

*Sluttrapport – Arbeidsgruppe rus*

*Hovedstadsprosessen*

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1. MANDATET .....	4
1.2. DELTAGERE I ARBEIDSGRUPPA .....	4
<b>2.0. DAGENS ORGANISERING</b> .....	<b>5</b>
2.1. POLIKLINISK TILBUD.....	5
2.2. AKUTT/AVGIFTNING/UTREDNINGSTILBUDET .....	6
2.3. DØGNBEHANDLING.....	7
2.4. OPPGAVEFORDELING MELLOM KOMMUNE OG TSB .....	8
2.5. KOMMUNENS HOVEDOPPGAVER .....	9
2.6. TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING HOVEDOPPGAVER .....	9
<b>3. OPPTAKSOMRÅDET OG ORGANISERING AV TILBUDET OM AKUTT/AVRUSNING/UTREDNING.</b> .....	<b>10</b>
<b>4.0. BEHOVET FOR Å UTVIKLE OG SAMLE ENKELTE FUNKSJONER REGIONALT</b> .....	<b>12</b>
4.1. LOKALE FUNKSJONER .....	12
4.2. REGIONALE FUNKSJONER .....	13
4.3. FORSKNING OG FAGUTVIKLING .....	13
5.0. TILTAK FOR Å SIKRE SAMORDNING OG SAMARBEID .....	14
<b>6.0. BEHOV FOR REGIONAL STRATEGIPLAN.</b> .....	<b>15</b>
<b>7.0. OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>16</b>
<b>8.0. VEDLEGG</b> .....	<b>17</b>
OVERSIKT MØTER. ....	17
OVERSIKT INNSPILL. ....	18
KILDER .....	19

## 1.0. Innledning

Arbeidet med hovedstadsprosessen skal bidra til å bedre helsetjenestene og å oppfylle Helse Sør-Østs visjon om ”*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn*”.

Nasjonale målsetninger og strategier herunder Nasjonal helseplan, Opptrappingsplanen for rusfeltet samt Opptrappingsplanen for psykisk helsevern legges til grunn for arbeidet.

Styresak 68/2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst var utgangspunktet når arbeidsgruppens mandat ble utformet.

Et bredt folkehelseperspektiv er utgangspunktet når premissene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Hovedstadsområdet skal utformes. Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at alkoholforbruk er blant de fremste underliggende årsaker til sykdom, skade og vold, sosiale problemer, fosterskader, psykiske lidelser, trafikkulykker m.m. I den industrialiserte delen av verden var alkohol den tredje største risikofaktoren for helseskade. Det er påvist at alkohol er risikofaktor ved 60 vanlige sykdommer herunder en rekke ulike kreftformer, hjertekarsykdommer og psykiatriske tilstander. Det er derfor viktig å ta en rusamnese når pasientene blir innlagt i spesialisthelsetjenesten.

Prevalensstudier er ikke gjort i Norge, men bruker vi svenske tall, vil vi anslå 15 prosent. Oslo har imidlertid en særskilt utfordring knyttet til at mennesker med spesielt injisierende og eksprementerende misbruk av narkotiske stoffer ofte trekkes til hovedstaden. Det er derfor en viss opphoping av denne pasientpopulasjonen i Oslo.

Ulikt andre pasientgrupper søker den rusmiddelavhengige senere og sjeldnere behandling for sin ruslidelse. Rusmiddelavhengige pasienter har ofte andre sykdommer som har sammenheng med ruslidelsen. Over halvparten har alvorlige somatiske og psykiatriske lidelser.

Tverrfaglig spesialisert behandling er som følge av rusreformen etablert som et nytt tjenesteområde innenfor spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten består nå av tre gjensidig overlappende tjenesteområder: somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Stortingets overordnede mål med rusreformen har vært at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skal bli bedre. Rusreformen skal bidra til større kapasitet i behandlingen og kvaliteten i behandlingen skal bli bedre.

Regjeringen har fulgt opp rusreformen ved å lage en egen opptrappingsplan for rusfeltet samt ved å gjenta styringskravet til de regionale helseforetakene, gjennom det årlige oppdragsdokumentet, at veksten i rus og psykisk helse skal være større enn i somatikken.

Arbeidsgruppen har konsentrert seg om å utforme prinsipper for utviklingen av TSB og har ikke tatt stilling til enkelt forslag/ konkrete lokaliseringsspørsmål eller forslag til nye tilbud.

## **1.1. Mandatet**

Arbeidsgruppa skal, med utgangspunkt i de overordnede mål og prinsipper, utarbeide forslag til utvikling av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere med særlig fokus på hovedstadsområdet.

- Beskriv dagens organisering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst og oppgavefordeling mellom kommunale tjenester og TSB/spesialisthelsetjenesten.
- Vurder hva som er en hensiktsmessig størrelse på opptaksområde for og organisering av akutt/avrusning/utredning innen TSB.
- Vurder behovet for å samle/utvikle enkelte funksjoner innenfor TSB på regionalt nivå.
- Beskriv tiltak for å sikre en hensiktsmessig samordning med psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester og for å sikre et godt samarbeid med de private tverrfaglige spesialiserte rustilbudene.
- Vurder behov for en regional strategi for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

## **1.2. Deltagere i arbeidsgruppa**

Arbeidsgruppen har vært sammensatt med deltagere fra brukerorganisasjoner, ansatte, kommuner, avtalepartnere og helseforetak.

