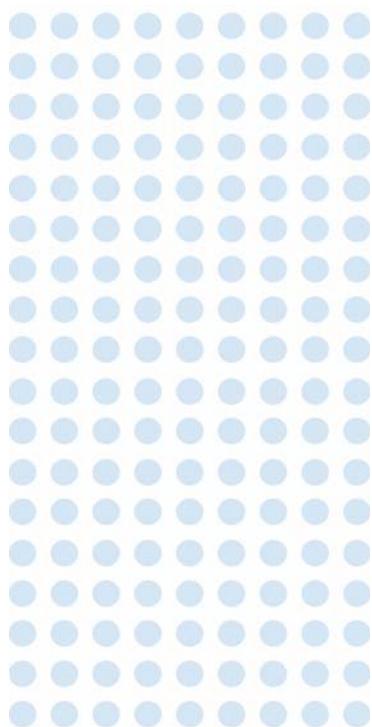


HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  NORD

HELSE  SØR-ØST

HELSE  VEST



# Nasjonal Strategigruppe II

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert  
rusbehandling

## Arbeidsgruppe 5

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

September 2010



1	Forord.....	4
2	Innledning.....	5
3	Oppsummerte anbefalinger.....	6
4	Mandat og gruppesammensetning.....	6
5	Metodisk tilnærming.....	7
6	Om TSB og psykisk helsevern, samt forholdet til somatikken.....	7
6.1	Betydningen av reell brukemedvirkning og individuell plan.....	9
6.2	Anbefalt struktur for TSB.....	10
6.3	Understøtte kommunene.....	13
6.4	Kapasitet.....	13
7	Konklusjon.....	15
	Vedlegg 1: Nøkkelinformasjon om TSB.....	16

## 1 Forord

Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har iverksatt 5 gruppearbeid med sentrale tema i tråd med mandat gitt av AD-møtet (adm.dir i de 4 RHF) 24. august 2009. Dette er 1 av de 5 rapportene som er utarbeidet.

Arbeidsgruppene ble opprettet i møte i Nasjonal Strategigruppe II 16.10.09. Gruppene har bestått av deltagere fra alle RHF, de største faggruppene innen psykisk helsevern, universitet, høyskoler, KS og brukerorganisasjoner. Alle RHF har ledet hver sin arbeidsgruppe, mens Mental Helse sin representant i Nasjonal Strategigruppe II har ledet gruppen om brukermedvirkning. Arbeidsgruppene har hatt flere arbeidsmøter og telefonmøter. Utkast til rapporter ble levert ultimo april i år. Etter dette har Nasjonal Strategigruppe II behandlet utkastene, der innholdet er blitt diskutert og korrigert i fht felles forståelse av mandatet.

For å kvalitetssikre arbeidene er rapportene sendt ut til noen faglige ressurspersoner med oppgave å komme med vurderinger av rapportutkastene. Dette har ikke vært en høring, men er gjort for å få innspill fra kompetente personer som ikke har vært en del av prosessen (peer review). Dersom de hadde behov for å drøfte innholdet med andre i fagmiljøet, var det anledning til det. Tilbakemeldingene fra disse fagpersonene ble igjen vurdert av arbeidsgruppene og av Nasjonal Strategigruppe II før den endelige versjonen ble slutført. Deretter er rapportene ledelsesforankret i RHF-ene og i Helsedirektoratet.

Denne rapporten fremstår nå derfor som faglig gjennomarbeidet, og med ledelsenes anbefaling.

For å implementere det arbeidet som disse gruppene har levert, har Nasjonal Strategigruppe II, sammen med Helsedirektoratet invitert til en nasjonal konferanse ultimo september 2010. Til denne konferansen inviteres alle RHF og HF med både ledere og fagpersoner, i tillegg til brukerorganisasjoner, KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. På konferansen vil hovedinnholdet i rapportene bli lagt frem, og deltagerne vil bli utfordret til å stake ut veien videre for å implementere tiltakene som nå er ledelsesforankret.

Nå gjelder det å få satt gode faglige retningslinjer ut i livet – til det beste for brukere og fagmiljø. Arbeidet med forbedringer er ikke ferdig når vi er enige om hvor vi skal, men vi er godt i gang!

Med hilsen



Gunnar Bovim

Leder Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## 2 Innledning

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) ble en ny spesialisthelsetjeneste fra 2004. I begrepet TSB er det inneforstått at rusmiddelproblemer må møtes tverrfaglig hvor både medisinske, psykologiske og sosialfaglige tiltak inngår<sup>1</sup>. For den enkelte pasient er rusmiddelproblemet vanligvis bredspektret bestående av skadelig rusmiddelbruk/avhengighet, psykiske problemer, somatiske problemer og en rekke sosiale problemer (familie/nettverk, sysselsetting/aktivisering, økonomi/hjemmemiljø, med mer). For pårørende og familie medfører rusproblemene ofte store belastninger. I et samfunnsmessig perspektiv representerer overdreven rusmiddelbruk et betydelig folkehelseproblem.

Tjenestetilbudet innenfor TSB skal være tilpasset befolkningens behov og fungere som en helhet i samhandling med kommunale tjenester, øvrig spesialisthelsetjeneste og andre aktører. Virksomheten skal være tuftet på en kunnskapsbasert tilnærming og utøves i henhold til gjeldende regelverk og myndighetskrav. Foruten pasientbehandling er kjerneoppgavene for TSB også utdanning av helsepersonell, forskning, og opplæring av pasienter og pårørende.

Selv om tilbudet innenfor TSB er styrket betydelig de senere år, er det gjennom mandatet identifisert et behov for å komme med forslag til overordnede tiltak for å tilpasse TSB bedre utviklingen innenfor helse- og sosialtjenesten i Norge, og for bedre å imøtekomme pasientenes sammensatte behov.

