

Innspill fra fagråd

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling(TSB)

Mandatet har vært å komme med innspill til den regionale strategien som skal utarbeides innen rusområdet for Helse Sør-Øst.

Fagrådet leverte sitt innspill 1. september 2009

Fagråd
tverrfaglig spesialisert rusbehandling

**Innspill til regional strategi for tverrfaglig
spesialisert rusbehandling
for perioden 2010 – 2013 i Helse Sør-Øst**

Forord

Fagrådet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble opprettet som et midlertidig fagråd av Helse Sør-Øst (HSØ) 16.03.2009. Fagrådet skal levere innspill til regional strategi for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for perioden 2010 – 2013 i HSØ. Mandatet er meget omfattende og HSØ har presisert at oppdraget ikke skal omfatte større utredninger eller utgjøre det generelle arbeidet som skal gjøres av det regionale fagrådet som etableres. Flere av problemstillingene i mandatet har vært behandlet i store prosesser den senere tid i bl.a Helse Sør-Øst, Hovedstadsprosessen og andre og Fagrådet har lagt mye av dette arbeidet til grunn.

Fagrådet fikk et ekstra oppdrag datert 02.07.09: *"HSØ RHF vurderer det som meget viktig å få på plass en ny ordning for tilordningen av bruken av den private avtaleporteføljen til de ulike sykehusområdene før man avviker dagens styring av pasientstrømmen til deler av avtaleporteføljen til tidligere Helse Øst. Fagrådet bes derfor, som del av sitt innspill til regional strategi for TSB, om å utarbeide et utkast til ny ordning".*

Fagrådet har svart på alle punktene både i mandatet og tilleggsoppdraget. I tillegg gis det også innspill til noen problemstillinger som ikke er nevnt i mandatet.

Sammendrag

Fagrådet beskriver at det samlede tjenestetilbudet i TSB må dimensjoneres, organiseres, differensieres og kvalitetssikres slik at alle pasienter får et reelt individuelt tilpasset behandlingstilbud. Dette er spesielt viktig fordi pasientene i så stor grad har behov for sammensatte tjenester. Det er i dag for liten behandlingsskapasitet og tjenestene har ikke tilstrekkelig kvalitet. Tjenestetilbudet er heller ikke organisert slik at kapasiteten kan utnyttes optimalt. Det er en særlig utfordring i TSB at tilbudet er organisert annerledes enn øvrig spesialisthelsetjeneste, med et stort innslag av private tjenesteleverandører.

Fagrådet anbefaler:

- Hovedstrategien i utviklingen av behandlingstilbudet for tverrfaglig spesialisert behandling av rus- og avhengighetslidelser i HSØ må være at alle sykehusområdene tar aktivt ansvar for pasienter med rus- og avhengighetslidelser i sitt område og bygger opp behandlingstilbud i tråd med styrevedtaket i HSØ av nov 08.
- Områdesykehusene må sørge for spesialisthelsetjeneste til pasienter med risikobruk - og/eller avhengighet av alle typer rusmidler (legale, illegale og legemidler) samt spilleavhengige og pasienter i LAR (innbefattet kostnadene til LAR-medikamenter).
- Behandlingstilbud til unge pasienter må ha et særlig fokus.
- Det må utvikles faglige krav til bemanning, kvalitet og behandlingssinnhold i TSB for å sikre likeverdig tjenester i alle sykehusområdene i regionen.
- Hvert enkelt områdesykehus må ha faglig og økonomisk/administrativ styring over all behandlingssvirkoshet, både offentlig og privat, i sitt område for å sikre at alle pasienter får helhetlige behandlingstilbud.
- Hvert sykehusområde må gjennomføre en analyse av fremtidig behov for TSB sammen med en konkret analyse av dagens kapasitet (bruk av både offentlige og private tilbud) danner basis for en strategi for hvordan tilbudet skal utvikles. En samlet vurdering av disse behovene må danne grunnlaget for RHF's kjøp av private helsetjenester når dagens avtaler utløper og et tilstrekkelig antall adekvate døgnplasser til avgiftning, utredning og behandling må sikres.

- Det regionaliserte tilbudet bør i fremtiden begrenses til å være spesialisert døgntilbud eksempelvis etter tvangsbestemmelsene og for gravide pasienter og familier. Dette kan ytes av både offentlige og private aktører, og bruken bør koordineres fra sentralt hold. All annen behandling må være en del av det lokal baserte tilbudet i det enkelte sykehusområdet.
- Det enkelte sykehusområdet er ansvarlig for all TSB og må således ha styringsrett i forhold til de private tjenesteyterne som inngår som en del av det lokalbaserte tilbudet. Dette innebærer:
 - krav til individuelle behandlingstilbud
 - krav til kvalitet og samhandling
 - samarbeid når det gjelder fristbrudd
 - fleksibilitet i forhold til målgruppe
 - større fleksibilitet / individuelle tilpasninger mht inntak og utskrivning
- HSØ RHF må etablere dialog med HELFO slik at kjøp av enkeltplasser kontrolleres med tanke på faglig kvalitet og økonomi.
- Fagrådet mener at forankringen for spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser må være poliklinisk behandling i nærhet til de kommunale tjenestene der pasienten bor. Dette gir mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling representerer også den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.
- Grenseoppgang og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og de kommunale helse og velferdstjenester må følges opp gjennom bl.a samarbeidsavtaler og bruk av Individuell plan.
- Forutsetningen for å opprette regionale kompetansesentra er at disse er tilknyttet klinisk virksomhet og kommuniserer aktivt med TSB i hele regionen
- RHF må arbeide med utdanningsmyndighetene slik at kunnskap om rus- og avhengighetslidelser i større grad blir tema i relevante universitets- og høyskoleutdanninger.
- Kunnskapsnivået om rus- og avhengighetsproblematikk må økes i somatiske og psykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten og vice versa
- Det må være et minstekrav til bemanning av faglig kvalifisert personell (leger, sykepleiere, psykologer og sosionomer) innenfor TSB både når det gjelder offentlige og private tiltak.
 - Lege, psykolog og sosialfaglig personell må inngå i tverrfaglige team ved alle behandlingstiltak
 - I døgningstusjoner må det være sykepleier i døgkontinuerlig turnus og fast legedekning med vaktordning
 - Minst 50% av personalet ved poliklinikker må være lege/psykolog
- Det må straks opprettes flere legehjemler med NRID nummer
- Liaisontjenester er et viktig virkemiddel for samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste i direkte pasientarbeid og for kompetanseheving. Oppbygging av Liaisontjenester fra TSB må stimuleres.
- Ordningen med praksiskonsulenter er viktig for samhandling med fastlegene og må stimuleres.

- Fagrådet mener at hvert sykehusområde må lage en egen strategi for å nå de yngste pasientgruppene, fortrinnsvis som et samarbeid mellom TSB og Psykisk helsevern for barn og unge. (BUP)
- TSB må sikres nødvendig tolketjenester.
- Områdesykehusene som betjener fengsel må sikre TSB til innsatte.
- Det defineres kriterier som behandlingstiltakene rapporterer på til HSØ for å kunne måle resultater og sammenlikne disse.
- Fagrådet mener at det er særskilt viktig at det arbeides videre med bl.a disse utfordringene :
 - harmonisering av rettighetsvurdering (praktisering av pasientrettigheter)
 - tydeliggjøring av beste kunnskapsbaserte praksis i vurdering, utredning og behandling.
 - hensiktsmessigheten av en organisering av rus og avhengighetsproblematikk i en sær-omsorg har vært gjenstand for drøftinger i Fagrådet. Dette må vies videre oppmerksomhet.
 - innleggelse etter tvangsbestemmelser må tilpasses helselovgivningen

Tilleggsoppdrag vedr. tilordning av de private plassene:

Fagrådet har vurdert muligheten for å utvikle en eller flere modeller for tilordning av de private plassene. Konklusjonen er at det ikke er mulig å anbefale en løsning nå om konkret tilordning av de private avtaleplassene til sykehusområdene (SO) som kan tre i kraft 01.02.2010 Det lar seg ikke gjøre å finne forsvarlige løsninger som i vesentlig grad kan ivareta anbefalingene på en bedre måte enn slik organiseringen er i dag.

