Oslo universitetssykehus
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4959 Nydalen
0424 Oslo

Tlf: 469 59 791
e-post: tsb@ous-hf.no

postmottak@helse-sorost.no

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Saksbeh.: HH Dato:10.10.2018

Høringsuttalelse: Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst

Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB) har med interesse lest utkast til regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst (HSØ), og har følgende kommentarer til utkastet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fortsatt satsing på Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
Det er av stor betydning for å sikre likeverdige helsetjenester at Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fortsatt prioriteres som et satsingsområde innenfor HSØ. Det er derfor gledelig at HSØ er tydelig på at dette også i fremtiden vil være et prioritert område. Ved rusreformen i 2004 ble TSB etablert som eget tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten, noe som innebærer at det stilles de samme kvalitetskrav til tjenestene som til øvrig spesialisthelsetjeneste. Det er imidlertid fortsatt utfordringen for at dette skal være en realitet i hele regionen. I rapporten «Faglig rammer for TSB» (2016) skrev Nasjonal kompetansetjeneste TSB, på oppdrag fra styret i HSØ, en rapport vedrørende de faglige rammebetingelsene for pasientbehandling i TSB. Denne rapporten dokumenterer at det fortsatt er behov for å styrke universitetssykehusenes rolle, forskningsvirksomheten, spesialistkompetansen m.m. for at TSB skal yte tjenester med et kvalitetsnivå som er forventet av spesialisthelsetjenesten. Vi vil i denne høringsuttalelsen fremheve noen av hovedsatsingene i denne rapporten som er aktuelle i forbindelse med den regionale utviklingsplanen.

Behov for spesialisert utredning som en del av basistjenestene
I avsnitt 2.4 i forslag til regional utviklingsplan beskrives basistjenestene i helseforetakene. Vi vil i den sammenheng understreke betydningen av at det bygges opp spesialisert døgnbasert utredningstilbud i alle helseforetak. Bare slik kan pasienter utredes for rusproblematikk og komorbide tilstander på spesialisthelsenivå.

Mer forpliktende etablering av ambulante tilbud
For å realisere visjonen om *«pasientens helsetjeneste»* er etablering av ambulante arbeidsformer viktig. Det er derfor positivt at HSØ trekker fram dette som en aktuell satsing. Vi etterlyser imidlertid en mer konkret formulering og vil fremheve at det er nødvendig at alle helseforetak etablerer ambulante samarbeidsmodeller i nært samarbeid med kommuner i eget sykehusområde. Det bør settes av stimuleringsmidler til dette i en oppstartsfase, før finansieringsansvaret gradvis overføres til

de ordinære rammene til helseforetakene. Det må tilrettelegges for erfaringsdeling og kompetanseoverføring gjennom ulike læringsnettverk og læringsarenaer.

Videreutvikling av akuttilbudet må være en felles satsing
Nasjonal kompetansetjeneste TSB mener det er av stor betydning at det etableres et akuttilbud i nært samarbeid med øvrig akuttilbud i helseforetakene. Vi gjennomførte i 2017 et «Akuttprosjekt» hvor vi kartla situasjonen i akuttilbudet i hele landet. Dette prosjektet synliggjorde at mange helseforetakene fortsatt ikke har opprettet noen form for rusakuttilbud, eller tilbudet kan anses som en «papirløsning» som ikke egentlig er et reelt rusakuttilbud ut fra anbefalinger i Nasjonale faglige retningslinjer. Ulike organisasjonsmodeller for rusakuttilbud inkluderer øremerkede senger i psykiatriske sengeposter, akuttilbud ved ruspoliklinikker, akuttplasser i etablerte avrusningsenheter og stabiliseringsenheter og noen oppgir å ha rusakuttplasser i somatikken. Når det gjelder de etablerte rusakuttmottakene er også disse noe ulikt organisert, men felles for disse tilbudene er at de er lokalisert til en storby (Oslo, Bergen og Trondheim), og har tilgang på tverrfaglig kompetanse, inkludert medisinskfaglig kompetanse, hele døgnet. Ingen helseforetak i Norge har p.t. samlokalisert akuttmottak slik at pasienter får samordnet behandling uansett om behovet skal ivaretas av somatiske helsetjenester, psykisk helsevern eller TSB.