Vedlegg 1 gir nøkkelinformasjon om TSB.

---

<sup>1</sup> Jf IS-1505 Vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 3 Oppsummerte anbefalinger

Strategigruppa har som oppdragsgiver for arbeidsgruppa lagt til grunn at det skal fremmes få, konkrete og målbare anbefalinger som kan implementeres raskt og føre til atferdsendring i tjenestene. Disse er:

1. **Helhetlige pasientforløp og integrert behandling:** Det bør utarbeides forpliktende og effektive samhandlingsrutiner mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB for å sikre og utvikle integrert og helhetlig behandling for pasienter med sammensatte lidelser. Tjenestestrukturen og organiseringen innen TSB bør i større grad legge til rette for helhetlige pasientforløp.
2. **Brukermedvirkning og individuell plan:** Alle pasienter skal oppleve reell brukermedvirkning og tilbys individuell plan. Individuell plan bør vurderes som en av flere kvalitetsindikatorer for TSB som måles fra 2011.
3. **En framtidsrettet struktur:** TSB bør innen 2012 være utbygd med desentraliserte og sentraliserte tilbud tilpasset befolkningens behov og øvrige tjenester. En effektiv akuttkjede skal være etablert. Fagområdet bør ha større fokus på kunnskapsbasert behandling og behandlingsmetoder.
4. **En sterkere kommunerolle med spesialisthelsetjenesten i ryggen:** Gjennom samhandlingsreformen må det sikres at helse- og sosialtjenesten bedre forebygger og følger opp personer med rusproblemer. Gode boligløsninger, meningsfull aktivitet og individuell oppfølging må prioriteres. Planlegging og etablering av lokalmedisinske sentre/distriktsmedisinske sentre bør også omfatte ruspasienter og samarbeide nært med TSB.
5. **Fortsatt opptrapping:** Det er fortsatt behov for kapasitetsvekst og bedre tilgjengelighet innenfor TSB. Hvert RHF må nærmere analysere behandlingsbehov og ressursbruk i sin region. RHFene må integrere de private rusinstitusjonene med avtale mer forpliktende enn i dag.

### 4 Mandat og gruppesammensetning

Arbeidsgruppa fikk sitt mandat fra strategigruppas sekretariat 19.01.2010:

*Det vil være behov for å iverksette et arbeid for å komme med forslag til overordnede "grep" for at tjenestene innenfor TSB skal fremstå helhetlige og sammenhengende og tilpasset den øvrige spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det også helt sentralt at disse tjenestene i best mulig grad også i best mulig grad tilrettelegges for kommunal oppfølging under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.*

Dette arbeidet vil også kunne legge premisser for en nærmere omtale av tjenestene overfor rusmiddelavhengige i nasjonal helse- og omsorgsplan:

- Vurdere fremtidig kapasitet på tjenestene innen TSB.

- Vurdere og foreslå virkemidler og tiltak for at spesialisthelsetjenesten bedre kan understøtte kommunal oppfølging av rusmiddelavhengige.
- Foreslå fremtidig struktur på og sammensetning av tverrfaglig spesialisert behandling inkludert LAR i spesialisthelsetjenesten – også i forhold til øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, da særlig grad det psykiske helsevern.

Gruppen har gjennomført flere møter og hatt ulike former for meningsutveksling, og består av:

- Reidar Hole, fagdirektør Rusbehandling Midt-Norge HF, leder for arbeidsgruppa
- Anne Jensen, rådgiver Kommunenes sentralforbund (i en innledende fase)
- Arne Johannesen, seniorrådgiver/overlege Helsedirektoratet/Sykehuset Telemark (til 11.03)
- Herdis Dugstad, seniorrådgiver Helsedirektoratet (fra 11.03)
- Jon Storaas, leder Rusmisbrukernes interesseorganisasjon RiO
- Åsa Kristina Bjørndal, overlege Psykiatrisk ungdomsteam, Helse Bergen
- Berit Marie Dypsjord, nestleder Rogaland lokallag, landforeningen for pårørende innen psykiatri LPP
- Trond Nesse, overlege Helse Stavanger
- Solfrid E. Lilleeng, forsker Sintef Helse

## 5 Metodisk tilnærming

Arbeidsgruppa er sammensatt slik at kunnskap fra forskere, brukere, klinikere, helsemyndigheter og ledere er representert. Ut fra en forståelse av mandat og innenfor oppdragets rammer, har metoden for arbeidet vært knyttet til å synliggjøre deltakernes kompetanse/synspunkter i lys av sentrale dokumenter på feltet, beskrive situasjonen og utarbeide anbefalinger på denne bakgrunn. Rapporten er ført i pennen av gruppas leder. Eksempler på sentrale dokumenter er opptrappingsplanen for rusfeltet fra regjeringen for 2007-2010, SAMDATA sektorrapport rus for 2008, ventetidsrapporten fra Helsedirektoratet for 2009, vurderingsveilederen for TSB fra Helsedirektoratet 2008, funn fra tilsyn gjennomført av Helsetilsynet, med mer.