Kari Ringstad, Avdelingssjef, Sykehuset Asker og Bærum HF (leder)  
Hilde Harwiss, Leder strategi, informasjon og organisasjonsutvikling,  
Klinikk rus og avhengighet, Aker Universitetssykehus HF (sekretær)

Per Føyn, Medisinsk faglig rådgiver, Klinikk rus og avhengighet, Aker Universitetssykehus HF

Mette Garvoll Værøy, Avdelingssjef, Akershus Universitetssykehus HF

Jan Fredrik Andresen, Ass.avdelingsoverlege, Vinderen DPS, Diakonhjemmet Sykehus

Mette Marita Johansen, Avdelingsoverlege, Tøyen DPS, Lovisenberg Diakonale sykehus AS

Øyvind Børresen, Avdelingssjef, Vestfoldklinikken, Psykiatrien i Vestfold HF

Harald Rønning, Seksjonsleder, Sykehuset Asker og Bærum HF

Olaf Bergflødt, Avdelingsleder, Sykehuset Buskerud HF

Marianne Lundgård, Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet

Halvor Kjølstad, Avdelingssjef, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF

Bernt Werner Pettersen, Avdelingssjef, Sykehuset Østfold HF

Kari Bussesund, Avdelingsleder, Avdeling spesialiserte poliklinikker, Aker Universitetssykehus HF

Arne Bie, Kst.avdelingsleder, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehuset HF

Olaug Torset Vedvik, Enhetsleder, Regional enhet for samordning og analyse, Sørlandet Sykehus HF

Kristin Eleverhøy, Leder, Ruspoliklinikken i Kirkeveien, Ullevål Universitetssykehus HF

Eric Johanssen, Brukerutvalget, Helse Sør Øst RHF

Jon Storaas, Brukerutvalget, Helse Sør Øst RHF

Christian Robak, Konserntillitsvalgt LO

Julius Okkenhaug, Konserntillitsvalgt Akademikerne

Kari-Elisabeth Fjærli, Fung.Avdelingsdirektør, Rusmiddeletaten. Oslo kommune  
Siri Persson, Fagsjef, Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester, Oslo kommune  
Vilde Feen, Fastlegene  
John Estdahl, Rådgiver Kirkens bymisjon  
Rune T. Strøm, Norsk forening for rus og avhengighetsmedisin, Den norske legeförening

Lars Bjerke, Helse og sosialdirektør, Drammen kommune har ikke hatt mulighet til å delta i arbeidet. UNIO ba underveis i prosessen om å bli inkludert i arbeidsgruppen, men valgte likevel å ikke delta.

Det har vært avholdt egne møter med brukerorganisasjonene, avtalepartnere og med Oslo kommune. For å få en bredere deltagelse fra brukere og avtalepartnere er det i tillegg vært avholdt en større dialogseminar 3/3 med til sammen ca. 60 personer. En av oppsummeringene fra dialogseminaret er at det er viktig at alle aktørene har en felles møteplass for å drøfte videre utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige.

Ledelsen i arbeidsgruppen har hatt jevnlig kontakt med de andre arbeidsgruppene i Hovedstadsprosessen for gjensidig informasjonsutveksling og koordinering. Konserntillitsvalgte har deltatt i dette samordningsarbeidet.

## **2.0. Dagens organisering**

Stortinget vedtok gjennom rusreformen(e) å overføre det tidligere fylkeskommunale ansvaret for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene jfr. Ot.prp. 3 (2002-2003) og Ot.prp.54 (2002-2003).

Selv om tverrfaglig spesialisert behandling er et nytt tjenesteområde har fagområdet eksistert i mange år. Dagens organisering har derfor også en begrunnelse knyttet til tradisjoner. Et av kjennetegnene ved rusbehandlingstilbudet har tradisjonelt vært fokus på langtidsbehandling i døgninstitusjon kombinert med et stort innslag av private aktører. De private aktørene er organisert ulikt; frivillige organisasjoner, ideelle stiftelser m.m. Det regionale helseforetaket kjøper plasser gjennom avtaler. I dette dokumentet blir de derfor omtalt under fellesbetegnelsen avtalerpartnere.

### **2.1. Poliklinisk tilbud**

Alle Helseforetak har ruspoliklinikker, som enten er organisert som egen ruspoliklinikk sammen med døgnbehandling eller rusteam/stillinger i Distrikts Psykiatrisk Sentre (DPS). Det varierer om de psykiatriske ungdomsteamene (PUT) er organisatorisk atskilt. Mange Helseforetak har flere DPS geografisk spredt i eget opptaksområde.

Ruspoliklinikker i Oslo ble først etablert etter rusreformen. Det polikliniske tilbudet i hovedstaden har tidligere vært begrenset til de private A-klinikkene, psykiatriske ungdomsteam og en spesialpoliklinikk for LAR.

Flere av døgninstitusjonene gir også et tilbud om dag/poliklinisk behandling i forkant/etterkant av døgninnleggelse.

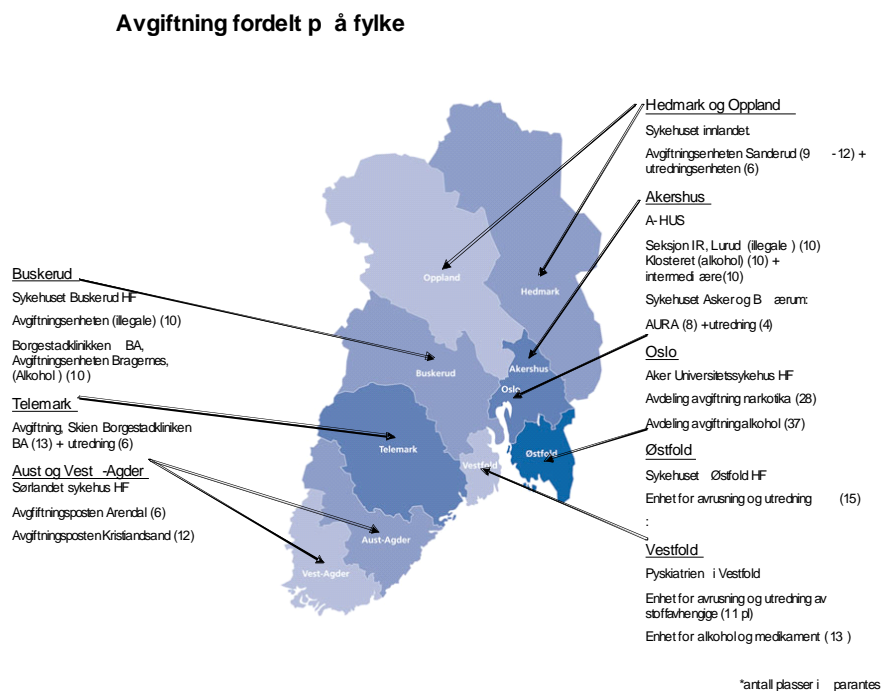
Alle ruspoliklinikkene har vurderingskompetanse, også avtalepartene. Praktiseringen av rettighetsvurderinger er ulikt både mellom de tidligere helseregionene og internt i regionene.

Forskjellene synes å ha sammenheng med andre faktorer enn forskjeller i pasientpopulasjonen.

