



Utviklingsplaner for helseforetakene

Prosjektrapport – Delprosjekt Tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Prosjektrapport – Delprosjekt Tverrfaglig spesialisert rusbehandling v/delprosjektleder Guri Spilhaug

Delprosjekt regional føringer tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Regjeringen viderefører "den gylne regel" som medfører at veksten innen psykisk helsevern og TSB hver for seg skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå. Regelen skal måles i: Kostnader, ventetid, aktivitet, årsverk. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et av flere områder som Helse Sør-Øst RHF ønsker å prioritere i arbeidet med utviklingsplaner

Prosjektmandatet etterspør innspill til blant annet:

- Hvordan er dagens organisering og status for virksomheten?
- Hva fungerer godt og hva er utfordringene for et samordnet og kvalitativt godt tilbud?
- Hva er hensiktsmessig oppgavedeling i grensesnittet mellom aktørene på regionalt nivå, i sykehusområdene, på kommunalt nivå og hos de private rehabiliteringsinstitusjonene?

Del-prosjekt regionale føringer TSB er gjennomført høsten 2016. Brukerrepresentant og del-prosjektleder har besøkt 8 helseforetak som har invitert kommuner/bydeler i opptaksområdet, representanter fra brukerråd, private leverandører til møtene.

Innhold i møtene har vært:

- Delprosjektleder har presentert arbeidet med regionale føringer til strategisk utviklingsplan
- Helseforetaket har presentert sitt TSB tilbud, organisering og behandlingstilbud
- Kommuner/bydeler har presentert status for rusbehandling og rusomsorg.
- Brukerrepresentant har presentert hvordan brukerne opplever tjenestetilbudet på begge nivåer og samarbeidet mellom disse.
- Private leverandører har presentert sitt behandlingstilbud og samarbeid med helseforetak og kommuner/bydel.
- Dialog og erfaringsutveksling knyttet til samarbeid, oppgavedeling, koordinering og sammenheng i pasientforløp, veilednings og kompetanseutveksling.

Delprosjektet har vært presentert for Fagrådet TSB i Helse Sør-Øst RHF på 3 møter i høst og fagrådet har kommet med kommentarer og innspill. Prosjektleder har informert om arbeidet for styringsgruppen i to møter og ellers i flere ulike møter i regi av HSØ-RHF blant annet i samarbeidsforum, møte med KS mm.

Strategier og handlingsplaner

Arbeidet med strategiske utviklingsplaner skal ta utgangspunkt i lovpålagt ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling som er i tråd med framtidig behov for helsetjenester av god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse. Det foreligger en rekke slike føringer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

➤ Rusreform II gjeldende fra 1.1.2004

Gjennom rusreformen i 2004 ble tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) etablert som et eget fagområde i spesialisthelsetjenesten, likestilt med somatikk og psykisk helsevern. Begrepet tverrfaglig ble valgt både for å tydeliggjøre det sosialfaglige aspektet ved behandlingen og for å understreke viktigheten av tett samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste.

En viktig del av begrunnelsen for rusreformen var at personer med rusmiddelavhengighet ikke fikk ivaretatt sitt behov for helsetjenester til tross for at mange med rusmiddelavhengighet er storforbrukere av helsetjenester, bl.a. i form av øyeblikkelig hjelpinnleggelser og innleggelser i forbindelse med somatiske sykdommer eller skader. Mange ruspasienter har dårlig allmenntilstand og ubehandlede alvorlige sykdommer.

Målene for rusreformen var:

- Å styrke behandlingsapparatet og bedre kvaliteten og behandlingsresultatene
- Å klargjøre ansvar, bedre ressursutnyttelsen og styrke den tverrfaglige innsatsen og samarbeidet
- Å skape et helhetlig tiltaksapparat som fanger opp brukernes individuelle behov og som har mangfold og bredde i sitt tilbud
- Å sikre alle pasienter et sted å henvende seg uansett om problemet er rus, psykisk lidelse eller somatikk.

