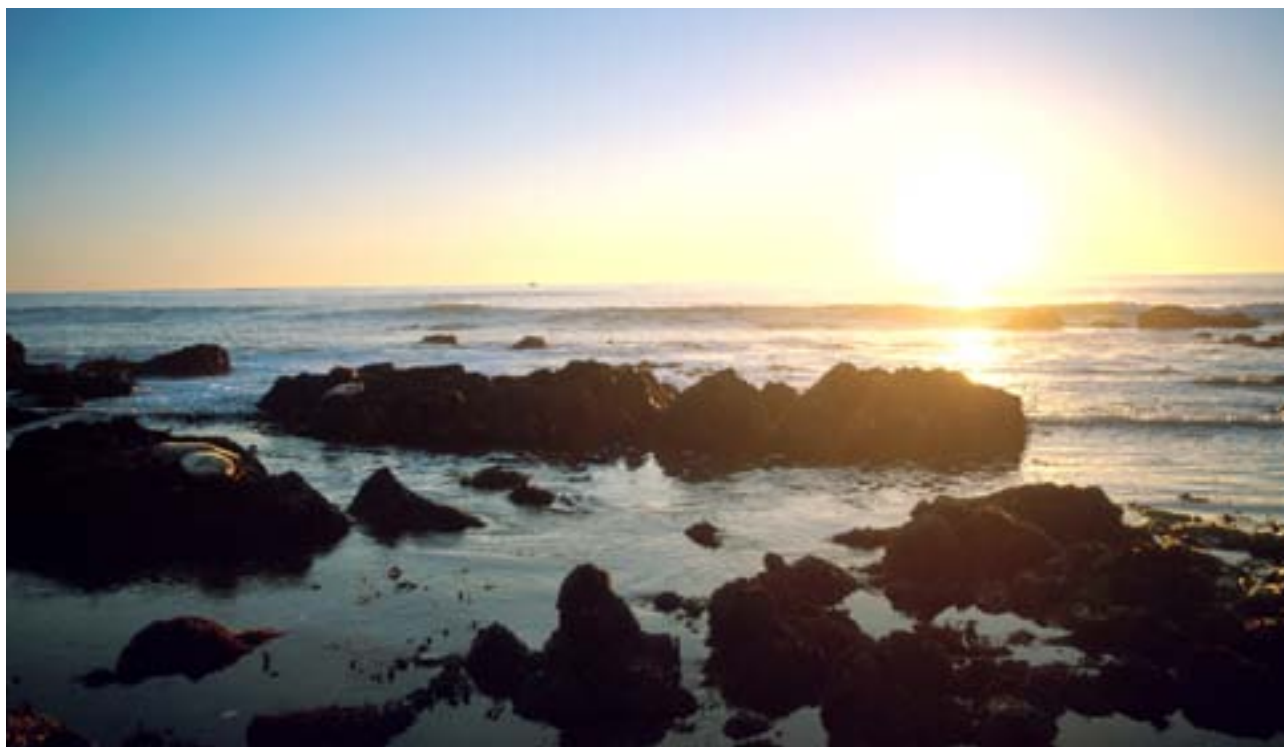


Foto: Ingram

I intervju med de private institusjonene som bare forholder seg til én koordineringsenhet, uttrykker institusjonene tilfredshet med kontakt og koordinering. I helseregion vest, der det ikke er etablert en egen koordineringsenhet, men hvert underliggende helseforetak har koordineringsansvaret i sitt foretak, framkommer det at institusjonene er mindre fornøyde med utøvelsen av koordineringsansvaret.

5 I hvilken grad ivaretar de private institusjonene innen TSB kravene til kvalitet for internkontroll og individuell plan?

5.1 I hvilken grad har institusjonene internkontrollsystem?

I avtalene mellom de regionale helseforetakene og private institusjoner som yter tjenester innen TSB, stilles det krav om at institusjonene skal ha etablert et internkontrollsystem, jf. kapittel 4.

5.1.1 Gjennomgang av institusjonenes internkontrollsystem

Institusjonenes internkontrollsystem har blitt undersøkt gjennom en spørreskjemaundersøkelse til alle 39 institusjonene, og en dybdeundersøkelse der det ble sett nærmere på internkontrollsystemet ved åtte utvalgte institusjoner.

Tabell 4 viser en oversikt over institusjonenes svar på spørreskjemaet der de ble bedt om å ta

stilling til en rekke spørsmål om institusjonens internkontrollsystem.

Grunnlagsdataene viser at ingen av de 39 institusjonene har alle momentene som inngår i tabell 4. Undersøkelsen viser likevel at flertallet blant institusjonene bare mangler enkelte rutiner eller at enkelte rutiner bare delvis foreligger. Undersøkelsen viser at fire institusjoner i større grad enn de andre oppgir å ikke ha skriftlige rutiner.

Tabell 4 viser at de fleste institusjonene oppgir at de har skriftlige rutiner og prosedyrer for innskrivning og utskrivning av pasienter, skriftlige rutiner for journalføring og taushetsplikt samt skriftlige rutiner for registrering av avvik og uønskede hendelser. Alle de åtte institusjonene i dybdeundersøkelsen dokumenterte også at de

Tabell 4 Institusjonenes egenvurdering av internkontrollsystemet ved egen institusjon i spørreskjemaet. Antall institusjoner (N = 39)

Om institusjonen har	Ja	Delvis*	Nei	Vet ikke / ubesvart
etablert et system for internkontroll	28	11**		
en jevnlig gjennomgang av internkontrollsystemet	24	14***	1	
skriftlige rutiner for evaluering av system for internkontroll	24	11	3	1
skriftlige rutiner for innskrivning	39			
skriftlige rutiner for utskrivning	38	1		
skriftlige rutiner for journalføring	37	1		1
skriftlige rutiner for taushetsplikt	39			
skriftlige rutiner for registrering av avvik	38		1	
skriftlige rutiner for registrering av uønskede hendelser	33	5	1	
skriftlige rutiner for opplæring av de ansatte	27	10		2
skriftlige rutiner for brukermedvirkning	27	7	3	2
skriftlige rutiner for å gjennomføre brukerundersøkelser	26	10	2	1
gjennomført brukerundersøkelser	33		6	
skriftlige rutiner for å forebygge drop-out	14	12	9	4
registrering av antall drop-out på minimum årlig basis	33	1	4	1
gått systematisk igjennom mulige årsaker til drop-out	18	12****	8	
rutiner for systematiske vurderinger av risikoen ved driften	13	19	6	1
skriftlige rutiner for å se til at rutiner og prosedyrer følges	19	16	2	2
skriftlige rutiner for evaluering av behandlingsopplegget	18	16	3	2

Kilde: Riksrevisjonens spørreskjemaundersøkelse. Merknader til svarkategori "delvis":

* Flere av institusjonene svarer at de delvis har skriftlige rutiner. Dette vil si at institusjonene har noen skriftlige rutiner, men ikke rutiner som omfatter hele temaet det spørres om.

** 11 institusjoner har svart "Ja, men ikke fullstendig", her ført under delvis.

*** 14 institusjoner oppgir at de "av og til" gjennomgår internkontrollsystemet, her ført under delvis. "Ja" eller "Av og til" vil her si minimum én gang i året.

**** Svarkategorien er her "av og til".

hadde et system for avviksregistrering. Institusjonene oppga at de har lav terskel for å melde avvik. Samtlige institusjoner oppga at avvisskjema blir gitt til nærmeste leder som tar opp avvismeldingen på møter med de ansatte eller ved møte i kvalitetsutvalget.

Om institusjonene har og eventuelt evaluerer sitt internkontrollsystem

Tabell 4 viser at samtlige 39 institusjoner svarer ja på at de har et system for internkontroll. Av disse er det 11 institusjoner som oppgir at deres internkontrollsystem ikke er fullstendig, dvs. de har ikke alle deler i internkontrollsystemet på plass. Resultatet fra dybdeundersøkelsen viser også at to institusjoner ikke kunne dokumentere et fullstendig internkontrollsystem. Begge disse institusjonene hadde satt i gang et arbeid med å få implementert et fullstendig internkontrollsystem.

Det framgår videre av tabell 4 at 24 av institusjonene jevnlig gjennomgår sitt internkontrollsystem. 14 institusjoner oppgir at de bare delvis gjør dette, mens én institusjon ikke har gått gjennom internkontrollsystemet sitt.

Tabell 4 viser at 24 institusjoner har skriftlige rutiner for å evaluere internkontrollsystemet sitt. Tre institusjoner har ikke, og 11 institusjoner har bare delvis slike skriftlige rutiner for evaluering av institusjonenes system for internkontroll. Dybdeundersøkelsen viser at to av de seks institusjonene som har internkontrollsystem, ikke har prosedyrer for revisjon av internkontrollsystemet.

I dybdeundersøkelsen ble det dokumentert at det ved alle åtte institusjonene forelå målsetting for virksomheten, organisasjonskart og en oversikt over lover og forskrifter.

Opplæring og kompetanse om internkontroll

Tabell 4 viser at nær en tredel av institusjonene, 12 institusjoner, bare delvis har eller ikke har skriftlige rutiner for opplæring av ansatte. 27 institusjoner oppgir at de har slike rutiner.

Ved samtlige institusjoner i dybdeundersøkelsen ga både ledelsen og ansatte informasjon som viste at de hadde kunnskap om internkontroll og internkontrollsystem. En av institusjonene som er besøkt, oppgir at de ikke har rutiner for å informere eller gi undervisning i internkontrollsystemet. Når det ansettes nye, gir institusjonen beskjed om at den nyansatte må sette seg inn i alt ved institusjonen ved selvlæring.

