



Innst. 266 S

(2009–2010)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:7 (2009–2010)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverr- faglig spesialisert behandling for rusmiddelav- hengige

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 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 pst. av den samlede behandlingsskapasiteten, 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 behandlingsinstitusjoner. I tillegg overtok de regionale helseforetakene 32 fylkeskommunalt eide behandlingsinstitusjoner. De regionale helseforetakene hadde i 2008 avtale med 35 private institusjoner innen TSB. 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 offentliges kjøp av plasser ikke sikrer en tilstrekkelig kvalitet i behandlingen.

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 har vært 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 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?

1.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Rapporten gjør nærmere rede for gjennomføringen av undersøkelsen, datainnhenting mv.

1.3 Oppsummering av funnene

1.3.1 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.

1.3.2 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. 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 behandlingsplasser på grunnlag av løpende etterspørsel etter tjenester, slik dette kommer til uttrykk i form av henvisninger til TSB. 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.

1.3.3 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.

1.3.4 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. Undersøkelsen viser at det i de tre helseregionene hvor det stilles krav om beleggsprosent, er institusjoner som ikke 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.

1.3.5 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.

1.3.6 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 pst. 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 ivare tatt, 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 oppfyller 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.

1.3.7 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.

1.4 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 kvalitetssystemene 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 etterprøvbareheten 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.

1.5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

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

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

... 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 Legemiddelasistert 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 døgntil behandling, 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 registrering 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.»

1.6 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 internkontrollsystemet 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.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bendiks H. Arnesen, Martin Kolberg og Marit Nybakk, fra Fremskrittspartiet, lederen Anders Anundsen, Ulf Erik Knudsen og Øyvind Vaksdal, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Hallgeir H. Langeland, fra Senterpartiet, Ola Borten Moe, fra Kristelig Folkeparti, Hans Olav Syversen, og fra Venstre, Trine Skei Grande, viser til at de regionale helseforetakene 1. januar 2004 fikk ansvaret for tverrfaglig spe-

sialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), og at Stortingets overordnede mål med denne rusreformen er at rusmiddelmisbrukerne med sammen-satte problemer skal få gode tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre.

Komiteen viser også til den foreliggende undersøkelse fra Riksrevisjonen og at formålet med denne 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, og samtidig vurdere hvordan det avtalefestede private institusjonstilbudet sørger for at kravene til kvalitet i internkontroll og individuell plan ivaretas.

Komiteen har merket seg at det ikke finnes nasjonale retningslinjer eller annen veiledning som gir de regionale helseforetakene informasjon om hvordan tjenestene innen TSB bør bygges opp.

Komiteen er kjent med Helse- og omsorgsdepartementets opplysning om at retningslinjer og veiledere for TSB først vil foreligge innen 2015, og komiteen er enig med Riksrevisjonen i at dette arbeidet må gis stor oppmerksomhet og følges opp løpende slik at nødvendige faglige retningslinjer og veiledere for TBS er på plass snarest mulig.

Komiteen er også enig med Riksrevisjonen om viktigheten av at det skaffes til veie bedre styringsinformasjon, slik at departementet på en bedre måte kan vurdere spesialisthelsetjenestens resultater og kvalitet innen TSB.

Komiteen har merket seg at Riksrevisjonens undersøkelse har avdekket at de regionale helseforetakene ikke har noen systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet ved den enkelte institusjon, og at internkontrollsystemet i flere institusjoner har mangler, samt at en del institusjoner ikke kontrollerer etterlevelsen av egne systemer.

Komiteen deler derfor Riksrevisjonens vurdering når det gjelder risikoen for at tjenestene ikke har den kvalitet som er påkrevd.

Komiteen har merket seg Riksrevisjonens spørsmål om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad følger opp at institusjoner de har avtale med innen TSB, har de nødvendige interne kvalitets-systemer på plass.

Komiteen merker seg at Riksrevisjonens undersøkelse viser at en stor del av pasientene som har vært innskrevet ved institusjon, ikke har fått utarbeidet individuell plan, og komiteen merker seg også Riksrevisjonens bemerkning om at mangelfull utarbeidelse av individuell plan utgjør en risiko for at pasientenes rettigheter ikke blir ivaretatt og kan ha konsekvenser for målsettingen med behandlingen ved institusjonene.

Komiteen mener at dette er forhold som snarest må bringes i orden, og er derfor tilfreds med at

Helse- og omsorgsdepartementet har satt ekstra fokus på dette overfor de regionale helseforetakene, og at dette også omfatter de private institusjonene med avtale med de regionale helseforetakene.