LAR-behandling er i hovedsak en integrert del av ruspoliklinikkens virksomhet, dog slik at det ofte er egne LAR-team. LAR –ØST (AUS) har egen poliklinikk for Oslo. I tidligere Helse-Sør er godkjenningmyndigheten for oppstart av LAR desentralisert til LAR-teamene/lokale HF. I tidligere Helse-Øst er godkjenning av oppstart forbeholdt Lar –ØST som fungerer både som regionsenter og nasjonalt kompetansesenter, det innbefatter også betaling av alle LAR medikamenter i regionen og faktura kontroll i den forbindelse.

## 2.2. Akutt/avgiftning/utredningstilbudet

Det er store variasjoner i avgiftningstilbudet i helseregionen. Avgiftningstilbudet fordeling på fylke kan illustreres slik:



AUS gir pasientene mulighet til å henvende seg direkte til avgiftningssenheter for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Øvrige avgiftningssenheter krever henvisning fra lege/sosialtjeneste eller øvrig spesialisthelsetjeneste.

Det synes ikke å være en felles faglig praktisering av akuttinnleggelse/behandling i tverrfaglig spesialisert behandling. I tidligere sør er det ingen avgiftningssenheter innen TSB som gir tilbud om akutt avgiftning, mens det i tidligere øst varierer om akutt behandling ivaretas av TSB eller somatiske/psykiatriske akuttavdelinger.

Det er variasjoner i hvorvidt avgiftningstilbudet er lokalisert i sammenheng med somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. I tidligere Helse Øst er all avgiftningstilbud i regi av Helseforetak, mens det i tidligere Helse Sør også er avtalepartnere. Ikke alle Helseforetak har eget tilbud om avgiftning/annen døgnbehandling.

Flere aktører bl.a Ahus, AUS, PiV, SB og Borgestadklinikken har differensiert avgiftningstilbud i forhold til målgrupper: pasienter avhengig alkohol og medikamenter og

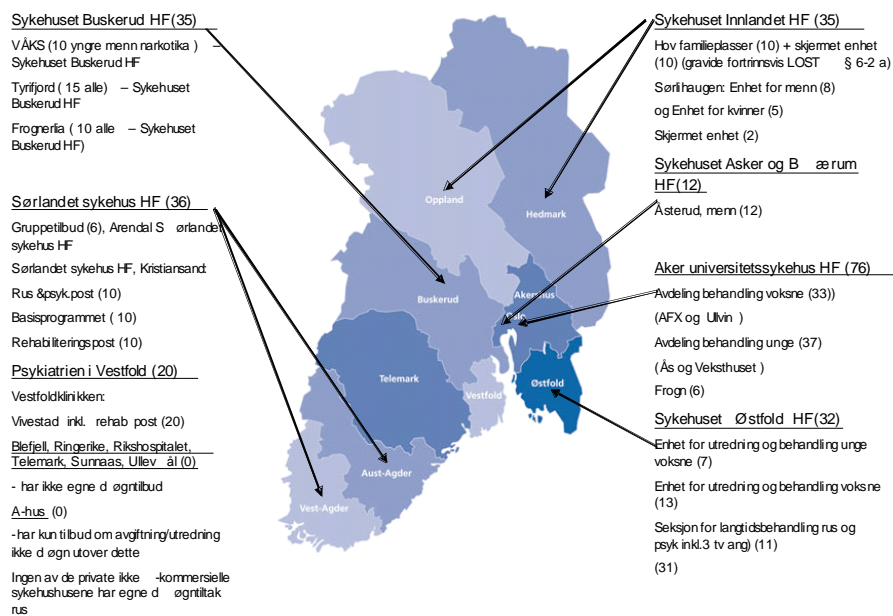
pasienter avhengig av narkotika har separate tilbud. Andre Helseforetak/avtalepartnere gir tilbud uavhengig av rusmiddel. Det synes å være en sammenheng i den forstand at dessto flere døgnplasser det er i avgiftningsenhetene jo mer differensiert er tilbudet. Flere avgiftningsenheter har et tilbud om utredning i forlengelse av avgiftning.

Det varierer også om avgiftningsenhetene har vurderingskompetanse.

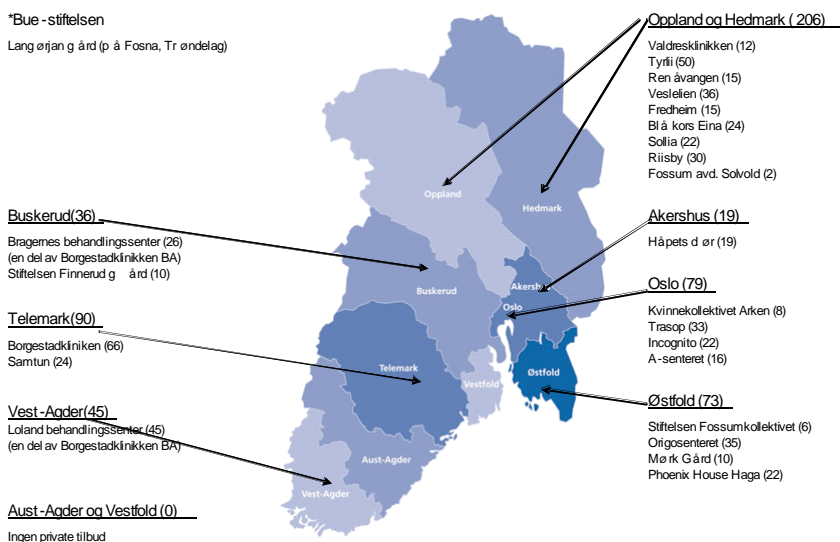
### 2.3. Døgnbehandling

Døgnbehandling er en sentral del av tilbudet om TSB og gis både av offentlige aktører og avtalepartnere

Offentlig døgnbehandling fordelt på Helseforetak



## Private institusjoner med avtale geografisk fordelt



Avtalepartnere er en vesentlig del av døgntilbudet til rusmiddelavhengige. For tiden er det i tidligere Helse Øst avtale med 21 avtalepartnere, mens det i tidligere Helse Sør er avtaler med 3 avtalepartnere. Det pågår nå en anskaffelsesprosess som vil være avsluttet våren 2008.

Det er en geografisk opphoping i lokalisasjoner i enkelte deler av regionen. Eksempelvis er det spesielt mange tilbud som er lokalisert til Hedmark og Oppland, mens det ikke er noen avtalepartnere i Aust-Agder og Vestfold.