Fagrådet anbefaler derfor:

- 1) Alle offentlige plasser må inngå i en oppgjørsordning slik det praktiseres innenfor spesialisthelsetjenesten for øvrig. Dette stimulerer til at hvert SO oppretter og dimensjonerer egne tiltak etter eget behov.
- 2) Det nedsettes en hurtigarbeidende arbeidsgruppe som utarbeider et rapporteringssystem som kan følge bruken av de private plassene for å sikre det frie sykehusvalget, at de private plassene er tilgjengelige for alle pasienter i hele regionen, og at plassene brukes effektivt.
- 3) Den sentrale koordineringen av enkeltplasser opphører når 1 og 2 er etablert
- 4) Alle private plasser videreføres frem til 2011 som regionale og er forhåndsbetalt av HSØ.
- 5) Hvert sykehusområde må gjennomføre en analyse av fremtidig behov for TSB som sammen med en konkret analyse av dagens kapasitet (bruk av både offentlige og private tilbud) danner basis for en strategi for hvordan tilbudet skal utvikles. Det enkelte sykehusområde må vurdere fremtidige behov fra private tjenesteleverandører som danner grunnlaget for RHF's kjøp av tjenester når dagens avtaler utløper.
- 6) Helse Sør Øst RHF må etablere en arbeidsgruppe som samordner behov for private tjenesteleverandører på basis av SO enes strateginotat. Dette må danne grunnlaget for kjøp av private plasser etter 2011.

Fagrådets oppdrag og mandat

Mål og rammer for arbeidet

Helse Sør-Øst RHF skal i løpet av 2009 utforme en regional strategi for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for perioden 2010-2013. Fagråd for tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal gi Helse Sør-Øst RHF et faglig innspill til denne strategien. Det er Helse Sør-Øst RHF som utformer endelig regional strategi.

Formålet med den regionale strategien er å bidra til at nasjonal politikk (opptrappingsplaner, nasjonale strategier, oppdragsdokument mv.), samt vedtakene i sak 108-2008 (Hovedstadsprosessen), Plan for strategisk utvikling 2009-2020 og forskningsstrategien for Helse Sør-Øst 2008-2011 gjennomføres i Helse Sør-Øst.

Sentrale mål reflektert i disse dokumentene er styrket kvalitet og tilgjengelighet brukermedvirkning, et likeverdig tilbud, styrking av lokalbaserte tjenester og samhandling, samt helhetlige pasientforløp.

Strategien skal bidra til å sikre at kvaliteten i tjenestene bedres i tråd med nasjonal kvalitetsstrategi, som innebærer at tjenestene skal:

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Hovedprinsippet i omstillingsprogrammet, om at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, skal legges til grunn. De regionale strategiene skal herunder bidra til å møte utfordringene som springer ut av Helse Sør-Østs befolkningssammensetting (voksende antall eldre, sosiale ulikheter i helse og en stor andel innvandrere/norskfødte med innvandrerbakgrunn).

Fagrådet skal gi råd om hvilke tiltak som er aktuelle på RHF-nivå for å nå de overordnede målene som krever koordinering på tvers av foretaksgruppen eller er foretaksovergrepene. Den regionale strategien vil berøre de virkemidler som RHF besitter for koordinering mellom foretak herunder funksjons- og oppgavedeling mellom foretak og bestilling av tjenester fra private leverandører.

Når det gjelder utvikling og organisering av tilbudet innenfor det enkelte sykehusområdet, skal det enkelte sykehusområdet utarbeide områdevisse planer for TSB, samt for psykisk helsevern og rehabilitering/habilitering.

Behandlingstilbudene i TSB og psykisk helsevern er mange steder samorganisert, og mange av pasientene har både psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Samtidig er det særskilte problemstillinger innenfor hvert av fagområdene som krever særskilt fokus. Fagrådet skal gjennom formalisert dialog med fagrådet for psykisk helsevern utarbeide en statusbeskrivelse og sikre en samordning av forslag til tiltak på punkter der dette ansees som hensiktsmessig.

Råd som gis må bygge på dokumentert kunnskap og god praksis, og det må sikres legitimitet for disse gjennom gode prosesser, der forankring og dialog med fagmiljøet, brukere, ansattes organisasjoner, private tjenesteleverandører og andre relevante aktører ivaretas.

Fagrådet skal:

- Med utgangspunkt i eksisterende data, herunder Statusgjennomgang av behandlingstilbudene innen TSB innen Helse Sør-Øst 2004-2008 og Sluttrapport Rus Hovedstadsprosessen, beskrive status for fagområdet i Helse Sør-Øst i dag (med vekt på sykehusområder som enhet), dvs. hvilke funksjoner/tjenester og kompetansesentra som finnes hvor, tilgjengelighet (kapasitet og ventelister), fordeling i bruk av tjenestene og oppgavedelingen med primærhelsetjenesten og øvrige kommunale tilbud.
- Sammenstille data om bruken av de private leverandørene sett i forhold til det enkelte sykehusområde/helseforetak.
- Vurdere framtidig kapasitetsbehov på behandlingstilbudene innen TSB.
- Vurdere behovet for å styrke kompetansen og rekrutteringen innen TSB og foreslå eventuelle styrkingstiltak.
- Vurdere hvilke funksjoner og tiltak som bør være regionale (samles ett sted), hvilke som bør være felles for flere sykehusområder, hvilke som bør samles innenfor sykehusområdene (områdefunksjoner) og hvilke som bør være på lokalnivå. I disse vurderingene skal LEON-prinsippet legges til grunn.
- Vurdere hvilke regionale kompetansesentra Helse Sør-Øst trenger i planperioden.
- I samsvar med vedtaket i sak 108-2008, som sier at private aktører skal inngå i oppgave og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder, bes fagrådet gi innspill til hvilke tjenester Helse Sør-Øst RHF skal bestille fra private institusjoner for å oppnå dette, samt hvordan samhandlingen mellom helseforetakene og private institusjoner bør være. Til grunn skal fortsatt ligge at alle avtaler inngås av Helse Sør-Øst RHF.
- Beskrive områder/pasientgrupper der det er særskilt risiko knyttet til samhandling. Foreslå tiltak for å styrke samhandlingen og skape helhetlige pasientforløp innenfor og mellom sykehusområdene, mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og mellom helsetjenesten og andre samarbeidende aktører, herunder barneverntjenesten og NAV.
- Beskrive områder/pasientgrupper der det er særskilt risiko knyttet til kapasitet og likeverdig behandling på tvers av sykehusområder. Foreslå tiltak for å styrke den faglige koordineringen på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig ensartet og likeverdig.
- Vurdere ev. andre tiltak regionalt og på helseforetaksnivå for å oppnå overordnede mål.
- Fagrådet skal sikre at brukerperspektivet integreres i dokumentet.

Helse Sør-Øst RHF vil innen 31.12.09, utforme de endelige regionale strategiene. I dette arbeidet vil det skje forankring på vanlig måte overfor direktørmøte, fagdirektører, KTV, regionalt brukerutvalg mv.

Fagrådet fikk et ekstra oppdrag datert 02.07:” Helse Sør-Øst RHF vurderer det som meget viktig å få på plass en ny ordning for tilordningen av bruken av den private avtaleporteføljen til de ulike sykehusområdene før man avviker dagens styring av pasientstrømmen til deler av avtaleporteføljen til tidligere Helse Øst. Fagrådet bes derfor, som del av sitt innspill til regional strategi for TSB, om å utarbeide et utkast til ny ordning”.