Brukermedvirkning og brukerundersøkelser

Tabell 4 viser at 27 institusjoner har skriftlige rutiner for brukermedvirkning. Sju institusjoner oppgir at de bare delvis har slike rutiner, mens tre institusjoner oppgir at de ikke har skriftlige rutiner knyttet til brukermedvirkning. Dybdeundersøkelsen viser at alle institusjonene som er besøkt, med unntak av én, har prosedyrer for brukermedvirkning.

I undersøkelsen er det kartlagt om institusjonene har skriftlige rutiner for å foreta brukerundersøkelser. Tabell 4 viser at to institusjoner ikke har skriftlige rutiner for å undersøke hvorvidt pasientene er tilfredse eller ikke med behandlingen. Videre viser undersøkelsen at ca. en firedel av institusjonene, ti institusjoner, oppgir at de bare delvis har skriftlige rutiner på dette. 26 institusjoner oppgir at de har skriftlige rutiner for å gjøre brukerundersøkelser.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at seks institusjoner ikke har gjennomført brukerundersøkelser i perioden, mens 33 institusjoner svarer bekræftende på at de har gjort dette.

Forebygging og registrering av drop-out

Tabell 4 viser at hele ni institusjoner svarer at de ikke har skriftlige rutiner for å forebygge drop-out (ikke planlagt avslutning). Litt under en tredel, 12 institusjoner, oppgir at de delvis har slike rutiner, mens noe flere institusjoner, 14 av 39, oppgir at de har skriftlige rutiner for å forebygge drop-out.

Institusjonene har videre blitt spurt om de registrerte antall drop-out minimum på årlig basis. Tabell 4 viser at fire institusjoner svarer nei på dette spørsmålet.

Svar fra institusjonene viser at om lag hver femte institusjon, åtte institusjoner, svarer nei på om de går gjennom mulige årsaker til drop-out. 12 institusjoner svarer at de "av og til" går systematisk gjennom mulige årsaker til drop-out, mens 18 institusjoner oppgir at de har en systematisk gjennomgang av mulige årsaker til drop-out.

Kommentarene i spørreskjemaundersøkelsen viser at hyppigheten og rapporteringsfora for registrering av drop-out varierer fra månedlige registreringer til oversikter som utarbeides én gang i året i årsmelding eller til styret ved institusjonen.



Foto: Cato Rørstrøm

To av åtte institusjoner i dybdeundersøkelsen registrerer ikke og har ikke noen form for ekstern rapportering på antall drop-out. Ved to av åtte institusjoner kommer det fram at institusjonene ikke har prosedyrer for håndtering av drop-out.

Institusjonenes risikovurderinger av egen virksomhet

Undersøkelsen viser at det i flere virksomheter mangler rutiner for å gjennomføre vurderinger av risikoen ved driften. Spørreskjemaundersøkelsen viser at en sjettedel av institusjonene oppgir å ikke ha rutiner for å gjennomføre systematiske vurderinger av risikoen ved driften. Videre oppgir om lag halvparten av institusjonene, 19 institusjoner, at de delvis har slike rutiner, mens de resterende 13 institusjonene har rutiner for å gjennomføre systematiske vurderinger av risikoen ved driften av institusjonene.

De institusjonene som oppgir at de delvis har rutiner for å vurdere risikoen, spesifiserer områdene der det gjennomføres vurdering av risikoen. Én institusjon svarer innenfor HMS-feltet, mens en annen bare knytter dette til brann. En tredje institusjon svarer at risikovurderinger finner sted i tilknytning til arbeidet med å utvikle beskrivelser av behandlingstilbudet og utarbeidelse av prosedyrer.

I dybdeundersøkelsen oppgir fem av de besøkte institusjonene at de bare gjennomfører delvise risikovurderinger av virksomheten, det vil si på enkelte områder eller knyttet til enkeltavdelinger.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at litt over halvparten av institusjonene (20) oppgir at de

gjennomfører risikovurderinger av driften hvert år eller oftere. Fem institusjoner svarer at de foretar systematiske risikovurderinger annethvert år. Videre anslår fire institusjoner at de gjennomfører risikovurderinger sjeldnere enn annethvert år. Én institusjon oppgir at de ikke gjennomfører systematiske risikovurderinger av driften, mens fire har svart at de ikke vet hvor ofte risikovurderinger av driften gjennomføres.

Institusjonenes kontrollrutiner

Tabell 4 viser at bare halvparten av institusjonene oppgir å ha skriftlige rutiner for å se til at rutiner og prosedyrer ved institusjonen blir fulgt. Videre oppgir 16 institusjoner å bare delvis ha slike rutiner. To institusjoner oppgir å ikke ha skriftlige rutiner for å se til at rutiner og prosedyrer ved institusjonen blir fulgt.

Fire av åtte institusjoner i dybdeundersøkelsen kontrollerer ikke om prosedyrer og rutiner blir fulgt. Én av disse institusjonene har utarbeidet et utkast til opplegg for å kontrollere at rutiner og prosedyrer blir fulgt, og for hvordan dette skal bli fulgt opp, men dette er ikke iverksatt.

Institusjonenes evaluering av behandlingssopplegget

Tabell 4 viser at tre institusjoner oppgir å ikke ha skriftlige rutiner for evaluering av behandlingssopplegget ved institusjonen, mens 16 institusjoner bare delvis har skriftlige rutiner for evaluering av behandlingssopplegget. Flere institusjoner oppgir at evaluering av behandlingssopplegget anses som en løpende prosess, og at de har fokus på dette selv om det ikke er utviklet skriftlige rutiner.

5.2 I hvilken grad initierer, utarbeider og følger institusjonene opp utarbeidelse av individuell plan?

De regionale helseforetakene stiller krav til de private institusjonene som de har avtale med, om individuell plan.

Det er noe ulikt hvordan kravet om individuell plan er uttrykt i avtalene mellom de private institusjonene og de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF stiller bare krav i avtalen om at det samarbeides med andre tjenesteytere i tilknytning til individuell plan, selv om helse Midt-Norge RHF i sitt regionale rusprogram uttrykker at: "Alle som ønsker det / har behov for individuell plan, skal få det." De andre helseforetakene har mer utdypende avtaletekster. De uttrykker blant annet at "pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Ansvar for dette tillegges etter helselovgivningen i kommune og helseforetak". Videre sier disse "at de private institusjonene har ansvar for at den individuelle planen blir fulgt opp under oppholdet, og at det samarbeides med andre tjenesteytere om oppfølging av planene" og "dersom pasient med slik rett ikke har påbegynt en individuell plan, og det er ønsket av pasienten, skal leverandøren sette i verk arbeidet". I avtalene fra Helse Sør-Øst RHF stilles det også krav om at "planen skal inneholde et avsnitt vedrørende videre oppfølging av pasienten etter at behandlingsoppholdet er avsluttet".

5.2.1 Utarbeidelse av individuelle planer

Informasjon innhentet i brev fra de regionale helseforetakene viser at andelen pasienter som har vært innskrevet ved private institusjoner og som ikke har fått utarbeidet individuell plan, ligger på mellom 69 og 79 prosent.⁵⁵ I spørreskjemaundersøkelsen er alle institusjonene blitt bedt om å oppgi andelen pasienter ved institusjonen som er utskrevet med individuell plan. Det varierer noe mellom institusjonene hvor fullstendig dette er besvart i spørreskjemaundersøkelsen.⁵⁶ Med utgangspunkt i disse tallene er

55) Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF rapporterer totale tall på pasienter med individuell plan som har vært innskrevet til behandling i 2008. Rusbehandling Midt-Norge HF rapporterer andelen pasienter som har plan, av de som ønsker / har behov for plan, til å være 81 prosent, mens rapporteringen i spørreskjema fra de to institusjonene tilsier 21 prosent med individuell plan. Helse Nord RHF oppgir at de ikke har data på dette. Tall fra Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er ikke representert her.

56) 10 av 39 institusjoner (26 prosent) har enten svart ufullstendig eller feil, eller de har ikke svart på spørsmålet. Disse er holdt utenfor beregningen.

andelen pasienter som ikke har fått utarbeidet individuell plan, mellom 76 og 79 prosent.

Gjennomgangen av saksmapper viste at det ikke forelå individuell plan i 28 av 77 saker. I 17 av sakene var den individuelle planen utarbeidet av andre tjenesteytere enn institusjonen (ofte kommunen), og i 32 saker var den individuelle planen utarbeidet av institusjonen.

I saksmappgjennomgangen ble det registrert hva som var årsaken til at den enkelte pasient ikke hadde fått utarbeidet individuell plan.

Tabell 5 Årsak til at det ikke foreligger individuell plan (N = 28)

	Antall
Pasient ønsker ikke individuell plan	7
Ingen dokumentasjon på årsak til manglende plan	11
Institusjon har ikke startet opp med bruk av individuell plan	8
Individuell plan er ikke ferdig utarbeidet	2
Totalt	28

I litt under halvparten av sakene, 11 av 28 saker, forelå det ingen forklaring på hvorfor det ikke var utarbeidet individuell plan. Av de 28 sakene der det ikke forelå individuell plan, gjaldt 8 saker en institusjon som ikke har startet opp med å bruke individuell plan. I 7 av 28 saker var årsaken at pasienten ikke ønsket individuell plan. For to av sakene er utarbeidelse av individuell plan planlagt, men ikke utarbeidet på datainnsamlings-tidspunktet.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at en del av institusjonene, 21 i alt, oppgir at pasienter skrives ut uten at en individuell plan er utarbeidet, selv om pasienten ønsker dette. Spørreskjemaundersøkelsen viser også at to tredeler av institusjonene oppgir at pasienter alltid eller ofte ønsker å få en individuell plan.