➤ **Nasjonal helse- og sykehusplan**

Framtidens sykehus bør i størst mulig grad samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted.

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbud innen psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

➤ **Fra oppdragsdokumentet til RHFene**

- Redusere unødvendig venting og variasjon
- Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

➤ **Nasjonale faglige retningslinjer**

- Helsedirektoratet har utarbeidet flere nasjonale faglige retningslinjer for TSB.

➤ **Pakkeforløp for rusbehandling**

- Den første "pakkeforløp for rus-behandling" er under arbeid, flere er foreslått.

➤ **Opptappingsplaner for rusfeltet**

Stortinget vedtok i 2007 en opptappingsplan for rusfeltet. Planen hadde som mål å gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv og å sikre mer tilgjengelige tjenester. Stortinget vedtok i april 2016 en ny opptappingsplan, en helhetlig plan med vekt på kommunene. Opptappingsplanen skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på rusfeltet. Planen har målsettinger på levekårsområder: Arbeid, økonomi, bolig og sosiale forhold, skole og utdanning, barnevern, ernæring, helse- og omsorgsfeltet.

Planen beskriver 5 hovedmål: Reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet. Personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det skal utvikles og i større grad tas i bruk alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer

I arbeidet med regionale føringer til strategisk utviklingsplan er det viktig å peke på tidligere strategidokument for HSØ-RHF (2010)

sak 046/2010

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et prioritert regionalt satsningsområde noe som skal gjenspeiles både i utviklingen av behandlingstilbudene, i driftsavtalene med helseforetakene og i forskningsstrategien for regionen.
- Behandlingskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivt døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.
- Det regionaliserte tilbudet bør i fremtiden være spesialisert døgnbehandling hovedsakelig etter bestemmelsene om tvungen tilbakeholdelse i sosialtjenesteloven (nå Helse- og omsorgstjenesteloven i kommunene), behandling av gravide pasienter samt familiebehandling. Det øvrige tilbudet innen TSB skal være en del av det lokalbaserte tilbudet i det enkelte sykehusområde.
- Forankringen for spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor, for å gi 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 for pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det skal utarbeides områdeplaner for tverrfaglig spesialisert behandling som en del av én helhetlig områdeplan for sykehusområdet. Alle sykehusområdene må:

- Etablere tilbud om spesialisthelsetjeneste til pasienter med risikobruk - og/eller avhengighet av alle typer rusmidler (legale, illegale og legemidler) samt spilleavhengige. Ungdom og pasienter med behov for legemiddelassistert rehabilitering samt innsatte i fengsel må ha et særlig fokus
- Utvikle behandlingslinjer og forløpsbeskrivelser innen TSB som omfatter hele behandlingsforløpet og alle relevante aktører. Det skal ikke tilkomme uønskede avbrudd i behandlingen.
- Sikre samhandlingen med de kommunale helse- og velferdstjenester gjennom samarbeidsavtaler, kommunal deltakelse i sykehusområdenes utarbeidelse av områdeplaner og ved bruk av individuell plan.
- Helse Sør-Øst RHF 13 prinsipper for brukermedvirkning må tas aktivt i bruk gjennom involvering av både brukere og pårørende i utvikling av fagfeltet samt i utformingen av tjenestene.

➤ Behovsanalyse i 2013

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2013 en behovsvurdering etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor det ble pekt på at den videre utvikling av døgntilbudene innen TSB primært bør skje i form av akutt- og avrusingsplasser, behandling av pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk psykiatri/rus og utredningsplasser for ungdom. Det ble og lagt vekt på at behandlingstilbudene bør bygges ut både til store pasientgrupper som alkohol og medikamentavhengige, og til økende grupper som brukere av anabole androgene steroider. Det ble vurdert som viktig med utvikling av mer lokalbaserte behandlingstilbud som gir mulighet for langtidsbehandling som ikke betinger kontinuerlig døgninnleggelse.