Alle Helseforetak har ikke egne døgntilbud b.l.a har ikke Blefjell, Ringerike, Rikshospitalet, Sunnaas, Ullevål egne døgntilbud. Ahus har kun tilbud om døgntilbud for avgiftning/utredning. Ingen av de private ikke-kommersielle sykehusene har egne døgntiltak rus. Helseforetakene i tidligere Helse Sør som har TSB har i større grad et generalisert behandlingstilbud enn HFene i tidligere Helse Øst, både i fht rusmiddel og behandlingsmetodikk. Tilbudet i tidligere Helse Øst er i større grad spisset mot enkelte rusmiddel/spesifikke målgrupper, og eller spesiell behandlingsmetodikk.

Tilbudet om behandling etter tvangsbestemmelsene i Lov om sosiale tjenester §§6-2 og 6-2 a gis kun ved enkelte HF/avtalerpartnere og er geografisk spredt.

### 2.4. Oppgavefordeling mellom kommune og TSB

Ved rusreformen ble det etablert en tydelig oppgavefordeling mellom kommunale tjenester og TSB. Utgangspunktet er at spesialisthelsetjenesten skal supplere den kommunale innsatsen ikke erstatte den. I Oslo har dette vært spesielt krevende siden Hovedstaden administrativt både er kommune og fylke og derfor tidligere hadde ansvar for alle rustiltak. Oslo kommune har i dag ca 750 døgnplasser (lavterskel, omsorg, rehabilitering).

Arbeidsgruppa mener at behandling av rusmiddelavhengige bør skje på lavest mulige effektive nivå. Arbeidsgruppa vil påpeke at det er viktig at fordeling av oppgaver og ansvar i

behandlingskjeden må følges opp med ressurser og kompetanseheving. Hvis ikke vil resultatet kunne bli overbelastning og dårlig tilgjengelighet til de kommunale tilbudene, som igjen vil kunne føre til større press på de spesialiserte tjenestene.

Generelt vil både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene kunne oppnå bedre resultater hvis tjenestene overfor den enkelte bruker er riktig dimensjonert og samordnet.

Arbeidsgruppen har ikke hatt tilstrekkelig med tid til å samle inn nødvendige data for å vurdere kapasitet og dimensjonering av tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige.

## **2.5. Kommunens hovedoppgaver**

Kommunen har ansvar for å følge opp- og samarbeide rundt pasienten som er i spesialisthelsetjenesten bl.a gjennom aktiv bruk av individuell plan.

Kommunes hovedoppgaver kan stikkordmessig skisseres slik:

- Sosialtjenester
- Kommunehelsetjeneste bl.a. hjemmetjeneste, helsestasjon, fastleger
- Tidlig forebygging
- Dagtilbud/sysselsetting/meningsfylt aktivitet
- Differensiert botilbud med oppfølging
- Kommunale døgnplasser (omsorg og rehabilitering)
- Lavterskeltilbud
- Henvise til TSB (Sosialtjeneste og lege )

## **2.6. Tverrfaglig spesialisert behandling hovedoppgaver**

Tverrfaglig spesialisert behandling er et eget spesialistområde på linje med somatikk og psykisk helse. Det er forutsatt at tverrfaglig spesialisert behandling skal bestå av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse, og at den helsehjelpen som ytes holder et faglig nivå som tilsvarer den øvrige spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å understreke at den medisinsk faglige kompetansen skal supplere, ikke erstatte, den sosialfaglige kompetansen.

Motivasjonsarbeid og fokus på læring- og mestring er fortsatt avgjørende i behandling av rusmiddelavhengige. Spesialisthelsetjenesten bør ha kunnskap om frivillig sektor og sikre samhandling.

Det er vurderingsinstansen som skal vurdere pasientens helsetilstand og fastsette pasientens individuelle rettigheter. Vurderingen skal være tverrfaglig. Hver enkelt pasient skal få sine rettigheter vurdert uavhengig av behandlingsskapasitet. Erfaring viser at praksis varierer. Helse og sosialdirektoratet har nylig ferdigstilt en veileder for hvordan henvisninger skal vurderes og pasientrettigheter fastsettes.

Poliklinisk og ambulant behandling er en sentral del av spesialisthelsetjenestens oppgaver. Opptrappingsplanen understreker behovet for å bygge opp lett tilgjengelige spesialisthelsetjenester gjennom ambulante tjenester. Mange rusmiddelavhengige pasienter oppsøker behandling først når rusmiddelbruken eskalerer eller helseskadene øker i omfang. Det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider rundt tidlig intervensjonstiltak.

Rusmiddelavhengige pasienter trenger langvarig behandling. Dette kan bestå av poliklinikk og evt. døgnbehandling. Avgiftnings- og behandlingseenhetene skal nå som følge av rusreformen, gi tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling. Det er derfor avgjørende at det bygges opp faglig tilfredsstillende tilbud innenfor TSB samtidig som det må etableres fleksible og tilgjengelige kommunale helse- og sosialtjenester, med ”sømløse” overganger mellom nivåene, slik at spesialisthelsetjenesten supplerer og ikke erstatter det kommunale tilbudet.

### **3. Opptaksområdet og organisering av tilbudet om akutt/avrusning/utredning.**

Arbeidsgruppen skal vurdere hva som er hensiktsmessig størrelse på opptaksområde for og organisering av akutt/avrusning/utredning innen TSB. Det er foreslått nye sykehusområder på 3-500.000 innbyggere. I hvert enkelt sykehusområde er det flere lokalsykehus med akuttfunksjoner.

Oslo kommune ønsker å ha færrest mulig sykehus med akutt/avrusning/utrednings funksjoner og de ønsker primært et felles sykehusområde for hele Oslo.

Prinsipielt mener arbeidsgruppen at det er viktig at tilbud om akutt/avrusning/utredning innen TSB organiserer på samme måte som somatiske og psykiatriske akuttmottak og at det gjøres i nært samarbeid med legevakten. På denne måten sikres alle pasienter en dør inn i det lokalsykehuset. Den ideelle organisatoriske løsningen på lokalsykehusnivå er derfor et felles mottak hvor behandling av somatikk-, psykiskhelse-, og rus er likeverdige. For å få full samordningseffekt bør det felles mottaket samlokaliseres. På denne måten kan en bygge opp rusfaglig kompetanse i alle lokalsykehusområder samtidig som en unngår å bygge opp parallell kompetanse og alle pasienter sikres faglig forsvarlig vurdering av akutte behov – uansett om problemet er somatikk, psykisk helse eller rus.