5.2.2 Gjennomgang av institusjonenes rutiner knyttet til individuell plan

Tabell 6 viser en oversikt over institusjonenes svar på spørreskjemaet der de ble bedt om å ta stilling til spørsmål om rutiner, opplæring og kunnskap knyttet til individuell plan. Tabellen viser at mange av institusjonene har skriftlige rutiner for å gi informasjon til pasienter om retten til individuell plan. Fire institusjoner oppgir at de bare delvis har skriftlige rutiner, og én institusjon har ikke slike rutiner.

Tabell 6 Institusjonenes svar på spørsmål i spørreskjema om individuell plan (N = 39)

	Ja	Delvis ⁵⁸	Nei
Har institusjonen skriftlige rutiner for informasjon til pasienter om retten til individuell plan?	34	4	1
Har institusjonen skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuell plan?	36	3	
Har leder kunnskap om regelverket knyttet til individuell plan?	39		
Har ansatte fått opplæring i utarbeidelse av individuell plan?	36	3	

Kilde: Riksrevisjonens spørreskjemaundersøkelse

Tabell 6 viser videre at nesten alle institusjonene har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan. Tre institusjoner oppgir å bare delvis ha slike rutiner.

Alle institusjonene i dybdeundersøkelsen hadde skriftlige prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan. Gjennomgangen av prosedyrene viste at innholdet og kvaliteten varierte. Den mest utfyllende prosedyren viser til lovtekst, individuell plans hensikter, beskriver hva individuell plan skal inneholde, og metodiske og rutinemessige oppgaver for utarbeidelse av individuell plan. Den minst utfyllende prosedyren er kortfattet og stikkordmessig om hvilke oppgaver som skal gjøres, og den uttrykker ingenting om målsetting, formål, innhold m.m. knyttet til individuell plan.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at noen institusjoner ikke gir tilbud om individuell plan ved innleggelse når dette mangler, og pasienten har rett på dette. Ved to institusjoner oppgis det at tilbud om individuell plan blir gitt til under halvparten av de aktuelle pasientene. Ved tre institusjoner oppgis det at over halvparten av pasientene får tilbud om individuell plan, men ikke alle. 28 institusjoner oppgir at de gir tilbud til alle pasienter som har rett til individuell plan, og som ikke har en slik plan når de skrives inn.

Seks av de åtte institusjonene i dybdeundersøkelsen har rutiner for å spørre pasienten på nytt om han/hun ønsker individuell plan dersom han/hun har sagt nei ved første forespørsel. Én institusjon har ikke rutiner for å spørre igjen om pasienten vil ha individuell plan. Én institusjon har som nevnt ikke implementert individuell plan.

Tabell 6 viser at samtlige institusjoner oppgir at lederen ved institusjonen har kunnskap om regelverket knyttet til individuell plan. Videre oppgir nesten alle institusjonene at ansatte får opplæring i rutiner knyttet til individuell plan. Tre institu-

sjoner oppgir at de bare delvis gir ansatte ved institusjonen opplæring i å utarbeide individuell plan.

I dybdeundersøkelsen oppga alle institusjonene som hadde implementert individuell plan, at ansatte læres opp i bruken av denne. Det varierer mellom institusjonene hvor omfattende denne opplæringen er. Den kan bestå av rutinemessig opplæring i bruk av individuell plan ved nyansettelse. Det kan også gis opplæring om individuell plan ved ukentlige ansattemøter. Noen av institusjonene har jevnlig foredrag eller temaundervisning om individuell plan, også overfor pasientene.

5.2.3 Individuelle planer og innholdsmessige krav

I dybdeundersøkelsen ble saksmapper og individuelle planer til 32 pasienter gjennomgått for å se om de tilfredsstilte innholdskravene. De individuelle planene var utviklet ved institusjonene som ble besøkt.

Tabell 7 viser at i 20 av 32 saker er tidspunkt for revisjon av planen ikke angitt i den individuelle planen. Gjennomgangen viser også at i ca. en fjerdedel av de individuelle planene som er gjennomgått, er det ikke funnet dokumentasjon på hvilken periode den individuelle planen er gyldig for. I ni planer er det ikke angitt tidsmessig omfang av tiltakene som er angitt i den individuelle planen. I tillegg er det sju planer der tidsmessig omfang av tiltakene er mangelfullt angitt. Dette kan dreie seg om at det er angitt når tiltaket er iverksatt, men at det ikke er oppgitt noen dato for avslutning eller evaluering.

Videre viser tabellen at i ca. halvparten av planene som er gjennomgått (17 av 32), er ikke pasientens ressurser beskrevet i den individuelle planen. I 11 av 32 individuelle planer er heller ikke pasientens behov for tjenester beskrevet. Videre viser tabell 7 at i 12 av 32 planer forelå det ikke dokumentasjon på at pasienten

Tabell 7 Innhold i individuell plan (N = 32)

	Ja	Delvis/mangelfullt*	Nei
Foreligger det dokumentasjon på at pasienten samtykker i å få individuell plan?	20		12
Kommer det fram i journalen eller individuell plan hvem som er koordinator?	26		6
Beskriver planen klart og tydelig klientens mål?	30		2
Beskriver planen klart og tydelig klientens ressurser?	15		17
Beskriver planen klart og tydelig klientens behov for tjenester?	21		11
Framkommer det av planen hvilke tjenesteytere som deltar i arbeidet med den individuelle planen?	31		1
Beskrives klientens ansvar i planen?	20		12
Beskrives tjenesteyternes ansvar i planen?	22	6	4
Beskrives tidsmessig omfang for tiltakene i planen?	16	6	10
Er det satt opp ett (eller flere) tidspunkt for revisjon av planen?	12		20
Beskrives hvilken periode den individuelle planen er gyldig for?	25		7
Er utskrivning og tiltak i etterkant av oppholdet planlagt og beskrevet i den individuelle planen?	15	10	7
Er utskrivningsdato nedfelt i planen?	22		10

*Delvis og/eller mangelfull henviser til at informasjonen ikke var fullstendig nedfelt i den individuelle planen i forhold til det tema som omhandles.

samtykket i å få individuell plan, og i seks planer kom det ikke fram hvilken instans som var koordinator.

Tabell 7 viser at i sju av de 32 individuelle planene som er gjennomgått, forelå det ikke informasjon som viste at utskrivning av pasienten er planlagt eller forberedt. Det kommer heller ikke fram noe informasjon om tiltak i etterkant av behandlingen. Videre viser gjennomgangen at ti av de individuelle planene mangler informasjon om hvordan utskrivningen er planlagt og hvilke tiltak pasienten skal ha i etterkant av utskrivningen. Eksempelvis kan eneste tiltak som er beskrevet, være at det er søkt om etablerings-tilskudd. Et annet eksempel kan være at det står i planen at pasienten skal over i ettervernsfase med dato, men uten konkretisering av hvordan dette skal skje. Tiltak kan være beskrevet i brev i saksmappen.

Enkelte planer beskriver elementer av ettervern i planen ved at det står at pasienten ønsker samtale med ruskonsulent når han/hun kommer hjem, og at pasienten har mål om deltidsarbeid og vil ha møter med NAV. Det kan også være at

det eneste som står nevnt om tiden etter behandlingsoppholdet, er hva som vil være gunstig for pasienten etter endt behandling, at tiltak som arbeid, oppnøsting av nettverk, m.m. er bra for tiden etter institusjonsopphold. Det kan være at ettervernet er planlagt, men at det er mangelfullt nedtegnet eller dokumentert i de individuelle planene.

5.2.4 Etablering av rutiner for samarbeid, blant annet omkring utarbeidelse av individuell plan
Tabell 8 viser institusjonenes svar på spørsmålet om de har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen.

24 institusjoner oppgir at de har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen. Henholdsvis åtte og seks institusjoner oppgir at de bare delvis eller ikke i det hele tatt har slike rutiner.

Gjennomgangen av institusjonenes prosedyrer for arbeid med individuell plan i dybdeundersøkelsen viser at én institusjons prosedyrer ikke inneholder rutiner for samarbeid med andre relevante instanser. De andre seks institusjonene som

Tabell 8 Institusjoner som har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen (N = 39)*

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke / ikke svart
Har skriftlige rutiner	24	8	6	1

*En institusjon har ikke besvart spørsmålet.

benytter individuell plan, har prosedyrer for slikt samarbeid.

Samtlige åtte institusjoner i dybdeundersøkelsen ga uttrykk for at det kan være problemer knyttet til samarbeidet med noen av kommunene de forholder seg til. Eksempelvis oppgir én institusjon at noen kommuner har mangelfull kapasitet og lite ressurser, og at institusjonen må arbeide mest med disse kommunene for å få til et samarbeid.

Midlertidig koordinator og koordineringsansvar ved utarbeidelsen av individuell plan

Dybdeundersøkelsen viser ulike samarbeidsproblemer ved valg av koordinator som skal sikre utvikling og videreføring av individuell plan. Eksempelvis oppgir én institusjon at de primært ønsker at koordinator for individuell plan skal være en fra kommunen, men at dette har vist seg svært vanskelig å få realisert. Det blir derfor ofte institusjonen som fungerer som midlertidig koordinator for den individuelle planen under pasientens opphold ved institusjonen. Institusjonen opplyser at noen kommuner bruker et halvt til trekvart år for å oppnevne en koordinator for individuell plan for pasienter som er ved institusjonen.

To institusjoner oppgir at det finnes kommuner der pasienter må søke om, og det må gjøres vedtak for å få individuell plan og koordinator for planen. Dette har ført til at det tar lang tid å få koordineringsansvaret på plass. Institusjonene mener at disse kommunene har etablert en praksis som ikke er i henhold til regelverket.