I henhold til styringsdokumenter, oppdragsbrev og behovsanalyser kan det konkluderes med at basistjenester innenfor TSB i alle helseforetak er:

- Akuttbehandling
- Avrusning.

- Polikliniske og ambulante tjenester
- Døgnplasser til pasienter med komplekse tilstander og sammensatte tjenester

Status og utviklingsretninger for TSB

Organisering og utviklingsretning, status i helseforetakene

Behandlingstilbudene innen TSB i Helse Sør-Øst gis av 8 helseforetak med sørge-for-ansvar for pasienter i eget sykehusområde og 21 private leverandører som har avtale med Helse Sør-Øst RHF, disse tjenestene er tilgjengelige for alle pasienter i hele regionen. TSB er et selvstendig fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten på lik linje med psykiatri og somatikk, men har ingen lang tradisjon i helseforetakene og utviklingen av tjenestetilbudet har ikke kommet like langt i alle HF.

Døgnbehandling: Alle HF har en eller flere enheter som tilbyr døgninnleggelse unntagen Sykehuset Telemark HF. Det er enhet for avrusning og en eller flere døgnenheter for utredning og behandling. På tross av øket døgnkapasitet de senere årene (bl.a ekstra kjøp av 120 lang-tids døgnplasser hos private leverandører i 2013) kan det fremdeles være vanskelig å få institusjonsplass for pasienter med omfattende tilleggsproblematikk - det være seg psykisk lidelse, somatisk sykdom, atferdsproblematikk eller funksjonshemninger. Svært få av de private tjenesteytere har et tilbud til disse pasientgruppene og de kan avvise slike pasienter med begrunnelse at de faller utenfor målgruppen eller er for krevende å utrede og behandle. Mange av disse pasientene står i virkeligheten uten et tilbud i spesialisthelsetjenesten og forblir kommunalt ansvar dersom helseforetaket ikke har et eget behandlingstilbud.

Bare i ett Helseforetak er det etablert et eget rusakuttmottak (Oslo universitetssykehus). Øvrige helseforetak søker å ivareta akuttjenester ved andre avdelinger i sykehuset, fortrinnsvis på ruspoliklinikker på dagtid, via ambulante akutteam eller i psykiatrisk akuttmottak.

Poliklinikk: Alle helseforetak har TSB i poliklinikk, enten egne selvstendige ruspoliklinikker eller som del av et DPS. I 4 helseforetak er all virksomhet i TSB, både døgn og poliklinikk, organisert sammen i en avdeling. (Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Østfold). I de øvrige 4 er poliklinikk og døgnvirksomhet organisert i to fagsøyler, psykisk helsevern og TSB. Organisering av TSB døgn og poliklinikk i to ulike avdelinger kan skape utfordring for pasientflyt, overganger og samhandling i et pasientforløp og vanskeliggjøre oversikt over pasientgruppen gjennom rapportering og statistikk.

Ikke i noen av helseforetakene er leder av TSB-avdelingen del av direktørens ledergruppe.

Organisering på nivå 3 i HFene og i ulike fagsøyler kan bidra til at fagfeltet TSB blir lite synlig i helseforetaksstrukturen og gjøre det vanskelig for pasienter/pårørende og samarbeidspartnere å få oversikt over helseforetakets samlede tilbud innenfor TSB. Det gjelder også for øvrig spesialisthelsetjeneste-avdelinger/klinikker i helseforetaket. Særlig vektlegges behovet for samhandling med somatisk spesialisthelsetjeneste.

TSB er et ungt fagfelt og det er av stor betydning å sikre fagutvikling og forskning. Dette forutsetter robuste fagmiljøer som drar nytte av kompetanse og ressurser i alle TSB enheter og som er synlig i HF ets øverste ledelse

Det er en føring for helseforetakene at de i arbeidet med strategisk utviklingsplan beskriver utvikling av sine basistjenester i TSB og en optimal organisering av disse i forhold til et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, smidig pasientflyt, god oversikt over bruk av ressurser og prioriteringer, synlighet / tilgjengelighet og som understøtter robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling og forskning.