Vi må imidlertid sikre at enhetene har en størrelse som gir tilstrekkelig faglig kompetanse og mulighet for en kostnadseffektiv drift.

Den eksisterende organiseringen av avgiftningstilbudet innen TSB er preget av ulike løsninger i regionen. Hvordan akuttilbudet utformes og organiseres må derfor bestemmes i det enkelte sykehusområdet.

Arbeidsgruppen tilslutter seg i utgangspunktet forslaget om å etablere områdesykehus med et opptaksområde i størrelsesorden 3-500.000 innbyggere. Selv om det for somatikk og psykisk helsevern kan være hensiktsmessig å ha akuttmottak ved flere lokalsykehus i et sykehusområde, vil arbeidsgruppen understreke at TSB er i en særskilt situasjon som nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten. For å etablere faglig forsvarlige ordninger med tilstrekkelig bemanning er det derfor nødvendig at *akuttfunksjonene* i TSB sentraliserer på en hensiktsmessig måte. Det må utpekes enheter i hvert sykehusområde som har en slik akuttfunksjon. Arbeidsgruppen ser imidlertid at geografiske forskjeller og avstander gjør at ulike organisatoriske løsninger kan være hensiktsmessig.

Oslo har særskilte utfordringer, dels fordi rusfeltet tradisjonelt har vært organisert på en noe annerledes måte enn landet for øvrig, men viktigst fordi at det her er en opphopning av pasienter spesielt med misbruk av illegale rusmidler. Arbeidsgruppen vurderer det derfor som

hensiktsmessig at ansvaret for akutt avgiftning legges til ett lokalsykehus i Oslo. Dette er viktig for å ivareta særskilte storbyutfordringene på en god måte.

Det er i dag bare avgiftningstilbudet ved AUS hvor pasientene har mulighet til å henvende seg direkte til avgiftningsenhetene uten henvisning. Arbeidsgruppen understreker at alt helsepersonell og all spesialisthelsetjeneste har plikt til å gi øyeblikkelig hjelp også til rusmiddelavhengige – uavhengig av henvisning eller ikke. Rusmiddelavhengige pasienter har samme rettigheter som andre pasienter.

Arbeidsgruppen er enig i at tjenestenes skal være like, men vi ser at Oslo med sine spesielle utfordringer knyttet til rusmiddelavhengige i storbyen må være fleksible i forhold til henvisning for at tjenestene skal være likeverdige. Det gjør at det er viktig at det sikres en praksis som gir pasientene tilgjengelige tjenester. Representantene fra Oslo kommune, RiO, LO og AUS mener at det er viktig å videreføre dagens praksis med egenhenvisning til vurdering også til det ordinære avgiftningsapparatet for å sikre tilgjengelighet på tjenestene i hovedstaden, spesielt i forhold til mennesker med dårlig kontakt med sosial- og helsetjenestene i kommunen og pasienter med sammensatte medisinske/og sosiale tilstander,

Det er vedtatt en lovendring fra 2008 i spesialisthelsetjeneste lovens § 3-1 som innebærer at de regionale helseforetakene skal utpeke nødvendig antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp til nødvendige undersøkelser og evt. behandling også overfor pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er bred faglig enighet i arbeidsgruppen om at øyeblikkelig hjelp ved intoxicasjoner og sammensatte tilstander med behov for intensiv behandling skal ivaretas i somatikken. Når pasientens somatiske situasjon er stabilisert er det sentralt at pasienten kan få nødvendig viderebehandling i TSB. Det er viktig at den allmenne kompetansen om rusfaglige tilstander heves i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten slik at pasienter med ruslidelser identifiseres på et tidligst mulig tidspunkt og henvises videre til TSB. Arbeidsgruppen vil spesielt påpeke behovet for at unge pasienter følges aktivt opp i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og sosialtjenesten.

Etter arbeidsgruppens vurdering er øyeblikkelig hjelp begrepet knyttet til livstruende tilstander som krever øyeblikkelig handling ut fra medisinske kriterier. Innenfor TSB er det nødvendig med et noe videre akuttbegrep, dvs. situasjoner hvor vurderingsinstansen vurderer situasjonen som så alvorlig at det er nødvendig med en rask innleggelse i en TSB enhet.

Veilederen for henvisninger til TSB påpeker at alvorlighet i pasientens tilstand i særlig grad vil kunne påvirkes av:

- *Rusmisbruk som forårsaker reduksjon i pasientens forventede livslengde*
- *Rusmisbruk som merkbart reduserer pasientens livskvalitet på grunn av smerte eller lidelse, på grunn av problemer med vitale livsfunksjoner eller på grunn av nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå*
- *Rusmiddelmisbruk som er ute av kontroll med stadige overdoseringer med alkohol og /eller andre rusmidler*
- *Alvorlige komplikasjoner, som forverres pga rusmiddelmisbruket*
- *Rusmiddelmisbruk som forårsaker atferd som setter liv og helse i fare*
- *Selvdestruktiv atferd i form av selvskading eller selvdestruktiv utagering av annen type hvor selve rusmønsteret får preg av dette.*

Arbeidsgruppen vil derfor understreke viktigheten av at det sikres tilstrekkelig kapasitet ved enheter i TSB som kan ivareta pasientens situasjon *etter* at øyeblikkelig hjelp situasjonen er ivaretatt, mens behovet for en rask innleggelse i løpet av 24-72 timer er tilsted.

Arbeidsgruppen vil også understreke at viktigheten av at den enhet som skal ivareta akutfunksjonen innen somatikk og psykisk helse for sykehusområdet etablerer aktive samhandling med avgiftnings-/utredningsenhetene i sitt sykehusområde. På denne måten kan en tilrettelegge for sammenhengende behandling etter at den akutte situasjonen er stabilisert.