Relatert til oppfølging i etterkant av behandlingen, oppgir en tredje institusjon at det i noen tilfeller er problemer med å få andre tjenesteytere, ofte kommunen, til å overta det videre koordineringsansvaret for individuell plan til pasienter. Institusjonen uttrykker at dette ofte er avhengig av hvor tett og stabilt samarbeid pasienten har hatt med kommunen og dens saksbehandler.

Samarbeid rundt utskrivning av pasienten og oppfølging og ettervern etter institusjonsoppholdet

Mange kommuner har i dag samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene med den hensikt å gi pasientene bedre oppfølging under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at disse avtalene også vil omfatte private institusjoner innen TSB.⁵⁷

Tabell 9 viser institusjonenes svar på spørsmålet om de har skriftlige rutiner for samhandling med de kommunale tjenestene ved avslutning av behandlingen.

Tabell 9 viser at ca. to tredeler av institusjonene oppgir å ha skriftlige rutiner for samhandling med de kommunale tjenestene ved avslutning av behandling. Ni institusjoner oppgir å bare delvis ha slike rutiner, mens to institusjoner oppgir at de ikke har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester ved avslutning av behandlingen.

Fem av åtte institusjoner som er besøkt, uttrykker problemer knyttet til samhandlingen med kommuner rundt ettervernet. For eksempel uttrykker to institusjoner problemer med å få bolig til pasienten. Den ene institusjonen oppgir at det hender at pasienter har et lengre opphold ved institusjonen fordi det ikke er ordnet bolig for pasienten. Den andre institusjonen oppgir at dersom de skal få ordnet bolig for pasienter i etterkant av behandlingsoppholdet, må dette arbeidet startes opp umiddelbart etter at behandlingen begynner.

En annen institusjon opplever at det er problemer knyttet til å få tak i den eller de i kommunen som skal være med i samarbeidet om den individuelle planen og planleggingen av utskrivning og ettervern.

Tabell 9 Institusjoner som har skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester ved avslutning av behandlingen (N = 39)*

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke / ikke svart
Har skriftlige rutiner	26	9	2	2

*To institusjoner har ikke besvart spørsmålet.

57) Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer til hovedanalyse-rapporten, jf. brev av 21. januar 2010 til Riksrevisjonen.

En fjerde institusjon oppgir at arbeidet med den individuelle planen ofte stopper opp etter at pasienten har blitt skrevet ut. Institusjonen oppgir at dersom de spør etter den individuelle planen en periode etter utskrivningen, viser den seg ofte å ikke være oppdatert, og nye tiltak er ikke tatt inn i planen.

En femte institusjon oppgir at ettervern er en integrert del av behandlingsprogrammet til institusjonen. Denne institusjonen har som rutine å få kommunen til å gi økonomisk garanti for ettervernet som er i regi av institusjonen. Denne institusjonen oppgir i noen tilfeller å ha hatt problemer med å få økonomisk garanti til institusjonenes ettervernsprogram. Kommunen har i disse tilfellene selv ønsket å sørge for ettervernet. Dette kan ifølge institusjonen komme i konflikt med det behandlingsprogrammet pasientene går gjennom.

Synspunkter på bruken av individuell plan

I de åtte institusjonene som ble besøkt, hadde en del kritiske holdninger til implementeringen av individuell plan som blant annet går på følgende:

- Andelen som kommer til institusjonen med individuell plan, er lav. Det betyr at apparatet rundt disse pasientene utenfor institusjonen ikke har forstått hvilken nytte individuell plan har.

- Individuell plan for rusmiddelmissbrukere har ikke fått noen gjennomslagskraft og er ikke et integrert system som er fastlagt utenfor institusjonen. Kommunene har ikke blitt mer eller mindre aktive på grunn av innføringen av individuell plan.
- Institusjonen tar initiativ til individuell plan, tar ansvar for framdrift og får et eierforhold til den individuelle planen. Institusjonen klarer imidlertid ikke å få kommunen til å ta ansvaret for den individuelle planen. Dette er nødvendig for pasienten når han/hun skal ut av institusjonen.
- Individuell plan er ikke markedsført på en slik måte at sosialtjenesten og primærlegene tenker individuell plan når de møter en klient, selv om han/hun har sammensatte og tyngre problemer.
- I samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter er det en god tone fram til man begynner å snakke om individuell plan. Dette er et upopulært tema som mange ikke orker eller ønsker å ta del i.
- Individuell plan som et behandlingsverktøy har ikke fått gjennomslagskraft innen TSB.
- Det har vært en utfordring å få arbeidet med individuell plan til å fungere med hensyn til å endre vaner. Det er også kapasitets- og ressursmessige utfordringer knyttet til bruk av individuell plan.



Foto: Jon Erik Faksvaag

6 I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for de regionale helseforetakenes ivaretagelse av kvalitet og resultat i tjenestene innen TSB?

6.1 Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere innen TSB

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at TSB er et fagfelt som i stor utstrekning bygger på fagtradisjoner utenfor spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudet er ifølge departementet i liten grad kunnskapsbasert, og behandlingseffekter av tilbudet er i liten grad dokumentert. På bakgrunn av dette peker departementet på at det er viktig at TSB videreutvikles innen rammene av spesialisthelsetjenesten. Av viktige kvalitets- og utviklingstiltak viser departementet til arbeidet med retningslinjer og veiledere som pågår i regi av Helsedirektoratet, og på forskning som skjer innenfor rammen av Forskningsrådets SERAF-program.⁵⁸

Ifølge Helsedepartementets strateginotat fra 2004 skal departementet vurdere om det skal utarbeides en godkjenningsordning for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere.⁵⁹ Det forelå tidligere en slik godkjenningsordning der departementet godkjente tiltak for legemiddelassistert behandling av rusmiddelmissbrukere.⁶⁰ I intervju med Riksrevisjonen opplyser departementet at det med noen få unntak ikke er tradisjon for akkreditering og godkjenning av behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Videre opplyser departementet at det ikke vurderer å utvikle en kvalitetsforskrift eller konkrete akkrediteringskrav for institusjoner som skal levere tjenester innen TSB slik spesialisthelsetjenesteloven åpner for.⁶¹ Departementet påpeker at det er gjennom avtalene og prosessen knyttet til inngåelse og oppfølging av disse, at de private institusjonenes tjenestetilbud skal sikres. Avtaleutforming og oppfølging ligger ifølge departementet innenfor rammene av de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar.

Departementet uttrykker at det er de regionale helseforetakene som, innenfor rammen av sitt "sørge for"-ansvar, må utvikle tjenestetilbudet

innen TSB i den enkelte helseregion. Departementet forutsetter at tjenestetilbudet er i tråd med lovens krav om forsvarlighet.⁶² Forsvarlighet må ifølge departementet vurderes ut fra retningslinjer og veiledere utformet av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratets årlige rapportering om status for tiltak under opptrappingsplanen viser at arbeidet med retningslinjer og veiledere er underveis, men også at viktige deler av dette arbeidet gjenstår. Rapporten viser at det ved utgangen av 2008 forelå retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Videre er veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling utviklet som del av arbeidet "Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten". Et nytt rammeverk for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ute på høring.⁶³ Arbeidet med retningslinjer for oppfølging av gravide under behandling med LAR er i gang og forventes å være ferdigstilt i 2010. Ifølge direktoratets statusrapport tas det sikte på at retningslinjer og veiledere for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet skal foreligge innen 2015. Dette arbeidet er i departementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2009 nevnt som prioritert område. Samtidig opplyser departementet i intervju at arbeidet med retningslinjer innen TSB vil være utfordrende og krevende.

6.2 Departementets arbeid med å utvikle styringsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenesten ble etablert i 2003. De nasjonale kvalitetsindikatorerne som foreligger for somatikk og psykisk helsevern, viser ulike aspekter ved kvalitet på sykehus-/institusjonsnivå. Ifølge Helsedirektoratet er det en målsetting å etablere indikatorer som også viser resultater av ulike tiltak og behandlinger.⁶⁴ TSB er det eneste tjenesteområdet innen spesialisthelsetjenesten der det ikke foreligger nasjonale kvalitetsindikatorer.

58) SERAF står for Senter for rus- og avhengighetsforskning.

59) *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere – Perspektiver og strategier*, Helsedepartementet, 2004.

60) *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere – Perspektiver og strategier*, Helsedepartementet, 2004, s. 31.

61) Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4–1.

62) Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–2.

63) Nytt rammeverk for LAR er utarbeidet av Helsedirektoratet og er sendt ut på høring i mai 2009. Høringsfristen er satt til 1. september 2009.

64) Jf. www.helsedirektoratet.no.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten for 2005–2015.⁶⁵ Sentralt i strategien står utviklingen av nye verktøy for å følge med og evaluere tjenestene, samordning og samarbeid mellom tjenesteytere og arbeidet med å sikre at gode faglige retningslinjer utarbeides og tas i bruk.⁶⁶ I forbindelse med den nasjonale kvalitetsstrategien er det i 2004 også utarbeidet en rapport knyttet spesielt til nasjonal kvalitetsstrategi for rusfeltet, blant annet behandlingstilbud innenfor den kommunale sosial- og helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sentralt i denne rapporten står arbeidet med kvalitetsindikatorer innen TSB.⁶⁷

Opplysninger om den delen av tjenestetilbudet innen TSB som ytes av private institusjoner, rapporteres til departementet fra de regionale helseforetakene sammen med informasjon om det øvrige behandlingstilbudet innen TSB. I intervju med departementet oppgis analyser fra NPR, Sintef/Samdata, SSB, Statens helsetilsyns tilsynsrapporter, løpende rapportering og årlig melding fra de regionale helseforetakene som de viktigste kildene til informasjon om tjenestetilbudet. Departementet peker også på at utviklingen av parametrene ventetider, fristbrudd, antall ventende, vurderingsfrist og behandlingsfrist gir informasjon om tjenestetilbudet i den enkelte helseregion.