Arbeidet i Fagrådet TSB

Fagrådet har hatt 5 arbeidsmøter medregnet oppstartsmøtet på Fornebu 07.05.09. Fagrådet har bestått av følgende personer :

Beate Schwensen Sykehuset Asker og Bærum HF; Bernt Werner Pettersen Sykehuset Østfold HF, Arne Bie Sykehuset Sørlandet HF, Cecilie Skule Diakonhjemmet HF, Eric Johanssen RiO, Geir Nyvoll Sykehuset Buskerud HF, Gro Beate Koanda Sykehuset Sørlandet HF, Halvor Kjølstad Sykehuset Telemark HF, Arne Johannessen Sykehuset Telemark, Heidi Wauger Sykehuset Østfold HF; Jon Storaas Brukerutvalget HSØ, Kaj Espen Nyland Sykehuset Innlandet HF, Kariann Tingstein LMS, Kristin Elverhøy OUS, Marianne Lundgård Sykehuset Innlandet HF, Mette Garvoll Værøy Akershus us HF, Olaf Bergflødt Sykehuset Buskerud HF, Sabine Wigors Akershus US HF, Tevje Revheim Sykehuset Telemark HF, Øyvind Børresen Vestfoldklinikken, Lars Jørgen Berglund Klinikk rus og avhengighet OUS, Hilde Harwiss Klinikk rus og avhengighet OUS (sekretariat) , Unni Aker Klinikk rus og avhengighet OUS (sekretariat), Kari Ringstad Sykehuset Asker og Bærum HF (nestleder), Guri Spilhaug Klinikk rus og avhengighet OUS (leder)

Fagrådet har tatt utgangspunkt i eksisterende rapporter og strateginotater og har besvart alle punktene i mandatet og tilleggsoppgavet. Det har vært god aktivitet i møtene og kommunikasjon mellom møtene via mail. Brukerrepresentant fra Brukerutvalget i Helse Sør-Øst og RiO har vært aktivt tilstede på alle møtene, LMS har deltatt på 1 møte.

Fagrådets leder har vært i dialog med leder av Fagrådet i Psykisk helsevern underveis i prosessen.

Beskrivelse av status for fagområdet i Helse Sør-Øst i dag

- Med utgangspunkt i eksisterende data, herunder Statusgjennomgang av behandlingstilbudene innen TSB innen Helse Sør-Øst 2004-2008 og Sluttrapport Rus Hovedstadsprosessen, beskrive status for fagområdet i Helse Sør-Øst i dag (med vekt på sykehusområder som enhet), dvs. hvilke funksjoner/tjenester og kompetansesentra som finnes hvor, tilgjengelighet (kapasitet og ventelister), fordeling i bruk av tjenestene og oppgavedelingen med primærhelsetjenesten og øvrige kommunale tilbud.

Ruslidelser er fortsatt en stigmatiserende diagnose. Gjennom rusreformen ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling etablert som et fagområde likestilt med somatikk og psykisk helsevern. Det er fortsatt store utfordringer for at den behandlingen som ytes skal ha tilstrekkelig kapasitet og kvalitet. Statens helsetilsyn gjennomførte i 2006 et landsomfattende tilsyn ved TSB i HSØ som dokumenterer alvorlige mangler i TSB.

Fagrådet har beskrevet dagens situasjon med tanke på befolkningsgrunnlaget i sykehusområdene, de ulike private og offentlige behandlingstilbudene i regionen, tilgjengelighet til disse og så langt det har vært mulig fordeling av bruk av tjenestene. Fagrådet har også beregnet det enkelte sykehusområde sitt behov for antall private avtaleplasser basert på sykehusområdet sitt befolkningsgrunnlag. (se vedlegg 2)

Fagrådet beskriver en underkapasitet generelt på TSB i regionen og i de ulike sykehusområdene. Nasjonale myndigheter har gjennom oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene de siste årene forutsatt at veksten innen TSB og PHV skal være større enn veksten innen somatikken. En analyse gjennomført i HSØ i 2008 viser at dette ikke i tilstrekkelig grad har vært fulgt opp i HSØ. Underkapasiteten i TSB er spesielt stor når det gjelder akutt-tilbud, avgiftningsplasser og plasser for pasienter med ulike tilleggsproblemer. Dette medfører en uakseptabel ventetid for mange pasienter og en uholdbar fristbrudd situasjon. Det samlede tjenestetilbud er ikke dimensjonert, differensiert, organisert og tilpasset slik at alle pasienter får et reelt individuelt tilbud i forhold til sitt behandlingsbehov og mulighet til å samhandle om egen behandling. Det er ikke tilstrekkelig fokus på pasienter som har eller står i fare for å utvikle avhengighet til alkohol og/eller medikamenter. Det er ikke adekvat behandlingstilbud til unge ungdom med rusproblemer. Mange døgninstitusjoner er fremdeles ikke tilgjengelig for pasienter i LAR. Mange institusjoner har rigide

behandlingsopplegg som ikke er fleksible nok til å være tilbud for pasienter med ulike behov og ressurser.

Behandlingstilbudet i TSB er fortsatt fragmentert og pasientene får i for liten grad et helhetlig, individuelt tilrettelagt og differensiert tilbud. Fagrådet er særlig bekymret for at fristbruddsituasjonen, med påfølgende kjøp av dyre enkelt plasser vil føre til en uheldig utvikling av det samlede tjenestetilbudet.

Fagrådet påpeker at forankring for behandling av rus og avhengighetslidelser må være poliklinisk behandling i nærhet til de kommunale tjenestene der pasienten bor. Dette gir mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling representerer også den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall. Innenfor det polikliniske tilbudet bør det utvikles ulike tilbud om dagbehandling som innebærer at pasienten ikke behøver å bo på institusjon. I tilknytning til slik behandling kan pasienten tilbys døgnplasser i kommunal regi. Spesialisthelsetjenesten kan også i sammenheng med poliklinikk og/eller dagbehandling etablere forsterkningstiltak med døgnplasser.

Alle sykehusområdene må ta et helhetlig ansvar for alle pasienter i sitt opptaksområdet. En godt utbygget offentlig spesialisthelsetjeneste er grunnleggende for kvalitet og god behandling i velferdsstaten. Hovedstrategien må derfor være at det offentlige behandlingstilbudet skal være basis i TSB. For pasienter med rus- og avhengighetslidelser er dette spesielt viktig fordi de i så stor grad har behov for sammensatte tjenester. Fagrådet viser til problemstillinger med at private tjenesteleverandører som geografisk ligger langt fra pasientens hjemkommune, utvikler en form for poliklinisk virksomhet for pasienter som skal ha eller har vært i behandling i institusjon. Dette fører til at det offentlige poliklinikkapparatet nær pasienten ikke blir en naturlig del av behandlingsforløpet knyttet til opphold i langtidsinstitusjon. Mange pasienter har flere opphold i ulike langtidsinstitusjoner og når den lokale spesialistpoliklinikken ikke kommer på banen blir de ulike institusjonsopphold enkeltstående behandlingsforsøk i et kronisk sykdomsforløp. Dette fragmenterer også spesialisthelsetjenestens samarbeid med pasientens hjemkommune.

Det er veldokumentert at pasienter med rus og avhengighetslidelser ofte har somatiske / psykiske lidelser. Fagrådet presiserer at pasientene skal tilbys behandlingsopplegg som integrerer disse områdene. Dette forutsetter at pasienten innenfor TSB skal tilbys utredning av og behandling for dette i tillegg til behandling av avhengighetsproblematikken.