Det må sikres tilgang til avgiftningstilbud i alle sykehusområder. Arbeidsgruppen ser at det kan være hensiktsmessig å ha differensierte avgiftningstilbud til ulike målgrupper, spesielt i forhold til alder, kjønn og type rusmidler. Arbeidsgruppen ser imidlertid at det geografiske forskjeller og avstander gjør at ulike organisatoriske løsninger i regionen kan være hensiktsmessig. Det vurderes som en fordel for pasientene i Oslo at også det ordinære avgiftningstilbudet sentraliseres, samtidig som det også er faglig og administrativt hensiktsmessig.

Utredning foregår på alle nivåer av behandlingen. Det er derfor viktig at det utvikles utredningskompetanse som en del av de lokale funksjonene, men at den høyspesialiserte utredningskompetansen også ivaretas regionalt og i nært samarbeid med de spesialiserte døgnbehandlingsenhetene.

## **4.0. Behovet for å utvikle og samle enkelte funksjoner regionalt**

Når arbeidsgruppen har vurdert behovet for å samle/utvikle enkelte funksjoner innen TSB på regionalt nivå, har vi vurdert det som sentralt å også definere hvilke oppgaver som skal løses i sykehusområdet og i det enkelte lokalsykehus.

### **4.1. Lokale funksjoner**

Arbeidsgruppen mener at det er grunnleggende at lokalsykehusene yter lokalbefolkningen utredning og behandling får både somatiske-, psykiske-, og ruslidelser.

For å sikre gode lokalbaserte tiltak er det viktig at det utvikles noen basisfunksjoner i det enkelte lokalsykehus.

Dette er:

- Vurderingskompetanse
- Ruspoliklinikk
- Ambulante tjenester
- Utredningskompetanse
- Avgiftning etter akutfasen
- Døgnstøtte (krise, skjerming, stabilisering) og døgnbehandling
- Lærings- og mestringstilbud

Alle målgrupper må sikres tilgang på tverrfaglig spesialisert behandling. Pårørende må trekkes aktivt inn i behandlingen i forhold til den enkelte pasient når pasienten samtykker til dette, men må også gis et tilbud i forhold til egne behandlingsbehov. Barneperspektivet må ivaretas særskilt.

## **4.2. Regionale funksjoner**

Rusfeltet har i dag et mangfoldig døgnbehandlingstilbud. Det er viktig at det differensierte behandlingstilbudet innenfor TSB videreutvikles innenfor sykehusområdene.

Arbeidsgruppen påpeker at det er avgjørende at det gjøres en konkret analyse av hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres og hvilke tilbud som skal være en del av tilbudet i sykehusområdet .

Arbeidsgruppen mener at det er spesielt viktig at følgende døgnbehandlingstilbud regionaliseres til få steder:

- Tvang §§ 6-2 og 6-2 a
- Gravide

Mange ruspasienter har behov for å ha en lengre rusfri periode før det er mulig å utrede og differensialdiagnostisere pasientene. Det er derfor viktig at det er tilgang på spesialisert utredningskompetanse også ved langtidsbehandlingsenhetene. Arbeidsgruppen mener at dette er et område hvor det er viktig at ulike organisatoriske modeller prøves ut eksempelvis ved at spesialister ved et lokalt HF ”server” den enkelte regionale enhet med spisskompetanse.

Arbeidsgruppen mener at det er viktig at følgende funksjoner regionaliseres til ett sted:

- Koordinering av døgnbehandling gitt av avtalepartnere til enkelt pasienter Fritt sykehusvalg krever informasjon til pasient og kompetanse om matchingen. Det er derfor nødvendig å bidra til kvalitetsheving av henvisningene og matching av behandlingstilbud. Det er spesielt viktig at døgnbehandlingstilbudet til pasienter innlagt etter tvangsbestemmelsene i Lov om sosiale tjenester og gravide koordineres da dette er prioriterte pasientgrupper samt at det arbeides aktivt med å forebygge fristbrudd.
- Analysere og følge pasientstrømmen inn og ut i døgnbehandling
- Overvåke ventelistsituasjonen, også på kommunenivå, og bidra til behovsanalyser.

## **4.3. Forskning og fagutvikling**

Forskning er en forutsetning for fagutvikling. Klinisk rettet forskning må derfor ha høy prioritet i TSB. I praksis er det imidlertid nødvendig å ha et visst omfang av kliniske aktivitet for at det skal kunne opprettes aktive forskningsmiljøer.

Det er viktig å styrke all forskning og fagutviklingsarbeid innenfor TSB på alle nivåer. Arbeidsgruppen anbefaler at det legges til rette for forsknings- og fagutviklingsaktivitet *særskilt* på følgende områder:

- Tvang
- Gravide/familiebehandling
- LAR

- Akuttavgiftning
- Behandlingseffekt
- Samhandling (hindringer og muligheter)

For at lokalt basert forskning skal kunne få gode arbeidsbetingelser kreves det et nært samarbeid med regionaliserte kompetansemiljøer/nettverk som har universitetstilknytning.

## **5.0. Tiltak for å sikre samordning og samarbeid**

Rusmiddelavhengige pasienter har ofte andre sykdommer som har sammenheng med ruslidelsen. Derfor er det viktig at tiltak innenfor TSB organiseres i nært samarbeid med somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester slik at pasientene sikres ett sted å henvende seg uansett om problemet er somatikk, psykisk helse eller rus. Med utgangspunkt i et bredt folkehelseperspektiv er det viktig at alle behandlingstilbud innen somatikk og psykisk helse har en generell kompetanseheving på rus- og avhengighetslidelser/behandling. På denne måten kan en forebygge utbredelse av ruslidelser og sikre tidlig intervensjon.

Mange pasienter som har ruslidelser blir innlagt i somatiske avdelinger. Det er viktig for å vurdere og ivareta pasientens behov for avhengighetsbehandling, etter at den medisinske situasjonen er stabilisert. Liasonteam i forlengelse av ruspoliklinikkene kan gi nødvendige konsultasjoner og rådgiving til de pasienter og avdelinger det gjelder. Arbeidsgruppen anbefaler derfor opprettelse av liasonteam for TSB i alle lokalsykehus og ser at dette i praksis kan være et viktig bindeledd mellom de ulike spesialisthelsetjenestene. Når det gjelder lokalt baserte tjenester og akutt/avgiftning er mulighetene for samordning skissert under h.h.v punkt 3 og 4.

Pasienter som har vedvarende alvorlig rusmiddelmisbruk kombinert med alvorlig psykisk lidelse, såkalte dobbeldiagnose pasienter, skal behandles i psykisk helsevern jf Stortingsmelding 25 (1996-97).