Private avtalepartnere i regionen

De 21 private leverandørene tilbyr i hovedsak langtids døgntilbud men det er også 5 store aktører med et omfattende poliklinikktilbud, 4 i Oslo og en i Skien.

Da Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 besluttet at RHFene skulle kjøpe 200 flere langtids døgnplasser hos private ideelle aktører ble det inngått avtaler i HSØ RHF om 120 nye slike. HSØ kjøper i 2016 TSB tjenester fra private leverandører for til sammen kr 1 067 918 793

De 21 private leverandørene er ujevnt geografisk fordelt mellom sykehusområdene, de fleste er lokalisert innenfor nordre del av regionen (Hedmark/Oppland) og i hovedstadsområdet.

Det er ingen organisert tilordning for private avtalepartnere og det er en stor oppgave for alle de private leverandørene å opprettholde et effektivt samarbeid med kommuner og helseforetak i hele regionen.

Ytelsesavtalene beskriver behandlingsinnhold, pasientgrupper, størrelse, nivå, behandlingstid, spesialistkompetanse mm. Det er store ulikheter i behandlingstilbudet. Flere av de private leverandørene i regionen har avtale med andre RHF og en har også avtale med Oslo kommune, Velferdsetaten. Enkelte av de private er godkjent som leverandør av Fritt behandlingsvalg

Bruk av private avtalepartnere varierer mellom sykehusområdene. Forbruket kan synes å være mer basert på tradisjon og tilgjengelighet enn på rent faglige forhold knyttet til befolkningsstruktur. For eksempel har pasienter i Telemark sykehusområde et vesentlig høyere forbruk av TSB pr 1000 innbyggere hos private avtalepartnere og som gjestepasienter i andre HF, både poliklinikk og døgntilbud, enn andre sykehusområder i regionen.

Organisering og utviklingsretning, status i kommuner og bydeler

Kommunene/bydelene organiserer sine helse- og velferdstjenester ulikt, også tjenester spesielt rettet mot personer med rus- og/eller avhengighetsproblematikk. Flere kommuner er i omorganiseringsprosesser for å etablere robuste tjenester som dekker brukernes sammensatte behov. Ikke alle kommuner har godt nok utbygget tjenesteapparat eller velferdstiltak for pasientgruppen. Mange beskriver et manglende botilbud med adekvat bo-oppfølging. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienter å benytte polikliniske tilbud eller dagtilbud fra TSB og er til hinder for å benytte øvingspermisjoner mot slutten av et døgnoophold som forberedelse til utskrivning.

Kommunene har akutte kommunale somatiske døgntilbud til pasienter som trenger behandling og observasjon men som ikke er i behov av innleggelse i somatiske sykehusavdelinger. Fra 1.1.2017 skal kommunene også ha døgntilbud til psykisk syke og personer med rusproblematikk som trenger dette i forbindelse med akutt oppståtte problemer. Kommunene planlegger å etablere KAD plasser for ruspasienter på ulike måter, for eksempel i forbindelse med øvrige KAD plasser eller ved annen døgnavvirksomhet i kommunen, botiltak for pasientgruppen, boliger med heldøgns pleie- og omsorg, sykehjem osv. Noen i tilknytning til interkommunale legevakter.

Kommunene ønsker å få veiledning og bistand til kompetanseheving fra spesialisthelsetjenesten når disse plassene skal etableres og driftes. Kommunene presiserer også behovet for tilgjengelig spesialisthelsetjeneste og peker på akuttjenester og ambulante tjenester fra TSB.

Samhandling

Samhandling mellom alle aktører innen og på tvers av nivåene er avgjørende for pasienter som har behov for langvarig behandling og sammensatte tjenester. TSB skal tilby pasienten helhetlig behandling også for komorbide lidelser, somatiske og psykiske. Langvarig oppfølging før og etter eventuell døgntilbud skal skje i et fellesskap mellom TSB og kommunale tjenester herunder fastlegen. Eksisterende samarbeidsavtaler er ofte lite konkrete med tanke på rusbehandling.