Et overordnet prinsipp er at alle mennesker skal ha en "dør inn" i spesialisthelsetjenesten uansett om problemstillingen dreier seg om somatisk lidelse, psykiatri eller rus- og avhengighet. Dette forutsetter at TSB har et aktivt og forpliktende samarbeid med somatiske og psykiatriske avdelinger innenfor sykehusområdet. Kunnskapsnivået om rus og avhengighet må økes i de somatiske og psykiatriske avdelingene. I disse avdelingene må det være kompetanse til å screene pasientene med tanke på risikobruk av rusmidler og/eller avhengighet.

Det er et faktum at mer enn 90 % av alle behandlingstrengende pasienter utredes, diagnostiseres og behandles innenfor primærhelsetjenesten, både når det gjelder psykiatriske og somatiske lidelser. Primærhelsetjenesten er grunnsteinen i helsetjenesten i Norge. Når det gjelder rus- og avhengighetslidelser er ikke helsestatistikken fullverdig men man må anta at langt de fleste pasientene også med slike tilstander ikke henvises til spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudene på de ulike nivåene er avhengig av hverandre og det er helt vesentlig at det etableres godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten, kommunale velferdstjenester og spesialisthelsetjenesten for sikre gode tjenester på alle nivåer over tid. Det er viktig å definere grenseoppgangen mellom TSB og kommunale helse- og velferdstjenester. Ikke alle pasienter med rus- og avhengighetslidelser kan eller skal henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Bruk av de private leverandørene

- Sammenstille data om bruken av de private leverandørene sett i forhold til det enkelte sykehusområde/helseforetak.

Fagrådet påpeker at de ulike områdesykehusenes bruk av private leverandører er svært forskjellig. Mange steder er spesialisthelsetjenestetilbudet i området helt dominert av en eller få private leverandører, i andre områder er de private nesten fraværende. Slik har det vært over tid, noe som har resultert i svært ulike tradisjoner når det gjelder samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Pasientflyten i de ulike sykehusområdene er derfor også forskjellig. Det er grunn til å anta at disse forskjellene ikke er faglig begrunnet. Behandlingstilbudet fra private leverandørene er dominert av langtidsbehandling i institusjon for pasienter som bruker illegale rusmidler. Det finnes også private poliklinikker i Oslo, Skien og Drammen

Fagrådet påpeker at det ikke finnes god nok kunnskap om og oversikt over den faktiske bruken av behandlingsplasser hos private leverandører og det faglige innholdet i behandlingstilbudet. Det er behov for å systematisere og utvide rapporteringen for å sikre god oversikt i fremtiden. Fagrådet vil understreke at de samme krav som gjelder i det offentlige tjenestetilbudet når det gjelder faglighet og kapasitet må gjelde for de private tjenesteleverandørene.

Den manglende kapasiteten innen TSB på differensierte behandlingstilbud fører til kjøp av fristbruddsplasser også fra tjenesteleverandører utenfor avtaleverket med RHFene. Dette er en økonomisk og ressursmessig blindgate i forhold til faglig og gevinsteffektiv utvikling av TSB. Dagens ordning gjør at de sykeste pasientene risikerer å få tilbud som ikke er tilpasset individuelle behov og er kvalitetssikret gjennom avtale med RHF. HELFOs avtaler med disse leverandørene har verken et detaljeringsnivå eller et oppfølgingssystem som er innrettet mot å sikre kvalitet i behandlingen. Det er mange eksempler på at de sykeste pasientene med størst tilleggsproblematikk får et tilbud helseforetakene ikke kan kontrollere eller sikre kvaliteten på. Mange slike plasser utvides også uten helseforetakenes medvirkning. Disse plassene er ofte svært dyre. Det påfører også helseforetakene store utgifter man ikke har styring over.

Framtidig kapasitetsbehov

- Vurdere framtidig kapasitetsbehov på behandlingstilbudene innen TSB.

Fagrådet påpeker at det er pasienter som bruker illegale rusmidler som belegger det største antall langtids døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Dette er pasienter med omfattende tilleggsproblematikk av psykososial art. Det er mindre oppmerksomhet mot den store gruppen pasienter som har et risikofyllt bruk av rusmidler/legemidler men som klarer å opprettholde en selvstendig tilværelse. Fagrådet er bekymret for at pasienter som burde hatt et tilbud innenfor TSB ikke oppdages av primærhelsetjenesten eller annen spesialisthelsetjeneste selv om deres sykdom eller plager er rusrelatert. Når kapasitetsbehovet for behandling i TSB skal estimeres må det enkelte sykehusområdet ta i betraktning faktorer som befolkningsstrukturen, forskrivningspraksis av vanedannende legemidler, den stedlige kultur for bruk av rusmidler, statistikk fra legevakt, akuttmottak og skadestue, erfaringer fra politidistriktet vedrørende rusproblematikk. Med i beregningen må også være pasienter som innlegges og behandles i spesialistpoliklinikker (DPS) og i andre sykehusavdelinger for sykdommer som er relatert til bruk av rusmidler. Det er antatt at 20 % av alle pasienter i somatiske avdelinger har lidelser knyttet til bruk av rusmidler, først og fremst alkohol. I enkelte psykiatriske avdelinger har opptil 60 % av alle pasienter et rusproblem.

Fagrådet er enig i prinsippet om at det må være god tilgang til basale behandlingstilbud innenfor TSB i alle sykehusområder. Det er et generelt behov for å styrke de polikliniske

tjenestene som representerer forankringen av rus- og avhengighetslidelser i nærhet til de kommunale tjenestene der pasienten bor

Behov for å styrke kompetansen og rekrutteringen

- Vurdere behovet for å styrke kompetansen og rekrutteringen innen TSB og foreslå eventuelle styrkingstiltak.

TSB er et nytt fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten og grenseoppgangene til øvrige fagfelt, særlig PHV er ikke avklart. Fagutviklingen gjennom flere år frem til rusreformene som kom i 2004 var for en stor del preget av aktiviteten i langtidsinstitusjoner drevet av private tjenesteytere.

Helsetilsynet har dokumentert at flere enheter innen TSB ikke har den fagkompetanse som er nødvendig for å gjennomføre forsvarlig, tverrfaglig vurdering, utredning og behandling av rus- og avhengighetslidelser. Fagrådets medlemmer melder om til dels store problemer med å rekruttere og beholde kompetent personell. Dette gjelder alle typer personell, men det er spesielt vanskelig å rekruttere leger og psykologer. Dette varierer selvsagt noe men mange av fagmiljøene er små og sårbare. Der TSB er organisert i PHV kan det oppstå situasjoner der ressursene skjevfordelles til fordel for PHV. I mange døgninstitusjoner er bemanning dominert av miljøpersonell uten formell utdanning

Fagrådet påpeker kompetanse ift rus og avhengighetsproblematikk innenfor både psykisk helsevern og somatikk er mangelfull og må bli bedre. Likedann er det behov for å øke kompetansen om somatikk og PHV i TSB. Liaisontjenester er et viktig virkemiddel for samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste i direkte pasientarbeid og for kompetanseheving. Oppbygging av Liaisontjenester fra TSB må stimuleres.

En undersøkelse av Ingeborg Rossow (SIRUS 2004) om grunnutdanningen for leger og psykologer konkluderer slik:

Omfanget av den obligatoriske undervisningen i rusmiddelproblematikk i grunnutdanningen for leger og psykologer ser ut til å være svært liten og antakelig neppe tilstrekkelig til å gi en god faglig kompetanse. Det er mulig at utilstrekkelig kompetanse fra grunnutdanningen for en del klinikers vedkommende (i noen grad) kompenseres ved å følge etter- og videreutdanningskurs. Legeforeningen har ett relevant todagers kurs (se omtalen innledningsvis), og Norsk psykologforening har ett todagers kurs i psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer. Likevel er det sannsynligvis et behov for å styrke så vel grunnutdanningene som etterutdanningstilbudene og sikre et felles minimum av kompetanse på rusmiddelfeltet innenfor helseprofesjonene..