Etter vår erfaring er det et behov for å videreutvikle akuttilbudet, men det er nødvendig å understreke at dette *ikke* er et ansvar som kan tillegges TSB alene. *Somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester må ta et aktivt ansvar for å realisere et slikt samarbeid. Det er i den sammenheng viktig å merke seg at TSBs egendekning etter sykehusområde er vesentlig lavere enn i psykisk helsevern og somatikk* jfr. Avsnitt 1.2. i utkast til regional utviklingsplan

Mer forpliktende forskningssatsing på klinikknær forskning
Flere av utfordringene adresseres konkret i avsnitt 2.4. i utkast til regional utviklingsplan. *Vi etterlyser imidlertid mer konkrete og forpliktende formuleringer på behovet for å styrke den kliniske forskningen på behandling av rus- og avhengighetslidelser gjennom forankring i et forskningssterkt universitetssykehus.* Det er etter vår vurdering nødvendig å avsette midler i en overgangsperiode på minimum 5 år for å bygge opp dette. En forutsetning for et forskningssamarbeid mellom helseforetak og private samarbeidspartnere i regionen er etablering og finansiering av et regionalt forskningsnettverk ledet av universitetssykehuset. En sentral oppgave i en slik satsing vil være å *understøtte etableringen av det nasjonale kvalitetsregisteret* som Regional kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) arbeider med.

Styring og fagutvikling må sees i sammenheng
Nasjonal kompetansetjeneste TSB merker seg at HSØ vil være en aktiv eier overfor både helseforetak og private ideelle parter. *Vi vil fremheve behovet for en felles fagutvikling av TSB der både helseforetak og private ideelle samarbeidspartnere i fellesskap arbeider med utviklingen av det faglige tilbudet i regionen.* Nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp må implementeres systematisk. Det bør gjennomføres regelmessig monitorering for å sikre likeverdige vurderinger av henvisninger og for å hindre uønsket variasjon.

Organisering av TSB innenfor to fagfelt (ulike avdelinger: PHV og TSB) bidrar til at fagfeltet TSB blir lite synlig i helseforetaksstrukturen og kan gjøre det vanskelig for pasienter/pårørende og samarbeidspartnere på kommunalt nivå å få oversikt over helseforetakets tilbud om utredning og

behandling av rus- og avhengighetslidelser. Det samme gjelder for samarbeidspartnere innenfor øvrig spesialisthelsetjeneste, særlig vektlegges behovet for samhandling med somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. *Det er derfor nødvendig å tydeliggjøre hvordan pasienter med rus- og avhengighetsproblemer får ivaretatt sine behov for øyeblikkelig hjelp, utredes og behandles for sine rusproblemer.*

Idealet er at all spesialisthelsetjeneste-behandling starter og slutter i poliklinikk. Organisering av TSB døgn og TSB poliklinikk i to ulike avdelinger/klinikker kan skape utfordring for pasientflyt, overganger og samhandling i et pasientforløp og vanskeliggjøre oversikt over pasientgruppen gjennom rapportering og statistikk. Dette forsterkes ved et mangfold av private aktører som gir tilbud om både poliklinikk og døgn. Mange TSB-enheter referer til at det er krevende å få til gode pasientforløp internt i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt pasienters behov for sammensatte tjenester både når det gjelder ivaretagelse av akuttbehov og mer langsiktig koordinering av utredning og behandlingsbehov når det er behov for sammensatte tjenester fra både somatiske enheter og enheter i psykisk helsevern. *Denne utfordringen bør adresseres slik at styring og fagutvikling i større grad sees i sammenheng.*

Det finnes en rekke nasjonale og regionale kompetansetjenester/sentra som enten er en del av HSØ samlede portefølje eller som har tjenestestedene i HSØ som målgruppe. Vi mener derfor at HSØ bør ta initiativ til at det utarbeides en nasjonal kompetanseutviklingsplan for rusfeltet slik at innsatsen til fagutvikling både fra oppdragsgivere og utførere rettes mot prioriterte områder.