## 6 Om TSB og psykisk helsevern, samt forholdet til somatikken

*... Mitt problem som pårørende er at det er for lite forståelse for at pasienten trenger samtidig behandling for sine rusproblemer og psykiske problemer. Det virker å være for lite kompetanse på rus i psykisk helsevern, og at pasienten er for syk til å få plass innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. .” (Brukererfaringer formidlet fra LPP)*

Både TSB og psykisk helsevern har store pasientgrupper med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Helsedirektoratet kommer etter planen høsten 2010 med høring om en ny nasjonal faglig retningslinje for ”Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse” gjeldene fra 2011. Retningslinjen omhandler:

- Kunnskap om samtidige psykiske lidelser og ruslidelse
- Kunnskap om vurderingsprosessen; Identifisering/utredning og diagnostisering
- Anbefalt behandling og oppfølging
- Ansvars plassering

Når det gjelder ansvars plasseringen legger retningslinjen til grunn følgende:

Ansvar	Psykisk helsevern	Psykisk helsevern	TSB
Ruslidelse	Alvorlig ruslidelse og mindre alvorlig ruslidelse	Mindre alvorlig ruslidelse	Alvorlig ruslidelse
Psykisk lidelse	Alvorlig psykisk lidelse	Moderat psykisk lidelse	Moderat psykisk lidelse

Det er også identifisert områder hvor gapet er stort mellom retningslinjen og klinisk praksis:

1. Mangel på systematisk utredning av ruslidelse og psykisk lidelse ved bruk av anbefalt kartleggingsverktøy
2. Psykiatriske poliklinikker behandler i begrenset grad personer med rusmisbruk/avhengighet
3. Integreert behandling av både ruslidelsen og den psykiske lidelsen er begrenset, særlig i psykiatriske poliklinikker
4. Samarbeid horisontalt og vertikalt er lite utviklet

Tiltak for å tette gapet er:

- Psykiatriske poliklinikker må i større grad behandle ruslidelser
- Sørgje for at behandlere ved psykiatriske poliklinikker og i ruspoliklinikkene systematisk utreder ruslidelser og psykiske lidelser ved bruk av anbefalte screeningsverktøy
- Øke kompetansen om integrert behandling
- Veiledning fra spesialisthelsetjenesten ut til kommunene må styrkes
- Utvikle samarbeidsmodeller

Det er også behov for å styrke samhandlingen mellom TSB og somatisk spesialisthelsetjeneste. Mange pasienter med rusmiddelproblemer behandles for ulike somatiske lidelser uten at disse fanges godt nok opp i det videre forløpet. Det kan også være pasienter innenfor TSB som ikke godt utredes og behandles for aktuelle somatiske lidelser. Forpliktende forløpsbeskrivelser og etablering av tilsyn/liason-ordninger er aktuelle tiltak.

Fra et pasientperspektiv er det viktig at spesialisthelsetjenesten utvikles med "en dør inn", hvor tjenesten organiseres slik at pasientens helhetlige behandlingsbehov ivaretas. Dette betyr at både somatikk, psykisk helsevern og TSB må ha en helhetlig innretning, organisere tjenestene i tråd med helsemyndighetenes retningslinjer og utvikle effektive samhandlingsrutiner.

Dette innebærer også sterkere vektlegging av helhetlige pasientforløp. Det vil si at tilbudet skal ta utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, og tjenestene skal gis i en planlagt og uavbrutt kjede. Som ledd i forberedelsene til Samhandlingsreformen er det arbeidet med

pasientforløp innenfor ulike fagområder – herunder rus<sup>2</sup>. Gruppene har blant annet prøvd å identifisere på hvilke områder det skjer, eller er risiko for brudd i forløpet.

## Anbefaling 1

**Helhetlige pasientforløp og integrert behandling:** *Det bør utarbeides forpliktende og effektive samhandlingsrutiner mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB for å sikre og utvikle integrert og helhetlig behandling for pasienter med sammensatte lidelser. Tjenestestrukturen og organiseringen innen TSB bør i større grad legge til rette for helhetlige pasientforløp.*

### 6.1 Betydningen av reell brukemedvirkning og individuell plan

I henhold til nasjonal kvalitetsstrategi for sosial- og helsetjenesten skapes kvalitet i møtet mellom utøver og bruker og må omfatte følgende elementer, som er gjennomgående i kvalitetsstrategien: Faglig gode tjenester levert på en menneskelig sett god måte i et system som fremmer helhet. I dette er også brukeren en sentral og nødvendig premissleverandør for å sikre og utvikle god kvalitet.

Nyere kunnskap viser at pasienters egen innsats er noe av det grunnleggende i bedringsprosesser knyttet til rus- og psykiske problemer. Å finne ut hva pasientene tror vil være nyttig for dem, er en sentral faktor for å oppnå bedring og en viktig del av faglig forsvarlighet. Behandlers og institusjoners metodevalg er viktige og det foreligger kunnskap som viser at en rekke metoder er virksomme, men betydningen av at behandlere systematisk etterspør hvordan pasienten opplever samarbeidet og effekten av egen behandling er ofte undervurdert. Studier har vist at pasientfeedback effektiviserer behandlingen og forebygger drop-out særlig for pasienter med sammensatte lidelser. Brukeren (både pasient og pårørende) må bli en mer likeverdig part i utformingen av hva som vil være den beste hjelpen.

Individuell plan er en pasientrettighet som brukt riktig er et virkemiddel for å sikre god brukermidvirkning, effektive og tilpassede hjelpetiltak. Dette forutsetter likeverdighet i møte mellom deltakerne, pasientens behov i sentrum, god inkludering av pårørende, god koordinering/lagånd og myndiggjorte/offensive behandlere. Det finnes mange gode eksempler på at dette fungerer i rusfeltet, men hovedintrykket er at den systematiske og gode bruken av individuell plan må videreutvikles i alle deler av sosial- og helsetjenesten, også TSB. Det bør vurderes om individuell plan skal gjøre en av flere nasjonale kvalitetsindikatorer for TSB.