Helsetjenestene har nå fått et tydeligere ansvar for både forebygging, behandling og skadereduksjon av rusmiddelbruk, og med et stort omfang av rusmiddelmissbrukere og rusmiddelrelaterte skader i befolkningen representerer dette betydelige utfordringer, ikke bare for helsetjenestene, men også for utdanningsinstitusjonene for helsepersonell.

RHF må arbeide med utdanningsmyndighetene slik at kunnskap om rus- og avhengighetslidelser i større grad blir tema i grunnutdanningen for universitets- og høyskoleutdannet personell (leger, sykepleiere, psykologer og sosionomer/vernepleiere/barnevernpedagoger). Det bør også fremmes krav om gunstige finansieringsordninger for videreutdanning av høyskoleutdannende, tilsvarende det man har for psykisk helsearbeid.

Helsedirektoratet foretok en undersøkelse av legedekningen innen TSB i HF-ene og de største private tjenesteyterne av TSB i uke 4 i 2009. Undersøkelsen er såpass omfattende at den gir et godt bilde av situasjonen. (se vedlegg 1)

Legesituasjonen ved mange døgninstitusjoner er altfor dårlig, både i private institusjoner og i avdelinger i helseforetakene. Det må straks opprettes flere legehjemler med NRID nummer

Det må være et minstekrav til bemanning i offentlige og private tiltak innenfor TSB av faglig kvalifisert personell (leger, sykepleiere, psykologer og sosionomer).

- Lege, psykolog og sosialfaglig personell må inngå i tverrfaglige team ved alle behandlingstiltak
- Døgnetenhetene må sykepleier i døgnkontinuerlig turnus og fast legedekning med vaktordning
- Minst 50% av personalet ved poliklinikker må være lege/psykolog

Regionale tiltak, felles tiltak for flere sykehusområder, lokale tiltak innenfor sykehusområdene

- Vurdere hvilke funksjoner og tiltak som bør være regionale (samles ett sted), hvilke som bør være felles for flere sykehusområder, hvilke som bør samles innenfor sykehusområdene (områdefunksjoner) og hvilke som bør være på lokalnivå. I disse vurderingene skal LEON-prinsippet legges til grunn.

Fagrådet fastholder at TSB ikke skal være en "særomsorg" men skal kunne tilby de aller fleste pasienter tjeneste innenfor sykehusområdet. Hovedstrategien for utviklingen av behandlingstilbudet for TSB i HSØ må være at alle sykehusområdene tar aktivt ansvar for pasienter med rus- og avhengighetslidelser i sitt området og at tiltakene bygges opp i tråd med styrevedtaket i HSØ nov 08. Dette er spesielt viktig fordi pasientene i så stor grad har behov for sammensatte tjenester. Tilbudet for unge pasienter må ha et særlig fokus.

Imidlertid er det noen pasientgrupper med særskilte problemstillinger som er kompliserte og som krever særlig tilrettelagt tilbud, men hvor antallet pasienter ikke er så stort at det enkelte områdesykehuset kan forventes å etablere og opprettholde et godt faglig tilbud som samtidig er kostnadseffektivt nok. Det er i dag varierende praksis hvorvidt de offentlige plassene er tilgjengelig for pasienter fra andre sykehusområder. Noen av de private tjenesteleverandørene begrenser i praksis også tilbudet sitt til å gjelde enkelte sykehusområder.

Det regionaliserte tilbudet bør eksempelvis begrenses til å være høy spesialisert døgn tilbud etter tvangsbestemmelsene og for gravide pasienter og familier. Dette kan ytes av både offentlige og private aktører, og bruken bør koordineres fra sentralt hold. All annen behandling må være en del av det lokal baserte tilbudet i det enkelte sykehusområdet. Avtaler som HSØ gjør med private tjenesteleverandører må tilpasses dette prinsippet.

Regionale kompetansesentre

- Vurdere hvilke regionale kompetansesentra Helse Sør-Øst trenger i planperioden.

Dagens kompetansesenter struktur fremstår som uoversiktlig. Organisatorisk plassering av eksisterende kompetansesentra, deres mandat og forankring i klinisk virksomhet varierer. Fagrådet mener at HSØ som den ledende regionen bør utviklet kompetansemiljøer som har nasjonale funksjoner i tillegg til regional kompetansesenterfunksjon.

Fagrådet mener at forutsetningen for å opprette nasjonale/regionale kompetansesentra er at disse er tilknyttet klinisk virksomhet og kommuniserer aktivt med TSB i hele regionen. Faglig nettverk er en viktig metode i kompetansesentrenes virksomhet.

Fagområder hvor det er særskilt behov for å utvikle kompetanse:

- behandling av gravide og familiebehandling.
- øyeblikkelig hjelp/akutt og avgiftning
- LAR.
- tvang
- tiltak for pasienter med alvorlig rusavhengighet og psykiske lidelser (sammen med PHV)

Tjenester fra private leverandører og samhandling

- I samsvar med vedtaket i sak 108-2008, som sier at private aktører skal inngå i oppgave og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder, bes fagrådet gi innspill til hvilke tjenester Helse Sør-Øst RHF skal bestille fra private institusjoner for å oppnå dette, samt hvordan samhandlingen mellom helseforetakene og private institusjoner bør være. Til grunn skal fortsatt ligge at alle avtaler inngås av Helse Sør-Øst RHF.

Hvert enkelt områdesykehus må ha faglig og økonomisk/administrativ styring over all behandlingsevne i sykehusområdet. Dette er nødvendig for å at alle pasienter skal få helhetlige og likeverdige tjenester. De offentlige og private tjenestene utgjør sammen en helhet. Det private tjenestetilbudet skal supplere ikke erstatte det offentlige tjenestetilbudet. Tradisjoner og idealisme har preget tiltaksapparatet i rusfeltet. Bruken av tjenester fra private leverandører må være faglig begrunnet og man må forutsette at disse inngår som et ledd i helhetlig pasienttilbud.

Det enkelte sykehusområde må vurdere fremtidige behov fra private tjenesteleverandører som danner grunnlaget for RHF's kjøp av tjenester når dagens avtaler utløper.

Det enkelte sykehusområdet er ansvarlig for all TSB og må således ha styringsrett i forhold til de private tjenesteyterne som inngår som en del av det lokalbaserte tilbudet.

Områdesykehuset og de private tjenesteleverandørene de har avtale med må samarbeide slik at pasientene sikres

- kvalitet i behandlingen
- individuelt tilpasset behandling

De ulike aktørene, offentlige og private, innen TSB i det enkelte sykehusområde må ta et felles ansvar for å sikre pasientene et tilbud innen behandlingsfrist og unngå fristbrudd.

Både offentlige og private tjenesteleverandører må rapportere på både kvalitet og kvantitet.

Særskilt risiko knyttet til samhandling

- Beskrive områder/pasientgrupper der det er særskilt risiko knyttet til samhandling. Foreslå tiltak for å styrke samhandlingen og skape helhetlige pasientforløp innenfor og mellom sykehusområdene, mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og mellom helsetjenesten og andre samarbeidende aktører, herunder barneverntjenesten og NAV.

Det er en stor utfordring for TSB at viktige pasientgrupper ikke nås. Det er fortsatt stigmatiserende å ha rus- og avhengighetslidelser. Det er særlig viktig at alle deler av spesialisthelsetjenesten har et praktisk og forpliktende samarbeid med TSB i forhold til diagnostisering og utredning av pasienter med tanke på risikofylt bruk av rusmidler og fare for å utvikle avhengighet. Dette gjelder særlig i forhold til alkohol og medikamenter. Fagrådet vil særlig påpeke betydningen av at det bygges opp Liaison-tjenester fra TSB.