Samhandlingsreformen er ikke implementert for TSB men fra 1.1.2017 vil regelverk for utskrivningsklare pasienter, bortsett fra det økonomiske elementet. Grenseoppgang mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er ikke tydelig definert.

Mange samhandlingssystemer er likevel på plass knyttet til henvisning, inntak, utskrivelse osv mellom 1. og 2. linjen.

Nye trender, utvikling av en sterkere kommunal tjeneste og pasientgrupper som ikke har et tilfredsstillende tilbud

Det er et uttalt ønske og en forventning om at spesialisthelsetjenesten forsterker sitt polikliniske tilbud og er tilgjengelig for pasienter/pårørende og kommunale samarbeidspartnere utenfor helseforetakets vegger.

- Kommunenes ansvar (KAD) og kompetanse økes
 - Behov for tilgjengelige støttetjenester, faste avtaler, liaison og konsultasjonstjenester
- Utadrettet spesialisthelsetjeneste
 - ambulant virksomhet, støttetjeneste til kommunale tiltak, fengsler mm

Det er behov for lokalbaserte tilbud som i større grad kan sikre samarbeid mellom nivåene og fleksible behandlingsopplegg for pasientene uansett hvem som tilbyr tjenestene. Pasientenes egenmedvirkning er av stor betydning for behandlingsgjennomføring.

- Behandlingstilbud som er tilpasset pasienter i skole/arbeid
 - mer intensivert behandling, mer ambulant behandling og mulighet for poliklinisk kveldsbehandling både før og etter at pasientene har blitt rusfrie.
 - strukturert samarbeid med arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste

Sørge for pasientens medvirkning i egen behandling

- Regelmessig behandlingsevaluering (feed-back-verktøy).
- brukerstyrte tjenester – døgnplasser men også poliklinikk/ambulant
- Pasient-opplæring

Det er en bekymring for at spesielt utsatte pasientgrupper i regionen ikke har tilfredsstillende tilbud verken på kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten. Mange av disse vil ikke være aktuelle for krevende behandlingssats gitt ved langvarig døgntilbud men kan ha stor nytte av behandlingstilbud i et strukturert forløp med veksling mellom nivåene.

- Pasienter med omfattende og langvarig behov for omsorg og behandlingssats
 - herunder ROP pasienter
- Pasienter med voldshistorie eller utagerende adferd.
- Pasienter med alvorlige somatiske lidelser.
- Pasienter som innlegges uten eget samtykke (etter helse- og om sorgstjenesteloven i kommunene HOL §§10-2 og 10-3).

Det er godt kjent at mange pasienter pådrar seg somatiske sykdommer eller skader/ulykker på grunn av et risikofylt bruk av alkohol og mottar spesialisthelsetjeneste på somatiske akuttmottak og ellers i somatiske avdelinger. TSB tjenester til disse pasientene er påpekt i oppdragsbrevene fra HOD de senere år. Det er behov for å beskrive gode samarbeids-strukturer innad i helseforetakene for å sikre disse pasientene utredning og behandlingstilbud innenfor TSB.

- Pasienter i behandling i somatiske avdelinger hvor deres sykdom er forårsaket av eller komplisert ved bruk av alkohol

Bruk av rusmidler endrer seg i samfunnet. Brukere av "ukjente" rusmidler får oftest nødvendig akuttbehandling på et somatisk akuttmottak men deres risikobruk av rusmiddel blir ikke adressert videre verken til fastlege eller TSB. Det er en utvikling i samfunnet med økende rusbruk i eldre aldersgrupper og erkjennelse av at mange pasienter innlagt i geriatriiske avdelinger, også akuttavdelinger bør utredes og tilbys behandling for et skadelig alkoholbruk.

