Helse Sør-Øst RHF

Behovsvurdering

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

2025-2031

Versjon 03.11.22

Innhold

GJENNOMFØRING AV BEHOVSVURDERINGEN 3
ORGANISERING 3
MILEPÆLSPLAN 3
1 OPPSUMMERING 5
1.1 TILRÅDNING 5
2 INNLEDNING 6
2.1 UTVIKLINGSTREKK INNEN TSB 6
2.2 UTVIKLING I HENVISNINGER OG VENTETID 7
2.3 AVGRENSNINGER I BEHOVSVURDERINGEN 8
2.4 OPPDRAG OG ORGANISERING AV ARBEIDET 8
3 BEHOVSVURDERING 9
3.1 HELSEREGION SØR-ØST 9
3.2 NASJONALE FØRINGER 10
3.3 NASJONALT UTREDNINGSARBEID OM RETTIGHETSVURDERINGER OG PASIENTFLYT 12
3.4 REGIONAL FAGPLAN FOR PSYKISK HELSE OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING 13
3.5 PASIENTER MED SAMTIDIG RUSLIDELSE OG PSYKISK LIDELSE 14
3.6 ALKOHOL OG HELSE 15
4 AKTIVITET 15
4.1 HELSEFORETAK/PRIVATE SYKEHUS MED OPPTAKSOMRÅDEANSVAR 15
4.2 PRIVATE LEVERANDØRER 18
4.4 OPPHØR AV ORDNINGEN MED HELFO-GODKJENTE VIRKSOMHETER 30
5 BEHOVSANALYSE 32
6 MARKEDSVURDERING OG RISIKOANALYSE 37
6.1 MARKEDSANALYSE 37
6.2 RISIKOANALYSE 38

GJENNOMFØRING AV BEHOVSVURDERINGEN

Organisering

	Navn	Helseforetak	Avdeling
Eier		Helse Sør-Øst RHF	Psykisk helsevern og rusbehandling
Leder	Frode Bie	Helse Sør-Øst RHF	Psykisk helsevern og rusbehandling
Fagpersoner i arbeidsgruppen	Trine Lise Johannesen Per Anton Emanuel Åhren Halstein Oskarsen Tobbi Kvaale	Oslo universitetssykehus HF Sykehuset Innlandet HF Vestre Viken HF Sørlandet sykehus HF	
Brukerrepresentanter	Eva Pay, Dagfinn Haarr		
Interne ressurser	Marianne Nordve, Christian Thorsen og Heidi Blindheim	Helse Sør-Øst RHF	Psykisk helsevern og rusbehandling Økonomi og finans (analyse)

Milepælsplan

MP	Beskrivelse	Oppstart	Avslutning	Gjennomført
M1	Sak til enhetsledermøte	24.01.22		x
	Dialog med Innkjøp og logistikk	24.01.22		x
	Oppstartnotat LG	08.02.22		x
	Sak til brukerutvalget	08.03.22		x
	Sak til fagdirektørmøte	09.03.22		x
	Sak til konserntillitsvalgte	17.03.22		x
	Sak til direktørmøte	21.03.22		x

	Informasjon til avtaleparter og interessenter om prosessen	01.04.22		Løpende
	Etablere arbeidsgruppe – fagpersoner fra helseforetak, Brukerutvalget	08.04.22	01.05.22	x
	Sak til fagråd TSB	05.04.22, 10.06.22 27.09.22		x
	Sak til styremøte	21.04.22		x
M2	Oppstartsmøte arbeidsgruppe. Planlegging av fremdrift. Fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver.	18.05..22		x
	Arbeidsgruppen utarbeidet behovsvurderingen. Arbeidsgruppen gjennomførte en innspillsrunde med helseforetakene høsten -22 hvor det ble bedt om at helsefellesskapene aktiveres som en del av prosessen. Det ble avholdt et møte med andre brukerorganisasjoner innen rusfeltet	18.05.22 02.09.22	01.11.22	
M3	• Innspillskonferanse i regi av arbeidsgruppen mot leverandørsiden • Enhetsledermøte • Ledergruppen • Brukerutvalget • Konserntillitsvalgte • Fagdirektørmøte • Direktørmøte	26.09.22 31.10.22 15.11.22 14.12.22 01.12.22 14.12.22 01.12.22		
M4	Ferdigstillelse ev. ny behandling i ledergruppen		20.12.22	

1 OPPSUMMERING

1.1 Tilrådning

Anskaffelsen omfatter behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Anbefalt avtalelengde er iht. anskaffelsesplan 4 år med mulighet for 3 års prolongering.