Rusreformene gav fastlegene henvisningsrett til TSB. Flere pasienter kommer til behandling i TSB gjennom fastlegen. Fagrådet vil påpeke at ordningen med praksiskonsulenter derfor er et viktig tiltak for å styrke samhandling.

En annen viktig pasientgruppe som i dag ikke får et godt nok tilbud er yngre pasienter med rusproblematikk. Mange pasienter med avhengighetslidelser har startet sin ruskarriere i 12-13 års alderen. Det må etableres faglig samarbeid i spesialisthelsetjenesten mellom BUP og TSB. Samhandlingen mellom TSB og barneverntjenesten må styrkes. Fagrådet mener at hvert sykehusområde må lage en egen strategi for å nå de yngste pasientgruppene.

Kapasitet og likeverdig behandling

- Beskrive områder/pasientgrupper der det er særskilt risiko knyttet til kapasitet og likeverdig behandling på tvers av sykehusområder. Foreslå tiltak for å styrke den faglige koordineringen på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig ensartet og likeverdig.

Pasienter med behov for spesialtiltak, som for eksempel tolketjeneste, utgjør en ekstra utfordring. Det samme gjelder pasienter med minoritetsbakgrunn. Sosiokulturelle forhold gjør også at denne pasientgruppen ofte ikke får likeverdige tilbud innenfor helsetjenesten generelt. Bruk av tolketjenester må sikres for pasienter i TSB.

FAFO rapporten fra 2004 slår fast at 60 % av alle innsatte har brukt illegale rusmidler i tiden før soning og at disse definerer seg som "narkomane". 1 av 3 innsatte har drukket seg full flere ganger i uken i tiden før soning. Innsatte har rett til likeverdige helsetjenester som befolkningen for øvrig under soning. Selv om det i mange anstalter er egne rusmestringsprogram har disse ikke samme kvalitet som TSB. Hvert områdesykehus som har en fengselsanstalt i sitt nedslagsfelt må følge opp oppdrag om å etablere samarbeidsavtaler om TSB til innsatte.

Andre tiltak

- Vurdere ev. andre tiltak regionalt og på helseforetaksnivå for å oppnå overordnede mål.

Fagrådet påpeker at det ikke er tilgjengelig grunnlagsmateriale fra behandling i TSB for å kunne evaluere tiltak og vurdere effekt. Det er nødvendig å iverksette relevant rapportering basert på gitte kriterier for å kunne måle resultater og sammenlikne disse. Gjennomføring av behandling er et aktuelt kriterium, likeledes pasienttilfredshet osv.

- Fagrådet mener at det er særskilt viktig at det arbeides videre med bl.a disse utfordringene :
 - harmonisering av rettighetsvurdering (praktisering av pasientrettigheter)
 - tydeliggjøring av beste kunnskapsbaserte praksis i vurdering, utredning og behandling.

Fagrådet vil benytte anledningen til å rette oppmerksomheten på LOST §6.2 og §6.2-a. Fagrådet mener det er en kuriositet at det er den kommunale sosialtjenesten som har ansvar for pasienter med rus- og avhengighetslidelser når liv og helse er truet Saksgangen er omfattende og krevende og innebærer behandling i Fylkesnemnd. Det er anledning til å fatte hastevedtak, men dette kan neppe sies å være tilstrekkelig i forhold til alvorlige akutte krisetilstander. Innleggelse etter LOST 6.2 og 6.2-a innebærer ikke annet enn tilbakeholdelse eller at pasienten bringes tilbake til avdelingen ved rømning. LOST hjemler ikke aktive og gode virkemidler for TSB i forhold til behandling av pasienter innlagt etter tvangsparagrafene i LOST.

Brukerperspektivet

Det er viktig at fagfeltet har en bevisst holdning til brukermedvirkning når det gjelder å utvikle behandlingstilbudet. Både brukere og pårørende må aktivt involveres i strategisk planlegging av fagfeltet i Helse Sør-Øst God kunnskap om brukernes erfaringer fra TSB er vesentlig for hvordan tjenestene skal utformes og organiseres. HSØ retningslinjer for brukermedvirkning må tas aktivt i bruk.

Tilordning av dagens private tilbud til områdesykehusene.

Fagrådet fikk et ekstra oppdrag datert 02.07: "Helse Sør-Øst RHF vurderer det som meget viktig å få på plass en ny ordning for tilordningen av bruken av den private avtaleporteføljen til de ulike sykehusområdene før man avviker dagens styring av pasientstrømmen til deler av avtaleporteføljen til tidligere Helse Øst. Fagrådet bes derfor, som del av sitt innspill til regional strategi for TSB, om å utarbeide et utkast til ny ordning".

Avtalene som er inngått med private tjenesteleverandørene i dag er ikke basert på at det enkelte sykehusområde skal ta et helhetlig ansvar for TSB i sitt område. Hovedtyngden av de private tjenesteyterne gir i praksis et tilbud på lik linje og samme nivå som et lokalsykehus. Geografisk er de imidlertid ikke plassert innenfor sykehusområdet. Fagrådet mener at det er viktig at fordelingen av det private tjenestetilbudet understøtter prinsippet om at pasientene skal få et lokalt basert tilbud i sitt nærområde og at det regionaliserte tilbudet begrenses til å være høy spesialisert døgn tilbud eksempelvis etter tvangsbestemmelsene og for gravide pasienter og familier.

Fagrådet har arbeidet grundig med fordeling av private avtaleplasser. Det har framkommet noen overordnede prinsipper for slik fordeling og en rekke anbefalinger:

- Fritt sykehusvalg.
- Likeverdige tilbud for pasientene.
- Rettferdig fordeling mellom sykehusområdene
- Overordnet enhetlig organisering
- Oversiktlige og ubyråkratiske ordninger.
- Helhetlig tilbud i hvert sykehusområde
- Færrest mulig samarbeidspartnere for hver leverandør.
- Private leverandører knyttes til et eller flere SO i sin geografiske nærhet.

Fagrådet er bedt om å foreslå fordeling av private plasser til områdesykehusene. Fagrådet vil påpeke at behovsanalysene som ligger til grunn er mangelfull og at det er stor skjevhet i den geografiske plasseringen av de eksisterende private døgnplassene.

Tilgjengelig statistisk bakgrunnsmateriale er benyttet for å komme frem til et forslag om fordeling av private avtaleplasser. Med utgangspunkt i eksisterende offentlige tilbud, ble fordelingen av behandlingsplasser hos private tjenesteleverandører forsøkt beregnet ut fra en fordelingsnøkkel basert på befolkningsstruktur og sosio-demografiske forhold samt hvilke tjenester de private tjenesteleverandørene har avtale om å produsere. Mange ulike modeller har vært forsøkt men ingen kan ivareta hovedprinsippene for fordeling.

Konklusjonen er at det med bakgrunn i eksisterende avtaleperiode ikke er mulig å anbefale en løsning nå om konkret tilordning av de private avtaleplassene til SOene som kan tre i kraft 01.02.2010 Fagrådet har ikke funnet noen forsvarlige løsninger som i vesentlig grad kan ivareta anbefalingene på en bedre måte enn slik organiseringen er i dag.

Bakgrunnen for dette er faglig, økonomisk og praktisk, blant annet:

- De ulike SOene er helt forskjellige med tanke på antall og beskaffenhet av offentlige plasser.
- Plasser brukes mellom SO i hovedsak uten økonomisk oppgjørsordning. Det innebærer at ett SO drifter plasser til pasienter utenfor eget område uten å få dette kompensert økonomisk.

- Det er ulik praksis mellom tidligere Helse Sør og Helse Øst vedrørende bruk av private plasser i disse delene av regionen.
- Det er allerede inngått avtaler med private avtalepartnere som fastslår innhold, struktur og omfang. Disse kan ikke endres i avtaleperioden.
- Dagens praksis gjør at man ikke kan få etablert et helhetlig behandlingstilbud til pasientene med utgangspunkt i det enkelte sykehusområdet.