Komiteen merker seg også at 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.

Komiteen ser det som naturlig at også dette inngår i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å forbedre denne tjenesten.

Komiteen registrerer at det i Riksrevisjonens undersøkelse framkommer at institusjonene opplever problemer knyttet til samhandling med kommuner rundt planlegging av ettervernet, og at problemene i stor grad er knyttet til å få bolig og til samarbeid med kommunale saksbehandlere om perioden etter behandlingen.

Komiteen ser klart at et manglende samarbeid på slike viktige områder kan svekke effekten av behandlingen, og mener at dette snarest må bedres.

Komiteen er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementet på egnet måte vil ta opp Riksrevisjonens undersøkelse i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Komiteen er opptatt av at det kan skje mer forskning på rusområdet, og mener det både er viktig å forske på hva rusmisbruk kan føre til, hvilke kostnader rusmisbruk påfører samfunnet totalt sett og hvordan vi kan hjelpe dem som er rusavhengige. Komiteen mener for eksempel at det er behov for mer informasjon om hvilke behandlinger som fungerer bra.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Venstre vil peke på at manglene som Riksrevisjonen avdekker i rusomsorgen i Dokument 3:7 (2009–2010) er uakseptable og at de kan ha store konsekvenser for pasientene. Disse medlemmer vil vise til at denne pasientgruppen står svakt og at gruppen allerede diskrimineres av det offentlige gjennom unødvendige restriksjoner innen medikamentell behandling, eksempelvis strenge regler for utskrivning av pasienter fra legemiddelassistert rehabilitering. Disse medlemmer mener det haster med å sikre de rusavhengige et bedre tilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil peke på at det går frem av Riksrevisjonens undersøkelse at arbeidet med de nasjonale retningslinjene og veiledere for tjenesteutforming innen rusmiddelbehandling ikke vil

foreligge før i 2015. Flertallet er bekymret over at rusbehandlingen ikke er basert på tilstrekkelig faglig kunnskap, og at det tar for lang tid å få på plass nasjonale retningslinjer og veiledere for tjenesteutforming.

Flertallet vil også peke på at mellom 69 og 79 pst. av pasientene ved de private institusjonene ikke har fått utarbeidet en individuell plan for behandling, til tross for at dette er noe mange av pasientene har ønsket seg. Flertallet vil peke på at det er positivt at Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav om en økning av andelen med individuell plan.

Flertallet vil imidlertid understreke at arbeidet går for tregt. Det offentlige bruker store summer på rusbehandling hvert år. Det er positivt og viktig, men når bruken av midlene ikke følges skikkelig opp med faglig innhold og individuell tilpasning, kan dette gå ut over pasientene. Flertallet vil også peke på at det er uheldig at det er uklart hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan slik dette praktiseres i dag.

Flertallet vil understreke at mangel på nasjonale retningslinjer og veiledere ikke bare rammer tverrfaglig spesialisert rusbehandling i private institusjoner, men også tjenestene som gis av det offentlige. Det haster med å få dokumentert kunnskap for hvordan disse tjenestene skal bygges opp for å sikre kvaliteten på tjenestene til rusavhengige både i privat og offentlig regi.

Flertallet vil også vise til at Riksrevisjonen påpeker at de private institusjonene representerer en betydelig del av den samlede faglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i liten grad benytter den kompetansen disse institusjonene besitter i det faglige utviklingsarbeidet i regionene. Institusjonene er i begrenset grad involvert i arbeidet med regionale rusplaner, og i enkelte tilfeller er involveringen helt fraværende. Økt involvering av de private institusjonene i arbeidet med videreutviklingen av TSB vil ifølge Riksrevisjonen bidra til økt faglig kompetanse, samtidig som en slik involvering

vil sikre forankring av valgte strategier i en bredere del av tjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener de regionale helseforetakene må benytte kompetansen hos private institusjoner, og det må etableres systemer som sikrer at private institusjoner er systematisk og formalisert involvert i utviklingen av tjenester til rusavhengige i de regionale helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Helse- og omsorgsdepartementets svar til Riksrevisjonen av 2. mars 2010, hvor det fremkommer at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2010, påpekes 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. Disse medlemmer viser videre til arbeidet med prosedyrekodeverk som Helsedirektoratet har startet for å oppnå bedre registrering og rapportering blant annet innen TSB, slik det fremkommer av samme brev.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 3:7 (2009–2010) – Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 25. mai 2010

Anders Anundsen
leder

Bendiks H. Arnesen
ordfører