Rus-og avhengighetsproblemer er også somatiske helsetjenesters ansvar

Identifikasjon og intervensjon ved alkoholbruk som kan føre til somatisk sykdom

Det er godt dokumenterte sammenhenger mellom alkoholbruk og en rekke somatiske og psykiske helseproblemer (Rehm et al., 2010; Rehm et al., 2009; Wittchen et al., 2011). I Norge anslår Helsedirektoratet at inntil hver tredje pasient i somatiske avdeling er innlagt på grunn av rusrelaterte problemer (Helsedirektoratet, 2016). De helserelaterte alkoholproblemer i et samfunn øker proporsjonalt med samfunnets totale alkoholforbruk (Skog, 1985; Babor et al., 2010). Det totale alkoholforbruket i Norge har økt i alle aldersgrupper siste 20 år, men særlig har alkoholforbruket økt i aldersgruppen 60 år og over (Rossow, 2010; Sudmann, 2017). I tillegg er det høy overdødelighet hos pasienter med rusmiddelproblematikk (ibid).

På dette grunnlaget har helsemyndighetene satt som mål at alle helseforetak skal utvikle og iverksetter gode rutiner for identifikasjon av- og intervensjon til pasienter som drikker alkohol på måter som kan gi negative helsemessige konsekvenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2010, 2016; Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

En nasjonal kartlegging gjort av Nasjonal kompetansetjeneste TSB som del av et prosjekt for HSØ (https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/somatisk-helse-og-rus) viste at til tross for tydelige føringer over tid, er det slik at de fleste helseforetak ikke har etablert rutiner og tiltak for kartlegging og oppfølging av pasienter med rusmiddelproblemer.

Vår erfaring er at majoriteten av helseforetakene har kommet relativt kort i arbeidet med å

implementere identifikasjonsprosedyrer og intervensjonsprosedyrer for bakenforliggende rusmisbruk ved somatiske lidelser. Dette har flere grunner; **a) kunnskapsmessig** - personell i TSB har begrenset erfaring med å arbeide opp mot somatiske miljøer og somatiske personell har begrenset kunnskap om skadevirkninger av rusbruk, ferdigheter i å snakke om rusproblemer og kjennskap til behandlingstilbudet innen TSB, **b) organisatoriske** - arbeidet har ikke fått prioritet i helseforetaket, somatiske avdelinger er vesentlig større enn TSB-avdelinger, og oppdraget er gitt til TSB og ikke TSB og somatiske avdelinger i fellesskap, **c) geografiske** - de somatiske sengeavdelingene og TSB-miljøene er fysisk lokalisert på ulike steder i mange helseforetak, **d) økonomiske** - helseforetakene er ikke tilført midler til å finansiere denne oppgaven, det gir ikke takst på poliklinikk å behandle "inneliggende" pasienter, og **d) holdninger** - personell synes det er tabu og vanskelig å snakke om rusbruk, og pasientene etterspør ikke spørsmål om rusvaners sammenheng med somatisk helse.

Det gjennomførte prosjektet viste også at for å kunne innføre en systematisk ruskartlegging og prosedyrer for behandling og oppfølging av pasienter med ulike rusmiddelproblematikk i somatiske avdelinger, trengs det en strukturert implementeringsprosess hvor de somatiske avdelingene selv bærer implementeringsansvaret, men med opplæring og oppfølging fra spesialister i rus og avhengighetsbehandling.

I forslag til Regional utviklingsplan fremheves forebygging som en sentral satsing (jfr avsnitt 2.11) hvor det bl.a. fremheves betydningen av tiltak for å fremme folkehelsen og forebygge sykdom. *Somatiske spesialisthelsetjenester ansvar for identifikasjon av og intervensjon til pasienter som drikker alkohol på måter som kan gi negative konsekvenser foreslås som en særlig satsing i de somatiske helsetjenestene.*

Samarbeid om de som trenger det mest

Nasjonal kompetansetjeneste TSB støtter betydningen av samarbeid om de som trenger det mest jfr.-avsnitt 6.2 i utkast til regional utviklingsplan. Dette er en pasientgruppe med betydelige komorbiditet, hvor rus-og avhengighetstilstander kan være en del av det sammenhengende sykdomsbildet, i tillegg til somatiske og/eller psykiatriske helsetjenester.