Fagrådet anbefaler derfor:

1. Alle offentlige plasser må inngå i en oppgjørsordning slik det praktiseres innenfor spesialisthelsetjenesten for øvrig. Dette stimulerer til at hvert SO oppretter og dimensjonerer egne tiltak etter eget behov.
2. Det nedsettes en hurtigarbeidende arbeidsgruppe som utarbeider et rapporteringssystem som kan følge bruken av de private plassene for å sikre det frie sykehusvalget, at de private plassene er tilgjengelige for alle pasienter i hele regionen og at plassene brukes effektivt.
3. Den sentrale koordineringen av enkeltplasser opphører når 1 og 2 er etablert
4. Alle private plasser videreføres som regionale og er forhåndsbetalt av HSØ.
5. Hvert sykehusområde må gjennomføre en analyse av fremtidig behov for TSB som sammen med en konkret analyse av dagens kapasitet (bruk av både offentlige og private tilbud) danner basis for en strategi for hvordan tilbudet skal utvikles. Det enkelte sykehusområde må vurdere fremtidige behov fra private tjenesteleverandører og dette må være grunnlaget for RHF's kjøp av tjenester når dagens avtaler utløper.
6. Helse Sør Øst RHF må etablere en arbeidsgruppe som samordner behov for private tjenesteleverandører på basis av SO enes strateginotat. Dette må danne grunnlaget for kjøp av private plasser etter 2011.

Referanser

- Opptrappingsplanen for rusfeltet
- Oppdragsdokumentet 2009 Helse Sørøst RHF
- Styredokument 108-2008
- Strategidokument for Helse Sør-Øst, 18.12.2008
- Sluttrapport arbeidsgruppe rus - Hovedstadsprosessen
- Faglig grunnlagsdokument for anskaffelse av behandlingstilbud hos private avtalepartnere innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, Helse Sør-Øst 04.05.2007
- Statusgjennomgang av behandlingstilbudene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) innen Helse Sør-Øst 2004-2008

Helsedirektoratet avdeling Rusmidler, 26.01. 2009, Seniorrådgiver Gabrielle K. Welle-Strand

Status i forhold til legedekning i TSB

Helsedirektoratet foretok en undersøkelse av legedekningen innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i HF-ene og de største private rusinstitusjonene i uke 4 i 2009. Opplysninger mangler for noen HF (blant annet Ahus, Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud). De største private aktørene er også medtatt i undersøkelsen. Undersøkelsen er såpass omfattende at den gir et godt bilde av situasjonen. Respondentene ga uttrykk for at de var glad for at undersøkelsen ble foretatt, da det er ønskelig å gjøre noe med situasjonen når det gjelder legedekning i TSB i store deler av landet.

Legestillinger knyttet til DPS-ene faller utenfor denne undersøkelsen i de fleste HF-ene, med unntak av der de er nevnt i teksten under. Legestillinger ved mindre, enkeltstående institusjoner (i hovedsak langtidsinstitusjoner) er heller ikke medtatt i undersøkelsen.

Vedlagt ligger en skjematisk oversikt (vedlegg 3B) over legestillingene ved de forskjellige HF-ene og institusjonene og under følger en beskrivelse av situasjonen ved hvert enkelt foretak/institusjon.

Oppsummering av funnene i undersøkelsen

Vi har identifisert totalt 102,22 legestillinger ved de foretakene/virksomhetene som er omfattet av denne undersøkelsen. Av disse stillingene har 80 NR-nummer. 78,07 av det totale antallet legestillinger innen TSB er besatt. Over 20 % av stillingene er med andre ord ubesatt og dette synes å være nokså likt i alle regioner. Likeså har ca 20 % av stillingene NR-nummer. Det arbeider totalt 32 psykiatere, 14 allmennpraktikere, 3 samfunnsmedisinere og 10 leger med annen medisinsk spesialitet i disse stillingene. En del leger har ingen medisinsk spesialitet, men en del har mange år med erfaring fra rusmedisin. En god del av stillingene er ikke hele stillinger og noen stillinger kombinerer forskning og klinisk virksomhet.

Når det gjelder erfaring i rusrelatert medisin, synes utvalget å dele seg i to, ca halvparten av legene har minst 2-5 års erfaring, mens den andre halvparten har under 2 år med erfaring. Når det gjelder antall år i aktuell stilling, synes det også å være en todeling, hvor rundt halvparten av legene har sittet fra 2 år og oppover i samme stilling. Den andre halvparten har under to år i samme stilling. Aldersmessig finner vi en liknende todeling: Halvparten av legene er over 50 år, mens den andre halvparten er under 50 år.

Når det gjelder rekruttering melder de fleste respondentene om store problemer med å rekruttere leger med relevant erfaring inn i stillingene. Mange rapporterer at de har brukt mye tid, kreativitet og penger på rekrutteringstiltak uten at dette har medført flere søkere til stillingene. Unntaket her er Helse Bergen HF som har hatt god søknad til sine to legestillinger. Mange sier at det er problematisk at det ikke finnes noen karriereveg for leger innen Rusmedisin og at unge leger som "lukter på faget", velger seg over i andre deler av medisinen hvor de kan bli spesialister. Mange av tiltakene sliter dermed med stor gjennomtrekk i legestillingene og dette gjelder særlig de yngre legene. Flere tiltak benytter seg av turnusventere som sjelden blir mer enn 6 måneder i jobben. Tiltakene som er organisert under psykiatrien, har ofte LIS-leger i stillingene som en del av sideutdannelsen, men de blir maksimum 1-2 år.

Mange av respondentene mener at rekrutteringsproblemene innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ikke kan løses uten at det opprettes en spesialitet i Rus- og avhengighetsmedisin. Det anføres at dette vil gi en karrierevei for yngre leger innen rusmedisinen og sikre mer stabil legedekning innen TSB. Det vil gi mulighet til oppbygning av stabile legefaglige miljøer flere steder og sikre bedre samhandling med både somatikk og psykiatri.

Helse Sør-Øst

Oslo Universitetssykehus, Aker, Klinikk rus og avhengighet omfatter 5 avdelinger med til sammen 10 kliniske enheter og ca 150 døgnplasser og en stor poliklinikk for LAR. Avdelingen har 28 legestillinger med totalt 26,15 årsverk. 17 av stillingene har NR-nummer og 23 av stillingene er besatt. 3 leger er i stillinger som kombinerer klinikk og forskning, med 50-80 % forskning. 1 20% stilling er ikke-klinisk. 5 av stillingene er besatt med turnusventere som arbeider ca 1/2 år. 6 er LIS-leger i psykiatriutdannelse. Klinikken er godkjent med 1 år i spesialistutdannelse og 1 år sideutdannelse. Man har 7psykiatere (1 i 20% ikke-klinisk stilling, 1 i engasjement 80% ut april, 1 i 20% klinisk stilling) og 4 med andre spesialiteter. Det er vanskelig å rekruttere til LIS-stillinger da man ikke kan garantere et komplett utdannelsesforløp. Det har vært satset mye på rekruttering av leger. Det er problematisk at KRA ikke har tilstrekkelig legehjemler. Det er og har vært en stor utskiftning av leger, spesielt når det gjelder turnusventere og LIS-leger. Det ansees som et stort problem at det ikke er noen karrierevei innenfor rus- og avhengighetsmedisin.