Helsedirektoratet er i tildelingsbrevet for 2009 gitt i oppdrag å påbegynne arbeidet med kvalitetsindikatorer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I Helsedirektoratets statusrapport knyttet til opptrappingsplanen framgår det at arbeidet med måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet vil pågå i 2009 og 2010. Departementet opplyste i intervju at dette arbeidet er omfattende og krevende, og at det er et utviklingsarbeid som må pågå over lang tid. Det er ifølge departementet usikkert når det vil være etablert operasjonelle nasjonale kvalitetsindikatorer for TSB.

Helsedirektoratets statusrapport for opptrappingsplanen for rusfeltet viser at arbeidet med å bedre styringsinformasjonen innen rusfeltet pågår, men at det også her gjenstår arbeid før informasjonstilgangen dekker behovet i tjenesten. NPR har i løpet av de siste årene arbeidet for å bedre

65) ...Og bedre skal det bli. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, Veileder IS-1162, Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

66) www.helsedirektoratet.no.

67) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere*, IS0050, Sosial- og helsedirektoratet 2004.



Foto: Jon Erik Faksvaag

kvaliteten på historiske ventelistedata og dataene som rapporteres fra institusjonene til NPR. Det har i flere år vært problemer knyttet til uklar avgrensning mellom psykisk helsevern og TSB.⁶⁸ Datagrunnlaget blir mer usikkert fordi avgrensningen mellom rus og psykiatri er uklar. Deler av denne problematikken består, men data for TSB har i flere år vært registrert under egen kode i NPR (fagområde 360 "Rus"), og kvaliteten på disse dataene blir stadig bedre.⁶⁹ Samdata oppgir i sin sektorrapport for rusbehandling at det kan ta noe tid før datamaterialet som nå rapporteres innen TSB, har tilfredsstillende kvalitet, men de påpeker at rapporteringen på sikt vil gi et bedre datagrunnlag.⁷⁰

Inntil 2009 forelå det ikke en egen NPR-melding for aktivitetsdata innen TSB, men fra og med 2009 skal alle institusjoner innen TSB rapportere til NPR i henhold til en spesifisert variabelliste (jf. vedlegg 1). Sammen med den nye NPR-meldingen opplyser departementet at omleggingen av NPR til et personidentifiserende register der "pasient", ikke "hendelse", er registreringsenhet, vil forbedre informasjonstilfanget – også innen TSB.⁷¹

Departementet opplyser at Helsedirektoratet i 2010 arbeider med å høyne kvaliteten på registrering og rapportering innen TSB. Fra 1. september 2010 vil alle aktuelle fagenheter i helseforetakene og alle private tjenesteytere

68) Dokument nr. 3:5 (2008–2009) *Riksrevisjonens undersøkelse av spesialisthelsetjenestens sitt tilbud til voksne med psykiske problem*.

69) SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007 04/08, s. 13.

70) SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008 04/09, s. 20.

71) Norsk pasientregisterforskrift trådte i kraft 15. april 2009 (jf. Ot.prp. nr. 49 (2005–2006) *Om lov om endring i helseregisterloven (Norsk pasientregister)*). På Helsedirektoratets nettsider opplyses det at innsamling og kvalitetssikring av personidentifiserende helseopplysninger vil ta tid, og at det også vil gå noe tid før slike data kan utleveres og nyttegjøres (www.helsedirektoratet.no).

innen TSB, være pålagt krav om prosedyrekoding. Slik prosedyrekoding vil gi informasjon om hvilken behandling som gis til pasienter med ulike tilstander eller symptomer, og kan således benyttes i videre utvikling av tjenestene innen TSB.⁷²

6.3 Departementets styring av de regionale helseforetakene innen TSB

6.3.1 Styringskrav for TSB i oppdragsdokumentet

Flere av de overordnede styringskravene som departementet retter til de regionale helseforetakene, er relevante for tjenestetilbudet innen TSB. Dette gjelder for eksempel krav til utsendelse av epikrise, bruk av individuell plan, mer lik praktisering av prioriteringsforskriften, reduksjon av ventetid osv. I tillegg til departementets overordnede krav til de regionale helseforetakenes tjenestetilbud gis det i oppdragsdokumentet også krav som er rettet direkte mot behandlingstilbudet innen TSB. I oppdragsdokumentet for 2008 stilles det sju styringskrav til oppfølgingstiltak innen TSB.⁷³ Av de sju styringskravene i oppdragsdokumentet for 2008 inngår seks også i oppdragsdokumentet for 2007. Bare det første kravet om kapasitetsøkning er nytt for 2008.

6.3.2 Årlig melding fra de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding om virksomheten. I meldingen skal det gjøres rede for kravene som departementet har stilt til virksomheten

som vilkår for bevilgningen gjennom oppdragsdokumentet og i foretaksmøtet. Som ledd i styringen av helseforetakene bør tilbake rapporteringen i årlig melding gi departementet informasjon om iverksatte tiltak og utvikling og graden av måloppnåelse for det enkelte krav. Riksrevisjonen har flere ganger tidligere påpekt at informasjonen i de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene til departementet er av en slik kvalitet at det reduserer rapporteringens verdi som grunnlag for departementets styring.⁷⁴ For 2008 har Helse- og omsorgsdepartementet varslet at de regionale helseforetakene vil ta i bruk en ny mal for rapportering i årlig melding, og at denne malen skal bidra til å sikre bedre kvalitet på rapporteringen.

En gjennomgang av de regionale helseforetakenes årlige meldinger for 2008 viser at tilbake rapporteringen mangler opplysninger om forhold knyttet til flere av de ovennevnte sju kravene.

Som en konsekvens av manglende informasjon i de regionale helseforetakenes årlige meldinger ba departementet dem om å supplere årlig melding med utdypende informasjon på utvalgte områder.⁷⁵ I departementets brev til de regionale helseforetakene framgår det at Helse Vest RHF er det eneste regionale helseforetaket som i sin rapportering har tatt i bruk malen for årlig melding, slik departementet forutsatte for rapporteringen for 2008. For de sju kravene som gjelder TSB direkte, framgår det av departementets brev til de regionale helseforetakene at rapporteringen i årlig melding fra Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF ikke gir

Tekstboks 4 Mål for de regionale helseforetakene i 2008

- RHF-ene skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt LAR.
- RHF-ene skal styrke den helsefaglige kompetansen innen TSB.
- RHF-ene skal videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling.
- RHF-ene skal sikre at alle pasienter som blir henvist til TSB, også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.
- RHF-ene skal sikre at rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd legger forholdene til rette for kommunale tjenesteytere.
- RHF-ene skal årlig registrere antall gravide rusmiddelavhengige som er i legemiddellassistert rehabilitering og hva slags tilbud disse pasientene mottar.
- RHF-ene skal i samarbeid med kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til det kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner innen TSB.

72) Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer til hovedanalyse-rapporten, jf. brev av 21. januar 2010 til Riksrevisjonen.

73) I oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF var det ytterligere et styringskrav knyttet til økning av akuttkapasiteten i Oslo.

74) Riksrevisjonens Dokument nr. 3:5 (2008–2009) og Dokument 3:2 (2009–2010).

75) Departementets brev til de regionale helseforetakene 24. april 2009.

dekkende informasjon om noen av de sju kravene. Helse Sør-Øst RHF's årlige melding er bare vurdert å gi dekkende informasjon for ett av de sju kravene. Fra Helse Vest RHF etterspør departementet supplerende informasjon for to av de sju kravene, noe som tilsier at Helse Vest RHF's årlige melding ble vurdert å gi dekkende informasjon for fem av sju ovennevnte krav innen TSB.⁷⁶ I løpet av mai 2009 ga alle de regionale helseforetakene tilbakemelding på departementets etterspørsel om supplerende informasjon.

I foretaksmøtene for Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF ble det bemerket at rapporteringen for enkelte tiltak er fraværende, eller at informasjonen er på et så overordnet nivå at det ikke er mulig å avgjøre om styringskravene er oppfylt. I likhet med det som framkommer av protokollen fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF, konkluderer også foretaksmøtene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF med at det er behov for bedre rapportering for at departementet skal få tilgang på nødvendig styringsinformasjon.⁷⁷

6.3.3 De regionale helseforetakenes syn på departementets styring

I intervju med de regionale helseforetakene karakteriseres departementets styring av TSB som konsentrert om overordnede og generelle forhold som for eksempel at tilbudet til rusmisbrukere skal være helhetlig, at ventetidene skal reduseres, at kvaliteten skal økes og at veksten skal være sterkere enn innen andre deler av spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til overordnede forhold nevnes mer spesifikke krav knyttet til grupper av rusmisbrukere, som for eksempel gravide, LAR-pasienter og pasienter med dobbeltdiagnose. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF framhever i intervju at departementet i liten grad har bidratt til å klargjøre hva som skal inngå i regionenes tjenestetilbud innen TSB. Ett av de regionale helseforetakene peker på at det er utfordrende å utforme et tjenestetilbud som i liten grad er innholdsmessig definert. Et annet regionalt helseforetak peker på at opptrappingsplanen for rusområdet med fordel kunne vært mer spesifikk med tanke på utforming av tjenestetilbudet. Opptrappingsplanen innen psykisk

helsevern brukes som eksempel på en opptrappingsplan med klarere krav om kapasitetsoppbygging og omfang av tilbudet.

Ifølge de fire regionale helseforetakene har departementet ikke gitt noen styringssignaler knyttet direkte til oppfølgingen av de private institusjonene innen TSB, utover at det forventes at de regionale helseforetakene opptrer ryddig og i tråd med lov om offentlige anskaffelser.