Dagens avtaler ble inngått i 2013. Unntaket er avtalen med Borgestadklinikken som ble inngått i 2018 etter at Borgestadklinikken hadde sagt opp sin avtale. Denne anskaffelsen medførte også et mindre tilleggskjøp fra to andre institusjoner.

Behovsvurderingen viser at det er betydelige forskjeller både i omfang og innretning på behandlingstilbudene ved helseforetakene/sykehusene med opptaksområdeansvar. Dette tilsier sammen med den faglige utviklingen innen TSB, oppbyggingen av tjenester i kommunene og den varslede avviklingen av Fritt behandlingsvalg, at det er behov for å vurdere ansvars- og arbeidsfordelingen mellom helseforetakene og private leverandører av behandlingstilbud innen TSB. Det er viktig å tilrettelegge for at tilbudene ved helseforetakene blir mer likeverdig og at alle helseforetakene har godt utbygde basistjenester. Dette tilsier at flere helseforetak bør vurdere å bygge ut sine behandlingstilbud både på døgnbehandling, ambulant virksomhet og poliklinisk behandling. Dette vil kunne påvirke omfanget av kjøp fra private avtaleparter.

Dagens avtaler med private leverandører ble inngått på en tid med andre krav til kunnskap, kompetanse og bygningsmessige forhold. Det vil derfor være behov for å øke kvaliteten på behandlingstilbudene hos avtalepartene ytterligere, og å legge forholdene bedre til rette for samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene. Dette vil innebære at en større del av tilbudet lokaliseres nær befolkningssentra og at det brukes mer ressurser på å legge til rette for gode overganger før og etter døgnbehandling.

Det vil også være viktig å sikre en god fordeling av tilbudene i helseregionen tilpasset kapasiteten ved helseforetakene. Det er imidlertid ikke hensiktsmessig å anskaffe spesialiserte tilbud til særskilte grupper i hvert av de ulike opptaksområdene i og med at helseforetakene har tilgang til hele avtaleporteføljen og pasienter innen TSB har tradisjon for å benytte seg av rett til valg av behandlingssted.

Det er stor variasjon i målgrupper innen TSB. Det vil derfor være behov for ulik innretning av innholdet i behandlingstilbudet hos avtalepartene. Noen bør ha hovedvekten på poliklinisk behandling og korttids døgnbehandling, mens andre bør tilby langtids døgnbehandling som både kan ligge nær befolkningssentra og i lengre avstand til pasientens hjemkommune og lokalsykehus. Noen av behandlingstilbudene bør ha fokus på kjønn/legning og identitet. Det er også viktig at noen tilbud har særlig kompetanse på behandling av etniske minoriteter og personer med svak kognitiv fungering. Behandlingstilbudene hos avtalepartene bør normalt kunne tilby enklere avrusning som en del av behandlingen. Ved mottak av henvisninger om behandling innen TSB bør rettighetsvurderingene gjøres av helseforetakene og de private sykehusene i Oslo med opptaksområdeansvar.

Ventelistetall og ventetider tilsier sammen med faglige utviklingstrekk at det i fremtiden vil være behov for noe færre døgnplasser for langtidsbehandling, og at noe av langtidsbehandlingen vil skje i form av sekvensielle opphold og ambulant og poliklinisk behandling istedenfor

sammenhengende innleggelser i ett år. Det skal imidlertid alltid gjøres en konkret vurdering av den enkelte pasients individuelle behandlingsbehov, noe som vil påvirke innretningen på tilbudet som gis til den enkelte pasient.

Det er en overkapasitet på regionale behandlingsplasser for gravide rusmiddelavhengige innlagt etter §10-3 i helse- og sosialtjenesteloven, noe som tilsier at det i den kommende anskaffelsen ikke anskaffes et slikt tilbud. Det bør heller ikke anskaffes tilbud til personer med tung voldsproblematikk da dette bør ivaretas av helseforetakene.

Det angis ikke i behovsvurderingen økonomisk ramme for anskaffelsen eller betalingsform. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til dette i etterkant, basert på anbefalingene som gis i behovsvurderingen.