Avdeling for Rusbehandling, Sykehuset Østfold HF omfatter 2 døgnerenheter og 4 poliklinikker. Avdelingen har 4 legestillinger som er besatt. Man har en psykiater og en som snart er ferdig med spesialiteten i psykiatri. Ved siste utlysning hadde man noen få søkere, men få med relevant erfaring.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus HF omfatter 5 døgnerenheter og 4 poliklinikker. Avdelingen har 13 legestillinger hvorav 8,5 (9 leger) er besatt (hvorav 2 har permisjon). Man har 4 psykiatere og 5 tidsbegrensede LIS-leger. Siden 2004 har de ledige overlegestillingene vært utlyst en rekke ganger i inn- og utland, men man har kun fått 2 kvalifiserte søkere totalt.

Divisjon Psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF har 3 døgn- og 2 polikliniske enheter. Man har 6 overlegestillinger hvorav 2 er besatt av to psykiatere. Siden 2004 har man kun hatt en søker, men vedkommende tok en annen stilling. Divisjonen ønsker en spesialitet i Rus- og avhengighetsmedisin, da erfaringen er at det er vanskelig å rekruttere psykiatere til rusfeltet. Med egen spesialitet tror man at samarbeidet med somatikken vil kunne bedres.

Borgestadklinikken er en Blå Kors institusjon i Skien med 4 døgnerenheter og en poliklinikk. Man har 3,77 (5 leger) legestillinger som for tiden er besatt av en psykiater, en kirurg, en allmennmedisiner og to leger uten spesialitet. Det har vært svært vanskelig å rekruttere leger fordi spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin ikke eksisterer. De ledige stillingene har ofte vært besatt av leger som trenger sideutdannelse i andre spesialiteter eller av leger med spesiell interesse for faget.

Vestfoldklinikken ved Psykiatrien i Vestfold har 3 døgnerenheter og et LAR-team. Klinikken har 5,1 legestillinger som alle er besatt. Man har 2 psykiatere, 1 allmennmedisiner og en lege med allmennmedisin og samfunnsmedisin som spesialitet. Man har ikke hatt søkere til psykiaterstillingene. LIS-legene rekrutteres gjennom psykiatrien og klinikken er godkjent som et valgfritt år i psykiaterutdanningen. Av og til har man ikke LIS-lege fordi ingen i systemet trenger slik tjeneste. Klinikken profiterer rekrutteringsmessig på at tjenesten gir sideutdannelse i psykiatri, men rusfeltet gir i liten grad merittering i psykiatrien.

Sykehuset Telemark. Ruspoliklinikken i Porsgrunn og Skien er DPS-organisert som TSB med 1 overlegestilling knyttet til hver. 50 % er dekket i Porsgrunn, 60 % i Skien. LAR har 30 % stilling som rådgivende lege. Notodden DPS (del av Blefjell) har en besatt overlegestilling knyttet til ruspoliklinikken.

Behandlingsplasser TSB

Under vises fordelingen av tilgjengelige plasser hos private avtaleparter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Videre er det vist forslag til fordeling av private avtaleplasser til hvert enkelt sykehusområde, dette er beregnet utifra befolkningsgrunnlag. Tall for befolkningsgrunnlag er hentet fra ssb.no.

Generelle plasser korttid	Antall plasser
Blå kors Eina	13
Incognito klinikk	22
A-senteret	20
Trasoppklinikken	33
Valdresklinikken	18
Borgestad Drammen, Bragernes	15
Borgestad Loland, Klinikkavd 2	20
Tyrilistiftelsen	14
Riisby behandlingssenter	10
Veslelien	12
Totalt	177

Tabell 1

Viser tilgjengelige korttidsplasser, inntil 6 mnd. Behandlingsinstitusjonene i denne tabellen har et generelt tilbud og tar ulike pasientgrupper.

Tabell 2

Viser tilgjengelige langtidsplasser, 6 til 12 mnd. Behandlingsinstitusjonene i denne tabellen har et generelt tilbud og tar ulike pasientgrupper.

Generelle plasser langtid	Antall plasser
Blå kors Eina	17
Riisby behandlingssenter	35
Fredheim	22
Veslelien	27
Arken	10
Solliakollektivet	23
Tyrili	50
Borgestad Skien	19
Borgestad Loland	20
Totalt	223

Terapeutiske samfunn	Antall plasser
Phoenix Haga	28
Renåvangen	25
Samtun	22
Totalt	75

Tabell 3

Viser tilgjengelige plasser ved terapeutiske samfunn. For pasienter som trenger klare rammer og konfronterende behandlingstilnærming. Terapeutisk samfunn har fellesskapet som metode.

Tabell 4

Viser tilgjengelige plasser for pasientgrupper med spesielle behov. Origo og Borgestad har plasser for familier med barn. De kan også ta gravide på tvang (LOST). Nybøle behandler pasienter med omfattende psykisk lidelse sammen med langvarig og alvorlig rusmiddelavhengighet. Fossumkollektivet har et behandlingstilbud til unge sårbare pasienter.

Spesialiserte plasser	Antall plasser
Origo	40
Nybøle	16
Fossum	9
Borgestad familie	23
Borgestad, tvang - skjermet enhet	3
Totalt	91
Totalt u/Borgestad tvang pl	88

Polikliniske tilbud	Lokalisasjon	Konsultasjoner per år
BK senter	Oslo sentrum	6500
Incognito	Oslo øst	4370
A-senteret	Oslo sentrum øst	6613
Trasop	Oslo øst	4360
Diakonhjemmet	Oslo sentrum vest	6900
Lovisenberg	Oslo sentrum øst	6200
Borgestad	Skien	Ikke spesifisert omfang
Borgestad	Drammen	Ikke spesifisert omfang

Tabell 5

Viser konsultasjonskrav for private avtaleparter. Alle, bortsett fra Borgestad, har et tallfestet krav på levering.

	befolkningsg runnlag - avrundet	Storbyfaktor	befolkningsg runnlag inkl storbyfaktor
Akershus universitetssykehus HF	420000		420000
Oslo universitetssykehus HF inkl. Diakonhjemmet og Lovisenberg	450000	1,3	585000
Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF	450000		450000
Sykehuset Innlandet HF	380000		380000
Sykehuset Østfold HF	270000		270000
Sørlandet Sykehus HF	260000		260000
Vestre Viken HF	370000		370000
Total befolkning i HSØ	2600000		2735000

Tabell 6

Viser befolkningsgrunnlaget for de nye sykehusområdene. Follo er lagt til Akershus universitetssykehus HF, og Blefjell sykehus, Notodden og Rjukan er lagt Sykehuset Telemark HF. Befolkningsgrunnlaget er avrundet til nærmeste hele 10000.

	% befolkning av total befolkning i HSØ	% befolkning av total befolkning i HSØ inkl. storbyfaktor	Andel priv og off pl etter befolknings gr.	Andel priv pl fordelt etter befolknings gr.	Off. tilgjengelige pl	Sum off. og priv. Pl
Akershus universitetssykehus HF	16 %	15 %	149	89	27	116
Oslo universitetssykehus HF inkl. Diakonhjemmet og Lovisenberg	17 %	21 %	207	124	144	268
Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF	17 %	16 %	159	95	37	132
Sykehuset Innlandet HF	15 %	14 %	134	80	44	124
Sykehuset Østfold HF	10 %	10 %	96	57	37	94
Sørlandet Sykehus HF	10 %	10 %	92	55	44	99
Vestre Viken HF	14 %	14 %	131	78	56	134
Total befolkning i HSØ	100 %	100 %	968	579	389	968

Tabell 7

Viser det enkelte sykehusområde sitt behov for antall private avtaleplasser basert på sykehusområdet sitt befolkningsgrunnlag. Inkl. "storbyfenomen" for Oslo universitetssykehus på bakgrunn av dette får 21% av de private avtaleplassene. Tabellen viser også tilgjengelige offentlige behandlingsplasser ved det enkelte sykehusområde. Samt at det viser Viser forslag til fordeling av antall plasser for hvert enkelt sykehusområde, private og offentlige.