6.4 Departementets styring av fagdirektoratet med hensyn til TSB

6.4.1 Helse- og omsorgsdepartementets årlige tildelingsbrev til Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet utøver også styring gjennom sine underliggende etater, som ledd i myndighetsutøvingen. Mest relevant for utvikling av spesialisthelsetjenesten og tjenesteområdet TSB er de årlige oppdragene Helse-direktoratet mottar gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev.

Helsedirektoratet fungerer som fagorgan og sørger blant annet for iverksetting og oppfølging av regjeringens handlings- og tiltaksplaner. I departementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2008 framgår det at oppfølging av tiltak under opptrappingsplanen for rusfeltet er en av regjeringens viktigste budsjettmessige satsinger for 2008 som involverer Helsedirektoratet.⁷⁸ Av samme tildelingsbrev framgår det også en rekke mål og resultatkrav direktoratet stilles overfor.

På overordnet nivå stilles det krav til Helsedirektoratet om å gjennomføre tiltak som bidrar til mer tilgjengelige og fleksible tjenester, blant annet tiltak for bedre styringsinformasjon, mer forpliktende samarbeid og bedre pasientflyt. Under dette punktet nevnes også arbeid med problematikken knyttet til drop-out. I tillegg stilles det krav til Helsedirektoratet om å gjennomføre kvalitetshevende tiltak, som for eksempel økt systematisk bruk av individuell plan og sterkere fokus på ettervern og sosial inklusjon.

Videre gis Helsedirektoratet oppdraget med operasjonalisering, tidsplanlegging og gjennomføring av tiltak under opptrappingsplanen. Dette

76) Departementets brev til de regionale helseforetakene 24. april 2009.

77) Protokollene fra foretaksmøtene for de regionale helseforetakene. Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, behandling av årlig melding for 2008 m.m.

78) Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Statsbudsjettet 2007 – kap 720 Sosial- og helsedirektoratet – tildeling av bevilgning. Brev til Sosial- og helsedirektoratet januar 2007.



Foto: Jon Erik Faksvaag

arbeidet skal ifølge tildelingsbrevet utføres i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og eventuelt andre aktuelle aktører. Av krav som er relevante for spesialisthelsetjenesten, skal det i 2008 gis særlig prioritet til å

- identifisere tiltak som bidrar til et mer sammenhengende behandlingsforløp og oppfølging etter behandling
- utarbeide oversikt over det samlede behandlingstilbudet og mangler i tilbudet til pasienter med dobbeldiagnose
- utarbeide en faglig vurdering av sammensetningen av det samlede behandlingstilbudet innen TSB (poliklinikk – dag-/korttid – langtid)

6.4.2 Helsedirektoratets årsmelding

Helsedirektoratet rapporterer om sin samlede virksomhet til departementet i en årsrapport for det enkelte år. Blant annet inngår det i denne rapporten en vurdering av oppnådde resultater per virksomhetsområde og rapportering på styringsparametre som er formidlet i tildelingsbrevet fra departementet.

I årsmeldingen for 2008 rapporterer Helsedirektoratet at langt de fleste tiltak innen rusområdet er satt i gang og fullført i henhold til kravene i tildelingsbrevet og i opptrappingsplanen for rusfeltet. Det opplyses i årsrapporten at Helsedirektoratet, i henhold til bestilling, har

gitt en faglig vurdering av tilbudet i tverrfaglig spesialisert behandling, men at denne bare er foreløpig. Oppdraget med å gjøre en mer helhetlig faglig vurdering av sammensetningen av det samlede behandlingstilbudet innen TSB vil direktoratet gjennomføre som ledd i arbeidet med de retningslinjene og veilederne som fortsatt ikke foreligger på tjenesteområdet.⁷⁹

79) Helsedirektoratet (2009): *Helsedirektoratet – Årsrapport for 2008*.

7 Vurderinger

7.1 Det foreligger få retningslinjer og rammer for tjenestetilbudet innen TSB

Da rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004, ble TSB en del av spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. Noe av bakgrunnen for Rusreform I og II var et ønske om å oppnå et bedre helsetilbud for rusmiddelmissbrukere.⁸⁰ Tilbudet ved institusjoner for rusmiddelmissbrukere skulle videreutvikles for å kunne gi et tverrfaglig behandlingstilbud av høy kvalitet.⁸¹ Departementet oppgir høsten 2009 at tjenestetilbudet innen TSB i liten grad er kunnskapsbasert, og behandlingseffekter av tilbudet i liten grad er dokumentert. Også ett av de regionale helseforetakene gir uttrykk for at det er utfordrende å utforme et tjenestetilbud som i liten grad er innholdsmessig definert. Et annet regionalt helseforetak peker på at opptrappingsplanen for rusområdet med fordel kunne vært mer spesifikk med tanke på utforming av tjenestetilbudet innen TSB.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) gis det uttrykk for at det er behov for å styrke kvaliteten på tjenestene innen rusfeltet. For å sikre kvalitet ved de private institusjonene som yter tjenester innen TSB, stiller de regionale helseforetakene kvalitetskrav i avtalene. Det foreligger ingen form for sentral godkjenningsordning eller normering av tjenestetilbudet for å sikre kvalitet på tjenestene som disse institusjonene yter. Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene sørger for at tjenestetilbudet innen TSB er i tråd med lovens krav om forsvarlighet. Forsvarlighet må ifølge departementet vurderes ut fra retningslinjer og veiledere som er utformet av Helsedirektoratet. Direktoratet jobber med å utarbeide diverse retningslinjer og veiledere, men felles for det som per i dag foreligger av retningslinjer, er at disse er knyttet til enkeltgrupper av pasienter. Det finnes fortsatt ikke nasjonale retningslinjer eller annen veiledning som gir de regionale helseforetakene informasjon om hvordan tjenestene innen TSB bør bygges opp. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om departementet og direktoratet i tilstrekke-

lig grad har prioritert arbeidet med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere for TSB.

7.2 Styringsinformasjonen er begrenset

Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2003. Ifølge departementet skal data og resultater være et grunnlag for kvalitetsarbeid, gi ledelses- og styringsinformasjon til ledere og beslutningstakere på ulike nivåer og bedre faktagrunnlaget for den offentlige debatt og sykehusenes situasjon og utvikling.⁸² Departementet uttrykker at utvikling av kode- og klassifiseringssystemer er vesentlig for å få gode styringssystemer.⁸³ Når det gjelder styringsinformasjon innen TSB, foreligger det, i motsetning til de andre tjenesteområdene innen spesialisthelsetjenesten, ikke noen nasjonale kvalitetsindikatorer. Siden TSB ble etablert innen rammene av spesialisthelsetjenesten, er det gjennomført tiltak for å sikre bedre styringsinformasjon. I 2006 ble det innført venteliste-rapportering til NPR, og fra og med 2009 er alle institusjoner innen TSB forutsatt å rapportere aktivitetsdata i henhold til ny NPR-melding. At NPR legges om til et personidentifiserende helseregister, vil også gi klare styringsmessige fordeler innen TSB. Revisjonen konstaterer at departementet og direktoratet har gjort viktige grep for å sikre bedre styringsinformasjon innen TSB. Samtidig er det grunn til å påpeke at dette arbeidet har tatt lang tid, og at det nå er viktig at det arbeides godt med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer på et område der informasjonen om tjenestetilbudet så langt har vært mangelfull.

I tillegg til at det foreløpig ikke foreligger tilgjengelige aktivitetsdata innen TSB, er det problemer knyttet til kvaliteten på ventelistedata på dette området. Mangler ved rapporteringssystemene for innrapportering av data og mangelfull kvalitet på rapporterte data, øker sannsynligheten for upålitelig styringsinformasjon.

80) Ot.prp. nr. 3 (2002–2003), Ot.prp. nr. 54 (2002–2003).

81) St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet.

82) St.prp. nr. 1 (2005–2006) for Helse- og omsorgsdepartementet.

83) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6, *Nasjonal helseplan 2007–2010*.

For å sikre balanse mellom tilbud og etterspørsel i behandlingstilbudet innen TSB, er det nødvendig å ha kjennskap til behovet for tjenester når behandlingstilbudet planlegges. Undersøkelsen viser at tjenesteutformingen bare i begrenset grad bygger på dokumentert kunnskap om behovet for tjenester. Mangelfull kunnskap om behovet for tjenester medfører økt sjanse for at det ikke er det mest hensiktsmessige tjenestetilbudet som blir etablert. Etter revisjonens vurdering er det derfor nødvendig at det etableres bedre kunnskap om behovet for TSB.

Undersøkelsen viser også at rapporteringen fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet i årlig melding er mangelfull. En gjennomgang av den samlede rapporteringen fra de regionale helseforetakene for 2008 viser at de ikke gir tilstrekkelig og dekkende informasjon om tiltak og utvikling for de kravene som er stilt til TSB i oppdragsdokumentet. Dersom de regionale helseforetakene ikke informerer eier om måloppnåelse i forhold til krav i oppdragsdokument, blir det vanskelig for departementet å følge opp om de regionale helseforetakene utfører sitt "sørge for"-ansvar innen TSB.

7.3 Svak integrering av de private institusjonene i utviklingen av tjenestene

Ifølge St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet skal de regionale helseforetakene arbeide for å identifisere strategier og tiltak for tilgjengelighet, kompetanse og faglig kvalitet innenfor tjenesteområdene psykisk helsevern og TSB.⁸⁴

På landsbasis utgjør de private tjenesteyterne 58,3 prosent av den samlede behandlingsskapiteten⁸⁵ og representerer dermed en betydelig del av den samlede faglige kompetansen innen TSB. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i liten grad benytter den kompetansen disse institusjonene besitter i det faglige arbeidet i regionene. Blant annet er institusjonene bare i begrenset grad involvert i arbeidet med regionale rusplaner, og i enkelte tilfeller er involveringen av private institusjoner helt fraværende. Økt involvering av de private institusjonene i arbeid knyttet til videreutvikling av TSB vil kunne bidra med betydelig faglig kompetanse, samtidig som en slik involvering ville sikre forankring av valgte strategier i en bredere del av tjenesten.