Vi vil imidlertid også her henvise til at en betydelig andel av pasientene i TSB får sin andel av behandlingen hos private samarbeidspartnere både med avtale med regionalt helseforetak og HELFO. Vi vil derfor påpeke betydningen av det organisatorisk tas høyde for å etablere et samarbeid som også inkludere de private aktørene.

Samarbeid med kommune

Overordna styringsdokumenter gir et entydig styringssignal om betydningen av styrket samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjenester. Samarbeids/tjenesteavtalene er sentrale virkemidler i samhandlingsreformen. En gjennomgang av samarbeidsavtaler i HSØ viser at dette i all hovedsak er av overordna karakter og at det er store variasjoner i om det er inngått spesifikke tjenesteavtaler/underavtaler om samhandling mellom Helseforetakenes TSB-enheter og kommunene (Faglige rammer 2016). Årsakene til dette kan være sammensatt, men en aktuell *forklaring er at ansvaret for TSB i mange helseforetak er spredt på flere ledernivå og at en samlet faglig ledelse av fagområdet mangler.* De private samarbeidspartnere behandler pasienter fra kommuner i hele regionen. Konkrete samarbeidsavtaler mellom den enkelte private samarbeidspartner og alle regionens kommuner kan dermed fremstå som praktisk umulig. For de

private samarbeidspartnerne kan det dermed være mest hensiktsmessig å forholde seg til en overordna samarbeidsavtale. Etter vår vurdering er det verd å merke seg at et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen som formaliserte samarbeidsavtaler i begrensa grad synes å fungere som en reel styrking av de faglige rammebetingelsene for behandling av pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.

TSB skiller seg fra øvrig spesialisthelsetjeneste ved at både fastleger og sosialtjeneste kan henvise til behandling. Dette gjør at det er flere aktører som TSB må samarbeide med når pasientforløpene skal planlegges. Fra kommunenes side kan det være krevende at det er flere instanser som har rett til å vurdere pasientens rettigheter ved at antall aktører en skal samarbeide med rundt pasientstrømmen blir høyt. Fra helseforetakenes side er det av stor betydning å ha oversikt over utviklingen i hele pasientpopulasjonen når tjenestene planlegges og dimensjoneres. I HSØ er det, i motsetning til i andre regioner, et ansvar TSB i helseforetakene deler med en rekke private institusjoner. Helseforetakene har det økonomiske ansvaret for pasientbehandlingen og har ansvar for at befolkningen i sitt opptaksområde har tilgang på gode spesialisthelsetjenester. Den enkelte pasient har rett til å velge hvor behandlingen skal skje. Det enkelte helseforetak har imidlertid ansvar sammen med kommunene på å dimensjonere og utvikle tjenestene i hele opptaksområdet. Feltet rapporter at mange henvisninger er mangelfulle, og at pasientens behandlingsbehov og mulighet ofte ikke er tilfredsstillende utredet.

Utredning av behandlingsbehov forutsetter helhetlig spesialistkompetanse i alle fagfelt (TSB, psykisk helsevern, somatikk) og er en basistjeneste i et helseforetak. Det er derfor særlig viktig at samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene er forutsigbart og at utviklingen speiler pasientpopulasjonens behov. *De formelle samarbeidsavtalene mellom TSB og kommunene må konkretisere samarbeidstiltak for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.*

Samlet gir forslag til regional utviklingsplan for 2035 for HSØ en god ramme for arbeidet i regionen fremover med gode målsetninger og prioriteringer.

Hilsen

Eva Sørlie
Konstituert leder
Nasjonal kompetansetjeneste TSB