*"...Helhetlig oppfølging må til, med brukeren i sentrum. Å være aktiv i egen rehabilitering med gode tilretteleggere bør være drivkraften i alle individuelle planer. Individuell plan handler om fremtiden: Hva kan det enkelte system tilrettelegge og hva skal pasienten selv ta tak. Pasientens ståsted må alltid være utgangspunkt for en individuell plan. Alle individuelle planer skal ha en koordinator som skal trekke i de ulike trådene i tett samhandling med pasienten. En individuell plan er avhengig av myndiggjorte tjenesteutøvere. Det betyr at ledere for de ulike systemene flytter beslutningsmyndigheten til de som representerer de ulike systemene i en ansvarsgruppe/IP-gruppe. Frivillig sektor bør være en likeverdig samhandlingsaktør da aktivitet er nøkkelen til suksess for oss alle." (Brukererfaringer formidlet fra RiO)*

<sup>2</sup> Se <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Forl%20psrappporter/Forl%20psgruppe%202%20-%20Rus.pdf>

Arbeidet med individuell plan bør normalt starte i kommunen hvor TSB koples på pasienten når settes på venteliste. Forskriften er imidlertid klar på at kommunen og spesialisthelsetjenesten har et likeverdig ansvar for at individuell plan blir tilbudt aktuelle pasienter som ønsker dette.

Det er per i dag ikke utviklet egne nasjonale kvalitetsindikatorer for TSB. Det opplyses fra Helsedirektoratet at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er i ferd med å utarbeide en rapport for et samlet nasjonalt kvalitetsindikatorsystemet. Helsedirektoratet vil i løpet høsten 2010 innkalle til et særskilt møte om kvalitetsindikatorer for TSB. Dette arbeidet bør ha høy prioritet og individuell plan bør vurderes som en av flere slike indikatorer.

## **Anbefaling 2**

*Brukermedvirkning og individuell plan: Alle pasienter skal oppleve reell brukermedvirkning og tilbys individuell plan. Individuell plan bør vurderes som en av flere kvalitetsindikatorer for TSB som måles fra 2011.*

### **6.2 Anbefalt struktur for TSB**

Innenfor psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste har det vært en utvikling hvor de store pasientgruppene skal kunne få hoveddelen av sine behov dekket i lokalsykehuset, eller i desentraliserte poliklinikker/dagtilbud i rimelig nærhet til eget hjemsted. En liknende utvikling har ikke vært eksplisitt uttalt når det gjelder TSB. I regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) heter det:

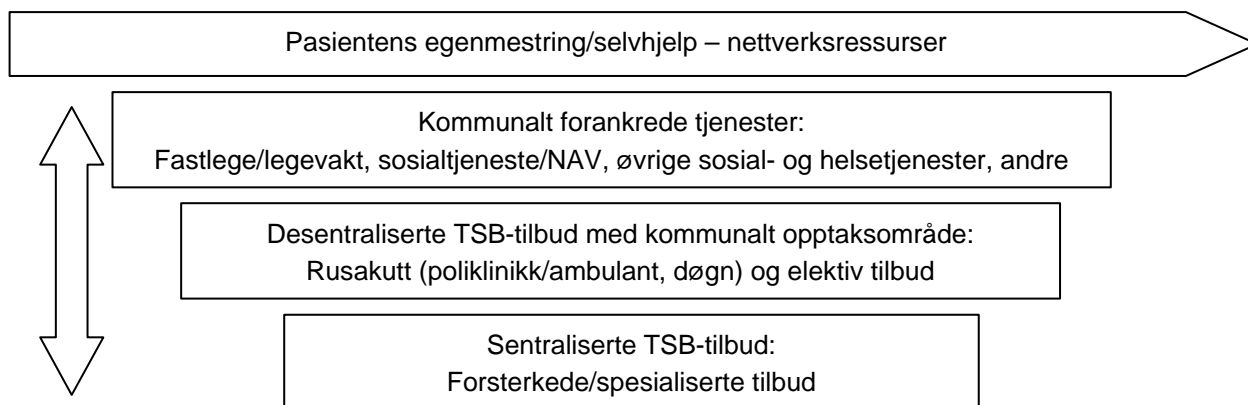
*"... De regionale helseforetakene har ansvar for å videreutvikle tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk innenfor fastsatte rammer og regelverk ... Det er et mål å videreføre et bredt og mangfoldig behandlingstilbud tilpasset pasientenes behov" (s. 49).*

Det er imidlertid viktig også innenfor TSB at tjenestene er tilgjengelige der pasientene bor, samtidig som det eksisterer forsterkede/spesialiserte tjenester når kvalitet og innretning er viktigere enn geografisk nærhet.

Alle RHF har eller i ferd med å utvikle langsiktige strategier for hele sin virksomhet, hvor forholdet mellom desentraliserte og sentraliserte tjenester står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen skal kommunerollen styrkes og kunne ta hånd om flere tjenester av bedre kvalitet. En desentralisert spesialisthelsetjeneste vil ha ansvar for forpliktende samhandling med kommuner i sitt opptaksområde og grunnmuren av tjenester, med spesialiserte/sentraliserte tjenester i ryggen.

I tråd med forsterkede pasientrettigheter til barn og unge, gjennom raskere vurdering og maksimalt 65 dagers ventetid for rettighetspasienter, må også tjenestetilbudet til denne gruppa utvikles særskilt. Dette gjelder både de som er i en tidlig fase av en problemutvikling og de som allerede har en omfattende problembelastning gjennom for eksempel omsorgssvikt, psykiske lidelser/atferdsproblemer og etablerte rusmiddelproblemer. Det er behov for å utvikle nye behandlingsmodeller for unge i skjæringspunktet mellom nettverk/nærmiljø, barnevern, psykisk helsevern og TSB. Intensivert og tilpasset innsats vil kunne forebygge ytterligere problembelastning og kronifisering. Økt involvering av pårørende er et viktig element i dette.