- Nye pasientgrupper
 - Bruk av psykoaktive rusmidler – behov for akutt-tjenester og tidlig intervensjon
 - Ikke-kjemisk avhengighet, spill, internett, sosiale medier – behov for ny kunnskap, utvikling av avgrenset og standardisert behandlingstilbud
 - Brukere av anabole androgene steroider
 - Øke kompetansen på eldre med alkoholproblemer.

Unge pasienter i behandling i barne- og ungdomspsykiatrien er ofte i risiko for å ha eller utvikle et rusproblem. Det er grunn til å etablere godt samarbeid mellom BUP og TSB,

- Behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som tydeliggjør ansvarsfordeling mellom BUP og TSB

Det er viktig at pårørendeopplæring styrkes og danner basis i oppfølging av pårørende. Dette er en omfattende og kostnadskrevende del av mange medisinske fagfelt (barn, traume, kreft osv.). Det økonomiske systemet med polikliniske takster og egenandeler for polikliniske konsultasjoner fremfor lite innbringende kurs- og opplæringsvirksomhet kan lett påvirke prioriteringene i tilbud til pårørende og bidra til å stigmatisere pårørendegruppen ved at tilbud til disse forutsetter at de har en psykiatrisk diagnose.

- Lærings og mestringstilbud til pårørende,
 - Særskilte tiltak til barn som pårørende

Sentrale tema, oppsummert fra dialogmøtene

1. Hva har man fått til innenfor dagens samarbeid som er verdt å dele og bygge videre på?

Samarbeid i prosjekter hvor begge parter deltar likeverdig

- Deltidsstillinger kombi, dvs 50/50 ansatt i spesialisthelsetjeneste og kommune.
- Kommunale tiltak der ansatte fra TSB har fast «kontortid»
- Kompetanseheving gjennom undervisning, gjerne felles fagseminarer.
- Samarbeid mellom henviser og vurderingsteam for å finne gode tilbud til pasienten.
- Faste samarbeidsmøter mellom kommunal virksomhet og TSB på et hensiktsmessig nivå, både overordnede møter på ledernivå og ansatte i klinisk virksomhet.
- God kunnskap om hverandre, god informasjon, den menneskelige faktor.

2. Hva ønsker man å få til sammen – finnes det et felles målbilde?

- Ø.hjelp/akuttjenester for ruspasienter og videre oppfølging etter en akuttinnleggelse.
- Samarbeid om ROP pasienter.
- Bedre samarbeid om tvangspasienter.
- TSB enhetene i et helseforetak må henge sammen, enten direkte organisatorisk i samme avdeling eller faglig med felles fagutvikling og forskning.
- Helseforetakene organiserer henvisningsmottak som tilbyr samarbeid med kommunale henvisere til TSB og kvalitetssikrer rettighetsvurdringer.
- Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten, TSB må ut i hverdagen i kommunene.
- Samarbeid mellom kommune og TSB i forbindelse med ettervern og oppfølging etter utskrivelse.