Mange pasienter blir i dag i praksis kasteballer mellom psykisk helsevern og TSB. Mange ruspasienter er ikke utredet for sine psykiske lidelser. Det er derfor viktig at både utrednings- og behandlingstilbudet til disse pasientene forsterkes. Arbeidsgruppen anbefaler at det i større grad etableres pasientforløp hvor det er samtidig innsats fra psykisk helsevern og TSB, fremfor sekvensiell behandling, hvor pasientene henvises fra det ene tjenesteområdet til det andre. Når det helhetlige ansvaret for all lokalt baserte spesialisthelsetjenester (somatikk, psykisk helse og rus) legges til hvert lokalsykehus er utgangspunktet for tydelige ansvarsforhold klargjort. Det praktiske utgangspunktet for samordning av helhetlige tjenester til beste for den enkelte pasient er dermed tilstede.

Arbeidsgruppen vil generelt fremheve betydningen av følgende tiltak for å stimulere til samordning:

- *Forpliktende samhandlingsavtaler* med alle nivåer spesielt med fokus på å etablere helhetlige pasientforløp både mellom de ulike nivåene innenfor TSB, mellom TSB og psykisk helse/somatikk og mellom TSB og kommunene
- *Felles inntaksteam med Psykisk helsevern og TSB for pasienter med "dobbelpobleamtikk"*

- *Samlokalisering* av somatikk, psykisk helsevern og rus gir mest effektivt utgangspunkt for praktisk pasientrettet samarbeid, felles vaksordninger og lignende
- Oppbygging av *ambulante tjenester* som kan bidra til lavere terskel inn i TSB for pasientene, være viktig bindeledd mellom poliklinikk og døgnenheter og sikre aktiv samhandling med kommunenes tjenester
- For pasienter med sammensatte lidelser og langvarige behandlingsbehov er *Individuell Plan* det viktigste virkemiddelet for å sikre en praktisk og konkret oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune knyttet til den enkelte pasients behov. Kommunenes helse – og sosialtjenester og TSB har et gjensidig ansvar for å sikre samhandling rundt det enkelte pasient mens pasienten mottar spesialisthelsetjenester.
- *Myndiggjøring* av den enkelte medarbeider slik at den har kompetanse og myndighet til, i samarbeid med pasienten, foreslå og iverksette tiltak
- *Finansieringsordningen* må stimulere til samhandling både med kommunen og øvrig spesialisthelsetjeneste. Takstsystemet må tilpasses dette

## 6.0. Behov for regional strategiplan.

Både Styret i Helse Sør RHF og Styret i Helse Øst vedtok strategisk handlingsplaner for rusfeltet våren 2004. Regjeringen la dessuten frem en opptrappingsplan som utformer de overordnede prinsippene for utviklingen av rusfeltet. Arbeidsgruppene oppfatter dette som viktige overordnede strategiske planer og ser derfor ikke et behov for å starte et omfattende strategisk arbeid i den nye helseregionen.

Det er imidlertid viktig at strategiplanene videreføres i konkrete handlingsplaner med prioriteringer og samhandling rundt en mer effektiv ressursutnyttelse.

Arbeidsgruppen vil påpeke at det er spesielt viktig at følgende oppgaver følges opp:

- Sikre felles faglig praksis gjennom implementering av veilederen for vurdering av henvisninger og pasientrettigheter
- Rapportering og analyse av felles kvalitetsindikatorer i alle enheter i TSB (offentlige og avtalepartnere) med minimum følgende variabler: Individuell plan, epikriser, gjennomførte /avbrutte behandlingsforløp, første gangsinleggelse. (jf nasjonale kvalitetsindikatorer)
- Gjennomføring av regelmessige brukerundersøkelser i alle enheter i TSB.
- Samordne Helseforetakenes kjøp av enkeltplasser og stille krav til arbeidet NAV gjør på vegne av HF og pasientene
- Utvikle samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler med alle aktører i TSB som har ansvar innenfor samme sykehusområde (evt. lokalsykehus). Somatikk og psykisk helsevern må inkluderes i dette arbeidet.
- Etablere et fagråd hvor sentrale fagfolk samles for å lage faglige føringer for rusfeltet og gi råd til RHF i faglige spørsmål. Fagrådet må være tverrfaglig sammensatt og ha bred deltagelse fra offentlige aktører og avtalepartnere og med bruker- og pårørendeorganisasjoner.
- Etablere faglig nettverk for spesialiserte tilbud f.eks på avgiftning, utredning, tvang, dobbelproblematikk..

- Etablere faste dialogseminar/møteplasser for fagutvikling og kompetanseoverføring innenfor sykehusområdene og i Helse sør-øst

## 7.0. Oppsummering og anbefalinger

Arbeidsgruppens anbefalinger kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

1. Prinsipielt mener arbeidsgruppen at det er viktig at tilbud om akutt/avrusning/utredning innen TSB organiserer på samme måte som somatiske og psykiatriske akuttmottak og at det gjøres i nært samarbeid med legevakten. På denne måten sikres alle pasienter en dør inn i det lokalsykehuset. Den ideelle organisatoriske løsningen på lokalsykehusnivå er derfor et felles mottak hvor behandling av somatikk-, psykiskhelse-, og rus er likeverdige. For å få full samordningseffekt bør det felles mottaket samlokaliseres. På denne måten kan en bygge opp rusfaglig kompetanse i alle lokalsykehusområder samtidig som en unngår å bygge opp parallell kompetanse og alle pasienter sikres faglig forsvarlig vurdering av akutte behov – uansett om problemet er somatikk, psykisk helse eller rus.

Vi må imidlertid sikre at enhetene har en størrelse som gir tilstrekkelig faglig kompetanse og mulighet for en kostnadseffektiv drift.

Den eksisterende organiseringen av avgiftningstilbudet innen TSB er preget av ulike løsninger i regionen. Hvordan akuttilbudet utformes og organiseres må derfor bestemmes i det enkelte sykehusområdet.

Oslo har særskilte utfordringer, dels fordi rusfeltet tradisjonelt har vært organisert på en noe annerledes måte enn landet for øvrig, men viktigst fordi at det her er en opphopning av pasienter spesielt med misbruk av illegale rusmidler. Arbeidsgruppen vurderer det derfor som hensiktsmessig at ansvaret for akutt avgiftning legges til ett lokalsykehus i Oslo. Dette er viktig for å ivareta særskilte storbyutfordringene på en god måte.