Illustrasjon av en framtidig struktur for TSB:



Hvert enkelt RHF må ut fra sin situasjon vurdere hvordan en slik struktur best kan realiseres i sin region, sett i sammenheng med kommunestruktur og oppbyggingen av psykisk helsevern og somatikk – herunder HF/sykehusområdestruktur. Den vertikale pilen illustrerer mange pasienters ikke-lineære forløp med behov for samtidige tjenester på ulike nivå. Samtidig kan modellen illustrere pasientens behov for en eller flere av tjenestene over kortere/lengre perioder.

De desentraliserte TSB-tilbudene: Disse skal i tillegg til samhandling med kommuner, psykisk helsevern for voksne og somatikk, også sikre god samhandling med psykisk helsevern for barn og unge, det spesialiserte barnvernet (BUF-etat), kriminalomsorgen, lokale brukerorganisasjoner, frivillig sektor og andre relevante aktører. Tjenestene bør bestå av:

**Rusakutt.** Ø-hjelpstjenestene for TSB skal bygges ut i samhandling med legevakt/andre kommunale tilbud, ø-hjelpstilbudene innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette innebærer at pasienter med skadelig rusmiddelbruk/avhengighet med akutte behov som ikke er av livstruende somatisk eller psykiatrisk art skal vurderes av døgnkontinuerlig TSB-akutt innen avklart opptaksområde. I regi av RHF-nettverk rus er det gjennom ei arbeidsgruppe utarbeidet en rapport som har gått mer inn på forståelsen av akuttplikten for TSB. Dette bør munne ut i en omforent forståelse av ø-hjelpsplikten.

**Elektive desentraliserte/ TSB-tjenester.** Sammen med rusakutt vil elektivtilbudet i opptaksområde utgjøre TSB-tilbudet for store pasientgrupper og tilstander. Dette innebærer poliklinikk/ambulante tjenester, dag- og døgn tjenester – herunder avrusning. En del av tjenestene vil kunne gis ved TSB-tilbud samlokalisert med DPS/andre psykisk helseverntilbud eller ved selvstendige TSB-klinikker. Noen av tjenestene vil også kunne gis av private klinikker. Det vil være naturlig at TSB-enhetene etter avklaring fra RHF/HF samarbeider gjennom felles vurderingsteam/henvisningsmottak for å sikre riktig rettighetsvurdering og gode pasientforløp. Tilbudene lokalt skal også omhandle LAR, tilbakehold på institusjon med eller uten samtykke (tvang) og behandling under soning.

**Sentraliserte tilbud:** Rusfeltet i Norge har hatt tradisjon for en rekke differensierte og spesialiserte tilbud som sammen med de desentraliserte tilbudene skal utgjøre totaltilbudet. De fleste pasienter vil profitere på behandling i sitt nærmiljø, men en betydelig andel pasienter trenger mer forsterket eller spesialisert behandling hvor innretning og metodikk er viktigere enn geografisk nærhet til behandlingstilbudet. Dette omfatter spesialavdelinger for ungdom og voksne, kollektivtilbud, terapeutiske samfunn og andre særskilte anerkjente metodiske tilnærminger.

Uviklingen av LAR: Denne skal skje i henhold til ny forskrift fra 2010 og nasjonal faglig retningslinje. Dette innebærer forpliktende samhandling mellom pasient, fastlege, sosialtjeneste/NAV og ansvarlige behandlere innenfor TSB. Tjenestetilbudet skal integreres innenfor TSB knyttet til henvisning, vurdering, utredning, behandling og oppfølging. Det anbefales fortsatt at hver region har ett eller flere LAR-sentrene for å kvalitetssikre utviklingen.

Helsetilsynet gjennomfører en rekke tilsyn knyttet til TSB. Siste landsomfattende tilsyn var i 2006. Fra tilsynsmeldingen i 2007 heter det:

*"... Vi ønsker å trekkje fram to område som har særlege utfordringar. Det eine gjeld mangelen på fagleg konsensus og kunnskapsbasert behandlingspraksis i fleire av dei tverrfaglege spesialiserte tenestene. Det andre er det ansvaret kommunane har for å gi rusmiddelmissbrukarar eit heilskapleg tilbod som sikrar nødvendige sosial- og helsetenester, og for å gi dei ein stad å bu og høve til å utvikle sosiale nettverk og eit liv med meningsfulle aktivitetar." (s. 33)*

Området faglig konsensus og kunnskapsbasert praksis er meget viktig for en god utvikling av TSB. Selv om det er kunnskapshull innenfor feltet, er det en betydelig kunnskapsutvikling innenfor rusmiddelnevrobiologi, psykoterapifeltet – herunder god brukermedvirkning, spesialisert sosialt arbeid og integrerte modeller/tjeneste-organisering særlig internasjonalt, men også økende nasjonalt<sup>3</sup>. Utfordringene kan også knyttes til ulik integrering og implementering av eksisterende kunnskap. I en oppsummerende rapport fra WHO i 2004<sup>4</sup> heter det bl.a. om rusmiddelavhengighet:

*"...It is not only determined by biological and genetic factors, but psychological, social, cultural and environmental factors as well."*

*"...Treatment must be accessible to all in need. Effective interventions exist and can be integrated into health systems, including primary health care." 5*

*"...One of the main barriers to treatment and care of people with substance dependence and related problems is the stigma and discrimination against them."*

*"... Attention to comorbidity of substance use disorders and other mental disorders is thus required as an element of good practice in treating or intervening in either mental illness or substance dependence." (s. 33)*

### **Anbefaling 3**

**En framtidsrettet struktur:** TSB bør innen 2012 være utbygd med desentraliserte og sentraliserte tilbud tilpasset befolkningens behov og øvrige tjenester. En effektiv akuttkjede skal være etablert. Fagområdet bør ha større fokus på kunnskapsbasert behandling og behandlingsmetoder.