- At det gjennomføres undersøkelser/evalueringer som kan si noe om effekt av behandling
3. Hva er drivere og bremser for dette samarbeidet?
- Arenafellesskap mellom spesialisthelsetjenesten og kommune synes å forsterke samarbeid.
 - Produksjonskrav og økonomi er et problem når det gjelder samarbeidsformer som ambulant virksomhet, det gir ikke uttelling verken på registrering av aktivitet eller med refusjon for faktisk utført arbeid. Det er nødvendig at rapportering og økonomi understøtter slik virksomhet.
 - Samarbeid strander dersom pasienten nekter å gi samtykke til samhandling.
 - Grenseoppgang mellom kommune og TSB er ikke definert godt nok
 - Vanskelig for kommunene å få rask hjelp/bistand fra spesialisthelsetjenesten. Ambulant virksomhet utfordres med lange reiseveier. Det samme gjelder for møtevirksomhet, for eksempel ansvarsgruppemøter osv, det går mye tid bort i reising.
 - Det er behov for et bedre samarbeid om henvisninger – felles kartleggingsverktøy – felles forståelse kommunale tiltak og TSB.
 - Samarbeid om ROP pasienter eller andre med omfattende problematikk og som ikke egner seg i gruppebasert døgnvirksomhet må organiseres fast med alle nødvendige aktører PHV, TSB og kommunene og ofte somatisk avdeling.
 - Uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om pasienter innlagt uten eget samtykke (HOL 10-2).
 - Det er ikke alltid slik at den private tjenesteyter oppfyller bestillingen i henvisningen fra kommunen / DPS et og det bør være strukturer hvor dette kan adresseres.
 - Mange pasienter bryter ut av behandling på grunn av rusepisoder. Det må være et krav til privat tjenesteyter at de kan skjerme pasienter som bruker rusmidler under behandlingsperioden/oppholdet.
4. Spesielt om grensesnittet mellom helseforetak og kommunene
- Helseforetakene må sikre et stabilt fagmiljø med spesialistkompetanse som også er tilgjengelig for ansatte i det kommunale tjenesteapparatet.
 - Helseforetakene må sikre basistjenester i TSB
 1. Akuttbehandling
 2. Avrusning.
 3. Polikliniske og ambulante tjenester
 4. Døgnplasser til pasienter med komplekse tilstander og sammensatte tjenester

Beskrivelse av forhold som er viktigst for pasientene og som lar seg påvirke gjennom regionale føringer

Regjeringen viderefører "den gylne regel" som medfører at veksten innen psykisk helsevern og TSB hver for seg skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå. Regelen skal måles i: Kostnader, ventetid, aktivitet, årsverk. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et av flere områder som Helse Sør-Øst RHF ønsker å prioritere i arbeidet med utviklingsplaner

To regionale føringer til innhold i helseforetakenes strategisk utviklingsplan:

1. *Utvikling av basistjenester og organisering av disse i helseforetaket.*
2. *Videreutvikling av etablerte samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste og utvikling av nye.*

Struktur/organisering som understøtter fagfeltets utvikling og tilgjengelighet

TSB er et selvstendig fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten på lik linje med psykiatri og somatikk, men har ingen lang tradisjon i helseforetakene og utviklingen av tjenestetilbudet har ikke kommet like langt i alle HF og organiseringen av dem er forskjellig. Ofte er TSB en avdeling i klinikk for psykisk helsevern.

De aller fleste ruspasienter lever i en normaltilværelse med bosted, ofte familie, skole/arbeid og skal ikke legges inn i døgninstitusjon. De trenger gode polikliniske tjenester i sitt lokalmiljø.

Det ideelle for TSB behandling er at den starter og slutter i poliklinikk, også for pasienter som i løpet av behandlingsperioden trenger innleggelse i en døgninstitusjon. Tradisjonelle polikliniske tjenester dekkes av helseforetakene i regionen i en desentral organisering ofte knyttet til et DPS.

God forankring mellom TSB døgn og poliklinikk er en forutsetning for pasientflyt, overganger og samhandling i et pasientforløp og gir helseforetaket oversikt over pasientgruppen gjennom felles rapportering og statistikk. TSB-enhetene nivå-plassering og organiseringen er viktig for fagfeltets synlighet i helseforetaksstrukturen og har betydning for pasienter/pårørende og samarbeidspartners oversikt over helseforetakets samlede tilbud innenfor TSB. Det gjelder også for samarbeidspartnere innenfor øvrig spesialisthelsetjeneste, særlig vektlegges behovet for samhandling med somatisk spesialisthelsetjeneste.

TSB er et ungt fagfelt og det er av stor betydning å sikre fagutvikling og forskning. Den organisatoriske plasseringen i helseforetakene må understøtte robuste fagmiljøer hvor dette skjer.