84) St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.

85) Behandlingskapasitet i form av døgnplasser.

7.4 For liten standardisering av krav, rapportering og oppfølging

I henhold til merknadene til § 28 i helseforetaksloven skal det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.⁸⁶ På bakgrunn av dette forventes det at de regionale helseforetakene stiller krav om rapportering fra de private institusjonene innen TSB, og at de regionale helseforetakene følger opp mottatt rapportering.

Avtaleverket som fastsetter rammene for de private institusjonenes ytelse, er ikke standardisert på tvers av helseregionene, noe som stiller institusjonene overfor ulike krav til ytelse avhengig av hvilken region avtalene er inngått med. Også rapporteringskravene for aktivitetsdata varierer avhengig av region.

Undersøkelsen viser at både departementet og de regionale helseforetakene ønsker ytterligere informasjon om behandlingstilbudets kvalitet og virkning enn det de per i dag har tilgjengelig. Samtidig viser undersøkelsen at informasjonen departementet og de regionale helseforetakene ønsker, i enkelte tilfeller foreligger ved institusjonene uten at den etterspørres. For eksempel viser undersøkelsen at 33 av 39 institusjoner i løpet av de siste to årene har gjennomført brukerundersøkelser, men at informasjonen fra disse undersøkelsene bare i liten grad er videreformidlet og systematisert for analyser på et overordnet nivå. Mer systematisk gjennomføring og rapportering av brukerundersøkelser ville kunne gitt informasjon om deler av de forholdene som både de regionale helseforetakene og departementet etterspør.

Undersøkelsen viser også at de regionale helseforetakene i liten grad gir de private institusjonene tilbakemelding om innrapporterte data, og at de i liten grad gjør sammenstilling av flere institusjoners innrapporterte data og gjør dem tilgjengelige for institusjonene. Mer systematisk bruk av innrapporterte data internt i regionen vil øke nytteverdien av rapporteringen for den enkelte institusjon.

Alle de regionale helseforetakene stiller krav til at driften ved de private institusjonene er i tråd med gjeldende lovgivning og andre myndighetskrav. Blant annet stilles det krav om at institusjonene har et fungerende internkontrollsystem,

86) Lov av 15. juni 2001 nr. 93 (helseforetaksloven).

at individuell plan utarbeides for alle pasienter som ønsker dette, at det stilles krav om beleggsprosent og at det stilles krav om samarbeid med andre tjenesteytere.

De regionale helseforetakene får i hovedsak informasjon om de private institusjonene oppfyller disse kravene ved at institusjonene legger fram dokumentasjon for interne prosedyrer når det inngås kontrakt, og ved at kravene diskuteres i de årlige møtene mellom de regionale helseforetakene og private institusjoner. Utover dette følges institusjonene kun opp enkeltvis i møte dersom dårlige resultater i aktivitetsrapporteringen eller uheldige hendelser ved institusjonen tilsier det.

De regionale helseforetakene har ingen systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet ved den enkelte institusjon. Institusjonenes egenrapportering og tilsyn gjennomført av Helseilsynet er de regionale helseforetakenes eneste kilder til informasjon om interne prosedyrer ved institusjonene. I helseregion Midt-Norge er det i regi av Rusbehandling Midt-Norge HF startet opp et system for internt tilsyn innen helseforetaket som også vil føre til mer systematiske tilsyn ved de private institusjonene.

Manglende systematisk gjennomgang eller tilsyn av institusjonenes kvalitetssystem innebærer risiko for at avvik fra krav som er stilt i avtalene mellom regionalt helseforetak og institusjon, ikke blir oppdaget og fulgt opp. Det kan derfor stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i for liten grad kontrollerer om private institusjoner har de nødvendige interne kvalitetssystemene på plass.

7.5 Det er enkelte svakheter i institusjonenes internkontrollsystem

For å sikre kontinuerlig kvalitet i helsetjenestene som tilbys rusmiddelmissbrukere, er det nødvendig med systematiske kontrolltiltak i institusjonene. Helsetjenesten har siden lov om statlig tilsyn med helsetjenesten trådte i kraft i 1994, vært pålagt å etablere et system for internkontroll.

Undersøkelsen viser at de fleste institusjonene har et system for internkontroll. Likevel viser undersøkelsen at flere institusjoner bare har implementert deler av internkontrollsystemet.

Det er påvist at mange institusjoner bare delvis har eller ikke har rutiner for å gjennomføre

risikovurderinger ved institusjonens virksomhet. Manglende rutiner for gjennomføring av risikovurderinger av virksomheten kan gjøre at virksomheten ikke har oversikt over hvor det er fare for svikt, eller at stilte krav ikke nås.

En tredel av institusjonene har ikke skriftlige rutiner for å forebygge drop-out. Undersøkelsen viser også at om lag hver femte institusjon ikke gjennomgår mulige årsaker til drop-out på en systematisk måte. Dette vil kunne medføre at flere pasienter skrives ut tidligere enn om institusjonene hadde hatt bedre rutiner for å forebygge drop-out.

Undersøkelsen viser videre at under halvparten av institusjonene har skriftlige rutiner for evaluering av behandlingsopplegget. Et behandlingsopplegg som ikke fungerer hensiktsmessig, vil svekke behandlingen av pasientene og institusjonenes måloppnåelse.

Samtlige institusjoner i dybdeundersøkelsen oppgir å ha tatt lærdom av det landsomfattende tilsynet Helsetilsynet gjennomførte i 2006 uavhengig av om de var omfattet av tilsynet eller ikke. Flere av de regionale helseforetakene oppgir at de som følge av resultatene fra dette tilsynet hadde særskilt oppfølging av institusjonene.

Manglene knyttet til internkontrollsystem som er nevnt ovenfor, og det at en del av institusjonene ikke kontrollerer etterlevelse av eget internkontrollsystem, utgjør en risiko for at feil og mangler i institusjonenes virksomhet ikke blir korrigert. Det medfører også risiko for at målsettingene med institusjonenes virksomhet i mindre grad nås.

7.6 Mangler i bruk og innhold knyttet til individuell plan ved private institusjoner

Ifølge pasientrettighetsloven § 2–5 har pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre og mer samordnet tilbud til enkeltpersoner med behov for langvarige og

koordinerte helse- og/eller sosialtjenester.⁸⁷ I forskrift om individuell plan er det stilt krav til hvilke hovedpunkter en individuell plan skal inneholde. Et viktig aspekt ved innholdet i individuell plan er at planen kan belyse i hvor stor grad tjenesteyterne har forberedt overføring av pasient fra institusjon til kommunen eller andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen viser at en stor andel av pasientene som har vært innskrevet ved institusjon, ikke har fått utarbeidet individuell plan. Undersøkelsen viser også at mange pasienter ønsker individuell plan. Dette indikerer at det er mangler knyttet til institusjonenes arbeid med å utarbeide individuell plan for de pasientene som ønsker og har rett på en slik plan. Dette gjør at det er en risiko for at pasientenes rettigheter ikke blir ivarettatt.

Gjennomgangen av saksmapper og individuelle planer viser en rekke mangler knyttet til kravene som er stilt til innhold i individuelle planer. I en del individuelle planer er ikke pasientens mål, ressurser og behov for tjenester dokumentert. Videre er det en del tilfeller der tidspunkt for revidering av planen ikke er registrert. Det er heller ikke alltid dokumentert at pasienten har samtykket i utarbeidelse av individuell plan, eller at det er angitt hvem som er koordinator for planen.

Dersom den individuelle planen ikke oppfyller kravene som er satt til hva en plan skal inneholde, er retten til individuell plan bare delvis oppfylt. Mangler i innholdet i pasientenes individuelle planer utgjør en risiko for at pasienten ikke vet hvilke tjenester som skal ytes, samt når og hvordan tjenestene skal ytes. Videre kan mangler gjøre at den instansen som skal overta oppfølgingen av pasienten etter institusjonsoppholdet, ikke har godt nok grunnlag for å gi målrettede hjelpetiltak. Mangelfull dokumentasjon reduserer også etterprøvbareheten i forbindelse med klagebehandling, tilsyn og revisjon. Dersom en individuell plan ikke oppfyller kravene til innhold som følger av forskriften, vil det være grunnlag for klage.⁸⁸ Samlet sett reiser dette spørsmål om institusjonene i tilstrekkelig grad har kontrolltiltak knyttet til om det utarbeides individuell plan og omkring innholdet i de individuelle planene som utarbeides ved institusjonene.

Undersøkelsen viser at oppfølgingstiltak i etterkant av oppholdet ved institusjonen og ansvarlige for disse er utilstrekkelig beskrevet i de individuelle planene. Dette kan føre til at tiltak i etterkant av institusjonsoppholdet ikke blir tilstrekkelig planlagt og forberedt. Manglende tiltak i etterkant av institusjonsoppholdet utgjør en risiko for at målsettingen med institusjonsoppholdet for pasienten ikke nås. Det kan derfor stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har gitt god nok informasjon om og opplæring i betydningen av og hensikten med individuell plan.

7.7 Samarbeidet med andre tjenesteytere er ikke godt nok

En tredel av institusjonene har ikke eller har bare delvis skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen. En noe mindre andel av institusjonene har ikke skriftlige rutiner for samhandling med de kommunale tjenestene ved avslutning av behandling ved institusjonen. Manglende rutiner på dette punktet kan føre til at samhandlingen med andre tjenesteytere blir tilfeldig og lite planlagt.