<sup>3</sup> Se f.eks. Sellmann D. The 10 most important things known about addiction. Addiction 2009; 105: 6-13.

<sup>4</sup> Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary.

<sup>5</sup> Når det gjelder det kommunale arbeidet berøres dette i kapitlet om samhandling, og må også ses i sammenheng med Samhandlingsreformen, *Retten behandling – på rett sted – til rett tid*, som er under utvikling.

### 6.3 Understøtte kommunene

Kommunene skal gi et mangfoldig tilbud til innbyggere som sliter med rusmiddelproblemer. Betydningen av gode aktivitetstilbud og et inkluderende nærmiljø kan ikke undervurderes. Sentralt står fastlege/legevakt, sosialtjeneste/NAV, øvrige sosial- og helsetjenester i form av ulike oppfølgings- og omsorgstjenester, tilpassede boligtilbud/omsorgsinstitusjoner, oppsøkende, ambulante og/eller lavterskeltilbud, med mer. Kommunene skal også følge opp før – under – etter tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har en sentral rolle i det rusforebyggende arbeidet. Alkoholoven pålegger kommunene å utarbeide en kommunal alkoholpolitisk handlingsplan. Statlige myndigheter ønsker at hver kommune skal ha en samlet rusmiddelpolitisk handlingsplan. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for utarbeidelse av slike planer. Rusmiddelpolitikken i kommunene består av så vel tilgjengelighetsregulerende virkemidler som tiltak rettet inn mot spesielle målgrupper. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål er en viktig ressurs for kommunene i planarbeidet (KoRus'ene). De har som en av sine viktigste oppgaver å bistå kommunene i å implementere rusmiddelpolitikken på lokalt plan. Det er også nylig utarbeidet en veileder om tidlig intervensjon ("Fra bekymring til handling" IS-1742) der det fokuseres på hva som kan gi grunn til bekymring for et rusrelatert problem, og hvordan en lettere kan gå fra bekymring til handling.

Et av hovedmålene med samhandlingsreformen er å imøtekomme pasientenes behov for koordinerte tjenester på en bedre måte. I tråd med dette må de kommunale tjenestene styrkes og videreutvikles slik at mennesker med skadelig bruk/rusmiddelavhengighet fanges opp på en god og systematisk måte av personell som har tilstrekkelig kompetanse. Vi vet at kommunene kan følge opp mer og bedre dersom man har en tilgjengelig, koordinert og kompetent spesialisthelsetjeneste i ryggen når man har behov for det. Tydelige avtalesystemer er et viktig virkemiddel.

Dersom hovedelementene i samhandlingsreformen gjennomføres skal kommunene bl.a. få flere fastleger med tverrfaglige team i ryggen, og alene eller sammen med flere kommuner etablere lokalmedisinske sentre/distriktsmedisinske sentre som skal ivareta et helsetjenestetilbud før, istedenfor og etter opphold i spesialisthelsetjenesten. Å knytte ulike spesialisthelsetjenester, herunder TSB, til disse tjenestene vil være viktig. Bedre utbygde ambulante funksjoner innenfor TSB som kan møtes på brukernes og kommunens arena står sentralt her. Finansieringsmodellen for psykisk helsevern og TSB er under avklaring. Det er viktig å utvikle en modell hvor det lønner seg å understøtte kommunene gjennom forpliktende samhandling og ambulant virksomhet.

### Anbefaling 4

***En sterkere kommunerolle med spesialisthelsetjenesten i ryggen:*** Gjennom samhandlingsreformen må det sikres at helse- og sosialtjenesten bedre forebygger og følger opp personer med rusproblemer. Gode boligløsninger, meningsfull aktivitet og individuell oppfølging må prioriteres. Planlegging og etablering av lokalmedisinske sentre/distriktsmedisinske sentre bør også omfatte ruspasienter og samarbeide nært med TSB.

### 6.4 Kapasitet

Alkoholforbruket i Norge er i internasjonal sammenheng relativt lavt, men økende og kjennetegnes av en uheldig drikkekultur i helgene. Bruken av narkotika økte på 1990-tallene, men blant enkelte rusmidler kan det synes som det er en viss tilbakegang. Dette gjelder også ungdoms bruk av alkohol og narkotika. Selv om menn fortsatt ruser seg mer enn kvinner, har økningen i yngre kvinners rusbruk vært størst de siste 10 årene. Når vi vet at skadelig rusmiddelbruk/avhengighet knyttet til

alkohol i omfang rammer langt flere mennesker og samfunnets ressurser enn illegale rusmidler, må det også gjenspeiles i behandlingstilbudet innen TSB og kapasiteten til disse tjenestene.

Både SAMDATA Sektorrapport rusbehandling 2008 og Norsk pasientregisters rapport om ventetider og pasientrettigheter 2009 indikerer mangelfull kapasitet for TSB:

- *Antall nyhenviste økte innenfor TSB med 14,2 % mellom 2008-2009, mens tilsvarende for somatikk var 0,7 % og 5,6 % innenfor psykisk helsevern for voksne og 5 % for psykisk helsevern for barn og unge.*
- *Ventetiden har økt fra 67 dager i 2007 til 80 dager i 2009. Dette er vesentlig høyere enn psykisk helsevern for voksne, og noe høyere enn psykisk helsevern for barn og unge og somatikken. Totalt venter over 4000 på pasienter TSB.*
- *Andelen fristbrudd er uakseptabel. I 2008 og 2009 var ca 1 av 4 ventende som allerede hadde overskredet fastsatt frist. Dette er vesentlig høyere enn innenfor øvrige sektorer. Tilsvarende at ca 1 av 5 avviklede pasienter hadde fristbrudd. Praksis for registrering av fristbrudd har variert noe mellom ulike klinikker, da dagens registreringsveileder fra NPR er noe uklar på dette punktet. Det forventes en presisering denne våren slik at praksis blir helt harmonisert.*

Det framkommer også uakseptable regionale forskjeller. Dette gjelder sentrale områder som ventetid, fristbrudd, ressursbruk, prioritering, kapasitet og bruk av poliklinikk/døgn ut fra befolkningsgrunnlag, korrigert for behovsestimatene gjort gjennom Magnussenutvalgets beregninger i 2008.