Basistjenester i TSB som sikrer helhetlig pasientbehandling og overganger

Helseforetakene har et sørge-for-ansvar og det må sikres et grunnleggende behandlingstilbud til pasienter i sykehusområdet, basistjenester i TSB. Kommunene er avhengige av et forutsigbart spesialisthelsetjenestetilbud knyttet til:

- Akuttjenester (både poliklinisk og mulighet for døgn)
Personer som kommer i akutte rusrelaterte kriser og som ikke trenger somatisk intensivbehandling eller skal tvangsinnlegges i akuttpsykiatrisk mottak på grunn av alvorlig psykisk lidelse trenger et tilbud om akuttvurdering og eventuelt innleggelse i TSB. Dette understrekes fra kommunal side generelt men særskilt med tanke på at kommunene oppretter KAD senger også til ruspasienter fra 2017.
- Avrusningstjenester med høy medisinsk kompetanse i abstinensbehandling.
Akuttinnlagte pasienter i TSB vil i stor grad være i behov av et opphold på en avrusningsenhet etterpå. Pasienter til elektiv avrusning hvor man forventer komplikasjoner må ha et forsvarlig medisinsk avrusningstilbud.
- Ambulante tjenester som samarbeider med kommunale tjenester
Spesialisthelsetjenesten må tilby tilstedeværelse og ambulante tjenester til ikke-innlagte pasienter og pasienter i kommunale tiltak. Enten med egne team eller i samarbeid med kommunal virksomhet
- Polikliniske tjenester som er lett tilgjengelige og samarbeider med kommunale tjenester.
Ruspoliklinikker i helseforetaket må ha ekspertise på utredning og behandling av alle typer rus/avhengighetsproblematikk og ha øyeblikkelig-hjelp-funksjon som DPS ene har det.

Det er en føring for helseforetakene at de i arbeidet med strategisk utviklingsplan beskriver utvikling av sine basistjenester i TSB og en optimal organisering av disse i forhold til et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, smidig pasientflyt, god oversikt over bruk av ressurser og prioriteringer, synlighet / tilgjengelighet og som understøtter robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling og forskning.

Samarbeid med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste

- Ambulant virksomhet, spesialisthelsetjenesten er etterspurt utenfor sykehuset lokaler. Flere ulike modeller er aktuelle, flere av disse er utprøvd med stor suksess:
 - Fleksible ambulante tjenester hvor TSB er tilgjengelig ved behov og kan rykke ut, for eksempel akutt-ambulante team som utgår fra poliklinikk.
 - Ambulante team etablert i samarbeid med kommunale tjenester (FACT-liknende team) som har faste oppdrag, følger opp pasienter
 - Spesialist har tjeneste ved "ute-kontor" i kommunen
- Liaisontjeneste og konsultasjonstjeneste, ved behov eller som fast avtalefestet samarbeid
 - Innenfor spesialisthelsetjenesten
 - Somatiske avdelinger (somatisk mottak).
 - Psykisk helsevern voksen
 - Barne- og ungdomspsykiatrien
- Kompetanseheving
 - Felles undervisning for kommunalt ansatte i rusomsorgen og ansatte i TSB.
 - Veiledningstjeneste fra TSB til kommunal virksomhet
 - Pasient- og pårørende undervisning
- God oversikt over pasientstrøm og kvalitetssikring av rettighetsvurderinger
 - Bistand fra TSB ved henvisninger
 - Samarbeid om krevende pasientsaker, tvang, ROP pasienter, andre krevende pasienter som har behov for omfattende og sammensatte tjenester fra flere aktører.

Det helhetlige sørge-for-ansvaret for pasientbehandling i TSB ligger i helseforetakene. Helseforetakenes må organisere gode og tverrfaglige vurderingsteam som sikrer koordinering av pasientstrøm også slik at pasienter med størst behandlingsbehov prioriteres.

Det er en føring for helseforetakene at de vurderer og beskriver hvilke etablerte samarbeidsstrukturer som skal videreutvikles og nye som planlegges utviklet i en 5 års periode.