2. Arbeidsgruppen mener at det er grunnleggende at lokalsykehusene yter lokalbefolkningen utredning og behandling får både somatiske-, psykiske-, og ruslidelser.

For å sikre gode lokalbaserte tiltak innen tverrfaglig spesialisert behandling er det viktig at det utvikles noen basisfunksjoner i det enkelte lokalsykehus.

Dette er:

- Vurderingskompetanse
- Ruspoliklinikk
- Ambulante tjenester
- Utredningskompetanse
- Avgiftning etter akuttfasen
- Døgnstøtte (krise, skjerming, stabilisering) og døgnbehandling
- Lærings- og mestringstilbud

3. Rusfeltet har i dag et mangfoldig døgnbehandlingstilbud. Det er viktig at det differensierte behandlingstilbudet innenfor TSB videreutvikles innenfor sykehusområdene. Arbeidsgruppen påpeker at det er avgjørende at det gjøres en konkret analyse av hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres og hvilke tilbud som skal være en del av tilbudet i sykehusområdet .

Arbeidsgruppen mener at det er spesielt viktig at følgende døgnbehandlingstilbud regionaliseres til få steder:

- Tvang §§ 6-2 og 6-2 a
- Gravide

4. Følgende funksjoner regionaliseres til ett sted

- Koordinering av døgnbehandling gitt av avtalepartnere til enkelt pasienter. Koordinering av enkelt plasser etter nivå og frist i forhold til alle døgnbehandlingssteder som har en regional funksjon. Fritt sykehusvalg krever informasjon til pasient og kompetanse om matchingen – bidra til kvalitetsheving av henvisninger og matching av behandlingstilbud. Det er spesielt viktig at tilbudet til tvang og gravide koordineres.
- Analysere og følge pasientstrømmen inn i døgnbehandling (inn og ut)
- Overvåke ventelistesituasjonen og bidra til behovsanalyser

5. De viktigste tiltakene for samordning er foruten etablering av felles akuttmottak somatikk, psykisk helse og rus; forpliktende samhandlingsavtaler, felles inntaksteam med psykisk helsevern og TSB, samlokalisering, oppbygging av ambulante tjenester, individuell plan, myndiggjøring av medarbeidere og finansieringsordninger/takstsystemer som stimulerer til samhandling.

6. Det anbefales ikke at det iverksettes et omfattende strategiarbeid, men at det er behov for konkrete handlingsplaner med spesielt fokus på følgende oppgaver: implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, samordne arbeidet overfor NAV, utvikle samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler, etablere fagråd, faglige nettverk og faste dialogseminarer/møteplasser.

## 8.0. Vedlegg

### ***Oversikt møter.***

Arbeidsgruppen har hatt følgende møter:

21/1

20/2

10/3

Det ble avholdt møte med avtalepartene 4/2

Det ble avholdt møte med brukerorganisasjonene 11/2

Det har i tillegg blitt arrangert et dialogseminar med bred deltagelse fra brukere og avtalepartnere i tillegg til arbeidsgruppens medlemmer.

Det er skrevet oppsummering fra alle møtene

Ledelsen i arbeidsgruppen har hatt jevnlig kontakt med de andre arbeidsgruppene i Hovedstadsprosessen.

### ***Oversikt innspill.***

Arbeidsgruppen har vært utfordret til å komme med skriftlig innspill i prosessen. Disse har fortløpende vært distribuert til medlemmene

1. Wibecke Køller Manifest senteret - vedr. Manifestsenteret / dobbeltdiagnoser
2. Per Føyn ,AUS- vedr. Akuttavgiftning i Hovedstaden
3. Bernt Werner Pettersen (19.2) – Sykehuset Østfold HF vedr. Funksjonsfordeling/regionsoppgaver
4. Kari Ringsstad ,SAB – vedr. Oppfølging av unge under 20 år ved intox
5. Siri Persson,Oslo kommune – vedr. UFB
6. Per Martin Frantzen, Lar nett – vedr. arbeidsmarkedet
7. Storaas/Johanssen – Rio -vedr. funksjonsfordeling
8. Olaug Torset Vedvik, RESA – vedr.sluttrapporten
9. Eric Johansen, RiO – vedr.sluttrapport
10. Christian Robak, LO – vedr.sluttrapport

## **Kilder**

AIM ResearchBasedConsulting: Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Evalueringsrapport på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. 03.11.04.

Den norske læreforening: På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. 2006.

Helse og omsorgsdepartementet. St.prp nr 1( 2007-2008). Opptrappingsplan for rusfeltet

Stortingsmelding 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet

Helse- og omsorgsdepartementet. Ot. Prp. 54. (2002-2003) Omorganisering av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosialetjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere (Rusreform 2)

Sosialdepartementet: Odelstingsproposisjon nr. 3 (2002-2003) om statlig overtakelse av deler av fylkeskommunenes ansvar for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere.

Sosialdepartementet: NOU 2003:4 ”Forskning på rusfeltet”

Sosial- og helsedepartementet: St.m nr. 25(1996-1997) ”Åpenhet og helhet”

Statens helsetilsyn: Sammendrag av: Når det haster...Øyeblikkelig hjelp ved bevisstsløshet – annerledes ved rus ? (14.06.2006) Sammendrag av Rapport fra Helsetilsynet 7/2005

Statens helsetilsyn: Landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (05.03.2007). Samleside med tilsynsrapporter fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Statens helsetilsyn: Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Oppsummering og vurdering av funn og erfaring fra tilsynsaktiviteter i 2004 – 2006. (17.12.2007)

Brev fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet

e

Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige. Vedtatt i Helse Øst RHF-styret.5 mai 2004

Strategisk handlingsplan for spesialisthelsetjenese rus i Helse Sør. Vedtatt i styret for Helse Sør RHF 22.juni 2004.

Statens institutt for rusmiddelforskning, Melberg, Lauritzen og Ravndal: Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostand ? Et prospektivt studie av stoffmisbrukere i behandling. Rapport nr. 4/2003

Sosial- og helsedirektoratet: Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.12/2006.

Universitet i Oslo, Seksjon for klinisk rusmiddelproblemer, Helge Waal. Evalueringsrapporter om LAR. SKR-rapport 1- 6 2004.

”Kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005)