Det er behov for å gå nærmere inn i et analysearbeid før man kan si mer sikkert om framtidige kapasitetsbehov. Både tall fra SAMDATA, funn fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen er imidlertid indikasjoner på at feltet fremdeles trenger en betydelig kapasitetsvekst både knyttet til poliklinikk, dag og døgn for de store pasientgruppene og til mer forsterkede/spesialiserte tilbud. Fra brukerrepresentanter understrekes viktigheten av at døgntilbud med tilstrekkelig innhold og varighet for å gi grunnlag for en helhetlig rehabilitering, fortsatt prioriteres.

I 2009 ble det gjennomført forvaltningsrevisjon med RHFenes oppfølging av utvalgte private avtaleinstitusjoner. Endelig rapport ble offentliggjort 29.04.2010. Hovedkonklusjonene viser:

- Det foreligger få nasjonale retningslinjer og rammer for tjenestetilbudet innen TSB
- Styringsinformasjonen er begrenset
- Svak integrering av de private institusjonene i utviklingen av tjenestene
- For liten standardisering av krav, rapportering og oppfølging
- Det er enkelte svakheter i institusjonenes internkontrollsystem
- Mangler i bruk og innhold knyttet til individuell plan ved private institusjoner
- Samarbeidet med andre tjenesteytere er ikke godt nok

I tillegg til de styringsmessige utfordringene som rapporten avdekker, er det også store strategiske utfordringer for RHFene knyttet til private tilbyders plass innenfor TSB i framtiden og anskaffelsesmessige problemstillinger.

## Anbefaling 5

**Fortsatt opptrapping:** Det er fortsatt behov for kapasitetsvekst og bedre tilgjengelighet innenfor TSB. Hvert RHF må nærmere analysere behandlingsbehov og ressursbruk i sin region. RHFene må integrere de private rusinstitusjonene med avtale mer forpliktende enn i dag.

## 7 Konklusjon

Arbeidsgruppa har identifisert en rekke utfordringer og tiltak slik at TSB utvikles som en moderne og framtidsrettet spesialisthelsetjeneste til beste for pasienter, øvrige tjenester og samfunnet for øvrig. Arbeidet bør skje i dialog med brukerutvalg, tjenestene og Helse- og omsorgsdepartementet som eier og Helsedirektoratet som nasjonal fagmyndighet.

Området utdanning, opplæring av pasienter og pårørende og forskning er ikke berørt i særlig grad i denne rapporten. Det er viktig å understreke at det er et stort behov for å styrke rusrelaterte problemstillinger i ulike grunn- og videreutdanningstilbud. Lærings- og mestringssentrene må også utvikle gode tilbud til pasienter med skadelig rusmiddelbruk/avhengighetsproblematikk og deres pårørende. Når det gjelder forskning har Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo et nasjonalt ansvar sammen med andre institusjoner som Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Nasjonalt folkehelseinstitutt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, høyskole- og universitetssektoren og RHFenes egen FoU-virksomhet. Det er viktig at RHFene sikrer god prioritering av klinisk forskning knyttet til TSB.

## Vedlegg 1: Nøkkelinformasjon om TSB

TSB er sammen med psykisk helsevern og somatikk en av tre sektorer innenfor spesialisthelsetjenesten, og innebærer:

*"...Utrednings- og behandlingstilbud til pasienter med ulike former for rusmiddelavhengighet (alkohol, illegale stoffer og legemidler). Svært mange rusavhengige har i tillegg ulike former for psykiske vansker/lidelser, somatiske sykdommer og sosiale problemer. En må ta utgangspunkt i at pasientene skal tilbys behandlingsopplegg som integrerer disse områdene." (IS-1505 Vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling s. 19)*

Den generelle helselovgivningen gjelder for TSB. I tillegg er det enkelte særskilte bestemmelser for TSB som definerer dette som en egen sektor, bl.a. henvisningsrett/særskilt samarbeid med sosialtjenesten, eget gjennomføringsreglement, egne formuleringer om ø-hjelp, rettighetsvurdering/prioritering, tvangsbestemmelser (sosialtjenesten §§ 6-2 – 6-3) og LAR.

### Psykisk helsevern og TSB

Selv om det i Norge er valgt å organisere psykisk helsevern og TSB som egne sektorer/fagområder innen spesialisthelsetjenesten med sine særlige regler innenfor en felles overordnet lovgivning, har det behandlingsmessige innholdet mye til felles og pasientgruppene er til dels overlappende. Forskning og pasienttelling viser at en betydelig andel av pasientene innenfor psykisk helsevern for voksne også har skadelig rusmiddelbruk/avhengighet av ett eller flere rusmidler, mens en majoritet av pasientene innenfor TSB har en eller flere psykiske lidelser i tillegg til skadelig rusmiddelbruk/avhengighet av ett eller flere rusmidler.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge vil en del pasienter i alderen 12-18 år ha begynnende eller et utviklet rusmiddelproblem, samt at en del av pasientens foresatte også vil ha slike problemer hvor også barn blir utsatt for uheldig rusmiddelpåvirkning gjennom svangerskapet.