Over halvparten av institusjonene som er besøkt, uttrykker problemer knyttet til samhandlingen med kommuner rundt ettervernet. Manglende samarbeid kan føre til at oppfølgingen av pasienten i etterkant av institusjonsoppholdet blir lite målrettet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har lagt til rette for å få til en god samhandling mellom institusjonene og kommunene.

87) *Individuell plan 2007, Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet.*

88) *Individuell plan 2007, Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet.*

8 Referanseliste

Proposisjoner

- St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2005–2006) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007).
- Nasjonal helseplan 2007–2010.
- Ot.prp. nr. 49 (2005–2006) *Om lov om endring i helseregisterloven* (Norsk pasientregister).
- Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og i enkelte andre lover* (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere).
- Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.* (Rusreform II og rett til individuell plan).

Innstillinger

- Innst. O. nr. 4 (2003–2004) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* (Rusreform II og rett til individuell plan).
- Innst. O. nr. 51 (2002–2003) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover* (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere).

Dokumenter til Stortinget

- Dokument nr. 1 (2008–2009) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2007.*
- Dokument nr. 3:5 (2008–2009) *Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem.*

Lover og forskrifter

- *Lov av 30. mars 1984 nr. 15* (lov om statlig tilsyn i helsetjenesten).
- *Lov av 2. juli 1999 nr. 62* (helsepersonelloven).
- *Lov av 2. juli 1999 nr. 63* (pasientrettighetsloven).
- *Lov av 15. juni 2001 nr. 93* (helseforetaksloven).
- *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002* (Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten).
- *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 12. desember 2004* (Forskrift om individuell plan).

Styringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Statsbudsjettet 2007 – kap 720 Sosial- og helsedirektoratet – tildeling av bevilgning.* Brev til Sosial- og helsedirektoratet, 01.2007.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Statsbudsjettet 2008 – kap 720 Sosial- og helsedirektoratet – tildeling av bevilgning.* Brev til Sosial- og helsedirektoratet, 29.01.2008.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Statsbudsjettet 2008 – kap 720 Helsedirektoratet – tildeling av bevilgning.* Brev til Helsedirektoratet, 30.01.2009.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Shdirs anbefaling etter evaluering av rusreformen.* Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 22.03.2007.
- Helsedirektoratet (2009) *Helsedirektoratet – Årsrapport for 2008.* Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 26.02.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Oppdragsdokument 2007 Helse Øst RHF.*

- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Oppdragsdokument 2007 Helse Sør RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Oppdragsdokument 2007 Helse Vest RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Oppdragsdokument 2007 Helse Midt-Norge RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Oppdragsdokument 2007 Helse Nord RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Oppdragsdokument 2008 Helse Sør-Øst RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Oppdragsdokument 2008 Helse Vest RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Oppdragsdokument 2008 Helse Midt-Norge RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Oppdragsdokument 2008 Helse Nord RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Oppdragsdokument 2009 Helse Sør-Øst RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Oppdragsdokument 2009 Helse Vest RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Oppdragsdokument 2009 Helse Midt-Norge RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Oppdragsdokument 2009 Helse Nord RHF*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Foretaksprotokoll Helse Sør-Øst RHF – Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, behandling av årlig melding for 2008 – m.m.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Foretaksprotokoll Helse Vest RHF – Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, behandling av årlig melding for 2008 – m.m.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Foretaksprotokoll Helse Midt-Norge RHF – Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, behandling av årlig melding for 2008 – m.m.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Foretaksprotokoll Helse Nord RHF – Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, behandling av årlig melding for 2008 – m.m.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Årlig melding for 2008 fra Helse Sør-Øst RHF*. Brev til Helse Sør-Øst RHF, 24.04.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Årlig melding for 2008 fra Helse Vest RHF*. Brev til Helse Vest RHF, 24.04.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Årlig melding for 2008 fra Helse Midt-Norge RHF*. Brev til Helse Midt-Norge RHF, 24.04.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Årlig melding for 2008 fra Helse Nord RHF*. Brev til Helse Nord RHF, 24.04.2009.
- Helsedirektoratet (2008) *Ventetider og pasientrettigheter 2008*, Norsk pasientregister IS-08/2008.
- Helsedirektoratet (2009) *IS 1/2009 Nasjonale mål og hovedprioriteringer*. Rundskriv til de regionale helseforetakene, 10.02.2009.
- Helsedirektoratet (2009) *Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2009*, Norsk pasientregister IS-12/2009.
- Helse Sør-Øst RHF (2009) *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008*.
- Helse Vest RHF (2009) *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008*.
- Helse Midt-Norge RHF (2009) *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008*.
- Helse Nord RHF (2009) *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008*.
- Helse Sør-Øst RHF (2009) *Supplerende opplysninger til årlig melding 2008 fra Helse Sør-Øst RHF*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 15.05.2009.
- Helse Vest RHF (2009) *Oppdragsdokumentet 2008 – tilleggsrapportering årlig melding*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 25.05.09.
- Helse Midt Norge RHF (2009) *Årlig melding for 2008 fra Helse Midt-Norge RHF – utdypende rapportering på enkeltpunkter*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, [udatert].
- Helse Nord RHF (2009) *Årlig melding 2008 for Helse Nord RHF*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.05.2009.

Utredninger og andre dokumenter

- *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere – Prospektiver og strategier*, Helsedepartementet, 2004.
- *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005*, Sosialdepartementet, 2002.
- *... Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Veileder IS-1162, Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
- *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmisbrukerne*. Rapport IS-0050, Sosial og helsedirektoratet 2004.
- *Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan*. Veileder IS-1253, Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

- *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. IS-1183, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
- *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddel-misbrukere*. Rapport fra Helsetilsynet 03/2007.
- *Veileder for landsomfattende tilsyn 2006: Tverrfaglig spesialiserte tjenester for rusmiddel-misbrukere*. Helsetilsynet 2006.
- SAMDATA – Sektorrapport for rusbehandling, 04/08, Sintef, 2007.
- SAMDATA – Sektorrapport for rusbehandling, 04/09, Sintef, 2008.
- *Opptrappingsplanen for rusfeltet – Statusrapport for 2008*. Rapport IS-1660, Helsedirektoratet, 2009.
- *Rusmidler i Norge 2009*, Sirius, 2009.
- Lie, Terje og Sverre Nesvåg (2006): *Evaluering av rusreformen – Rapport IRIS 2006/227*, International Research Institute of Stavanger, 2007.

Andre kilder

- *Strategi kjøp av helsetjenester fra private leverandører – Helse Sør-Øst 2008–2011*, Helse Sør-Øst RHF, 2008.
- *Nasjonal informasjonstjeneste for Fritt sykehusvalg Norge*
<http://frittsykehusvalg.no/start/> [Hentedato 01.10.2009].
- NPR ventelistenotat.
- Gjennomgang av status for behandlingstilbudene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Sør-Øst-2008, Helse Sør Øst, 2008.

9 Vedlegg

Variabler som inngår i institusjonenes rapportering til Norsk pasientregister. Hentet fra veileder for registrering av venteliste- og aktivitetsdata i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk (TSB). Utkast per 19.12.2008

Flere av de opplysningene som skal registreres har sin opprinnelse fra Pasient- og klientkartleggingsskjemaet for tiltak i rusfeltet (KKS). Variablene fra KKS er samordnet med de øvrige opplysninger for henvisnings- og episodedata som kreves rapportert til NPR gjennom NPR-melding. Samlet utgjør disse et datasett for TSB.

En delmengde av disse opplysningene skal rapporteres til NPR på avtalt format ("NPR-melding"), mens andre er utelukkende lokale. Det er opplysningene som skal rapporteres til NPR som inngår i variabellisten vist på denne siden.

Registreringsveilederen er organisert kronologisk for å beskrive hvordan ulike faser i et tenkt pasientforløp innen TSB skal registreres. Enkelte variabler forekommer flere ganger i variabel-listen, dette reflekterer faseoppbyggingen i veilederen.

Variabelliste

Kjønn
Fødselsår
Folkeregisterkommune
Bydelskode
Trygdenasjon
Mottaksdato
Ansiennitetsdato
Henvist fra tjeneste
Henvist fra helseinstitusjon
Fritt sykehusvalg
Individuell plan status
Individuell plan dato
Vurderingsdato
Henvisningstype
Omsorgsnivå
Ny tilstand
Rett til nødvendig helsehjelp
Frist for nødvendig helsehjelp
Tildelt behandlingsdato
Fagområde
Enhet identifikator behandlingssted

Enhet identifikator tjenesteenhet
Enhet identifikator fagenhet
Ventetid sluttdato
Ventetid sluttkode
Utsettelsesdato
Utsettelseskode
Enhet identifikator medisinsk ansvar
Enhet identifikator utførende
Enhet identifikator sted
Inndato og tid
Fra sted
Fra institusjon
Debitor
Fagområde
Folkeregisterkommune
Bydelskode
Samtykkekompetanse
Innmåte hastegrad
Omsorgsnivå
Tilstander/diagnoser
Permisjonsdøgn
Deltaker type
Utdato og tid
Til sted
Til institusjon
Epikrise sendt dato
Enhet identifikator medisinsk ansvar
Enhet identifikator utførende
Enhet identifikator sted
Fra sted
Fra institusjon
Debitor
Fagområde
Folkeregisterkommune
Bydelskode
Samtykkekompetanse
Innmåte hastegrad
Omsorgsnivå
Inndato og tid
Utdato og tid
Tilstander/diagnoser
Kontakttype
Indirekte aktiviteter
Aktivitetstype
Sted for aktivitet
Takstnummer
Samarbeidspart
Deltaker type
Epikrise sendt dato
Dato for kartlegging




2 385 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 344

Trykk: 07 Gruppen / Lobo Media AS 2010



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 528