### Driftsutgifter og sentrale nøkkeltall

I RHFenes felles innspill til statsbudsjettet for 2011 (ultimo 2009) dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering innenfor TSB. Den prosentvise ressursveksten til TSB har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester i alle regioner.

Utvikling i totale driftsutgifter til TSB. Nasjonale tall 2003-2008 (2008 kr.):

Nøkkeltall <sup>[2]</sup>	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Rusbehandling	1872	2025	2217	2390	2 644	10,63
- i tillegg kapitalkostnader		86	95	88	142	61,36

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009 (Omregnet til 2008 kr iht. konsumprisindeks SSB)

Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene i større grad har blitt synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Eksisterende data på rusfeltet har ikke gitt god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater, men dette er under utvikling. Et av delmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet er å bedre

<sup>[2]</sup> Det er ikke beregnet kapitalkostnader for private institusjoner uten driftsavtale, da dette antas å være betalt som en del av prisen de offentlige betaler de private.

dokumentasjon og statistikk i rusfeltet. Fra 2006 har institusjoner som tilbyr TSB rapportert ventelistedata til NRP. Fra 2009 har disse opplysningene blitt supplert med opplysninger om behandlingsaktivitet og en kartlegging av pasientenes situasjon ved behandlingsstart. Fra 1.9.2010 omfatter dette også et nyutviklet prosedyrekodeverk. I tillegg vil innføring av personidentifiserbart NPR blant annet gjøre det mulig å følge pasientforløp, blant annet mellom de ulike sektorene innen spesialisthelsetjenesten.

Tall fra SAMDATA og evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser. De private rustiltakene utgjør i overkant av halvparten av behandlingsskapasiteten. De bidrar særlig innen døgntilbudet, i Helse Vest som har størst innslag, også når det gjelder poliklinisk behandlingstilbud.

Nøkkeltall for TSB. Nasjonale tall 2006-2008:

Nøkkeltall	2006	2007	2008	Prosent endring 06-07	Prosent endring 07-08	Prosent endring 06-08
Døgnplasser	1 588	1 617	1 615	1,8	-0,1	1,7
Registerbaserte årsverk	3 046	3 075	3 200	0,9	4,1	5,0
Oppholdsdøgn	574 882	569 139	576 819	-1,0	1,3	0,3
Innleggelser	13 188	12 473	12 450	-5,4	-0,2	-5,6
Polikliniske konsultasjoner		154 746	193 391		25,0	

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Rus - Nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Rus-Nokkeltall/>), 09.11.2009

Som det framkommer har den største veksten i denne perioden skjedd innenfor poliklinisk behandling, samt i økt kvalitet gjennom flere årsverk. Det faktum at flere ruspoliklinikker ved DPSene har fått status som egne TSB-enheter i 2008 utgjør en tredjedel av økningen i polikliniske konsultasjoner og en fjerdedel av økningen i årsverk i perioden 2007 til 2008.6 Det er fortsatt en underrapportering til TSB til fordel for psykisk helsevern for voksne, da en rekke TSB-polikliniske tilbud; vurderingsenheter, psykiatriske ungdomsteam med flere, rapporteres som psykisk helsevern (fagkode 320) og ikke TSB (fagkode 360). Dette er ikke i tråd med helsemyndighetens retningslinjer.

RHFene må sikre at de rustjenestene som ble overført som del av sykehusreformen i 2002 og som i stor grad har vært knyttet til psykisk helsevern, formelt knyttes til TSB slik som helsemyndighetene nå forutsetter, gjerne fortsatt i tett samhandling med DPS/psykisk helsevern. Dette gjelder PUT'er, rusteam og andre ruspolikliniske tilbud.

Samlet sett økte antall årsverk innen TSB med 5 prosent fra 2006 til 2008. Ved utgangen av 2008 var det 3200 årsverk knyttet til sektoren. I overkant av halvparten av årsverkene var rapportert fra private rustiltak. Fra 2006 til 2008 var det en økning fra 28,2 til 33,7 personellressurser med helsefaglig utdanning per 100 000 voksne innbyggere. Det var økning i alle grupper av helsefaglig personell; leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Sykepleiere, sosionomer og psykologer de tre største enkeltprofesjonene i TSB.

For sektoren oppleves det som et stort problem at det ikke eksisterer en rusmedisinsk spesialitet for legene. Dette bidrar til mangelfull kvalitet for pasientene, problemer i utdanningen av leger og manglende forutsigbarhet for klinikker og HF, samt utfordringer når det gjelder rekruttering av leger

<sup>6</sup> Den reelle økningen i antall polikliniske konsultasjoner er dermed på 17 prosent (SAMDATA sektorrappport for rusbehandling 2008 4/09).

til TSB. Nødvendig grunnlagsmateriale er utviklet for innføring av en slik spesialitet og legeföreningen er positiv. Selv om de fleste er positive til en ny spesialitet, finnes det også aktører som frykter at dette innebærer at unødvendig spesialisering. Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefördeling behandlet saken ultimo april, og fattet et positivt vedtak. Endelig beslutning tas av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er behov for flere legehjemler til TSB.

Oppsummert har TSB utviklet seg gjennom betydelig vekst, men er som sektor liten sammenlignet med psykisk helsevern samlet og somatikk. TSB er i dag omtrent like stort som psykisk helsevern for barn og unge. Som vi kommer tilbake under kapitlet om kapasitet er det store regionale forskjeller i utbygging/innretning av TSB og betydelige kapasitetsmessige utfordringer.