Det anbefales at konkurransen baseres på pris og kvalitet som tildelingskriterier. Det bør anskaffes både døgnbehandling, herunder muligheten for abstinensbehandling, behandlingsforberedende tilbud og oppfølging i etterkant av døgnbehandling og polikliniske tjenester, men ikke dagbehandling. Bruk av digital behandling (videokonsultasjoner) bør inngå som en del av anskaffelsen.

2 INNLEDNING

Det er gjennomført en behovsvurdering som grunnlag for en ny anskaffelse av behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Samlet sett kjøpes det i dagens avtaler 708 døgnplasser innen TSB fra private avtaleparter. De private avtalepartene står for om lag 65 % av kapasiteten innen døgnbehandling og 12 % av den polikliniske kapasiteten innen TSB. Avtalene, som i hovedsak ble inngått i 2013/2014, har en samlet årlig økonomisk ramme på om lag 1,23 mrd. kroner (2022-tall). Avtalene prisjusteres hvert år og avtalepartene får utbetalt månedlige a-kontoutbetalinger hver på 1/12 av avtalebeløpet. Det kreves normalt ikke tilbakebetaling hvis beleggsprosenten er over 95 %.

Inntektssystemet bygger på at kostnaden for det regionale kjøpet fra private fordeles på helseforetakene. Helseforetakene avregnes etter samme andeler innen TSB som i psykisk helsevern, 30 % etter inntektsmodellens behovsandeler og 70 % etter andel av historisk forbruk. Dette vil bli endret fra og med 2023 hvor helseforetakene vil bli avregnet fullt ut på bakgrunn av faktisk aktivitet.

2.1 Utviklingstrekk innen TSB

Rusrelaterte lidelser er stort samfunnsproblem noe som vises gjennom at ingen andre tilstander innen PHV/TSB er assosiert med like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser. Til tross for dette var tilbudet innen spesialisthelsetjenesten lenge svært ulikt utbygd og lite spesialisert sammenlignet med øvrig spesialisthelsetjeneste.

Det har imidlertid skjedd en betydelig fagutvikling i TSB siden avtaleinngåelsen i 2013 som setter standarder for utredning og behandling. Dette er regulert gjennom fem nasjonale faglige retningslinjer som omhandler avrusning, behandling og rehabilitering, gravide i legemiddelassistert

rehabilitering (LAR), LAR og rus og samtidige psykiske lidelser. Videre er det laget eget pakkeforløp for TSB og det er innført et medisinsk kvalitetsregister for feltet (KvaRus).

De fleste pasienter får først timeavtale på poliklinikk der det gjøres en faglig vurdering av hvilke behov pasienten har for behandling og eventuelt hvilken institusjon som kan være egnet hvis pasienten vurderes å ha behov for døgnbehandling. Helseforetakene har styrket det polikliniske tilbudet, og alle har etablert akutt-tilbud innenfor TSB selv om det varierer hvorvidt dette ivaretas innen TSB på døgnbasis eller skjer i samarbeid med psykisk helsevern. Det betyr at pasienter med behov for dette normalt får rask oppstart av behandlingen. Imidlertid er ikke TSB utbygd med tilstrekkelige basistjenester i alle helseforetakene, noe som både innebærer at ikke alle pasientene utredes tilstrekkelig for somatiske og psykiske tilleggslidelser, og at flere helseforetak har få og lite differensierte døgnplasser.

Mange pasienter med rus- og avhengighetslidelser får sitt behandlingsbehov dekket gjennom polikliniske og ambulante tiltak og innlegges ikke i døgnbehandling. Det er god klinisk praksis at et lengre behandlingsforløp forankres i poliklinikk i samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet. Dette samsvarer med føringer i pakkeforløpene og de nasjonale faglige retningslinjene. Pasienter som innlegges til døgnbehandling trenger dermed et poliklinisk og/eller ambulant tilbud før og/eller etter døgninnleggelse. Mange vil også ha behov for kommunale tjenester som ikke alltid er godt nok tilgjengelig.

Mange pasienter innen TSB benytter seg av rett til valg av behandlingssted enten for å få behandling på en bestemt institusjon eller fordi man av ulik årsaker ønsker seg bort fra lokalmiljøet. Dette reflekteres i tilsøkningen til de private avtaleinstitusjonene.

2.2 Utvikling i henvisninger og ventetid

Antall nyhenvisninger til spesialisthelsetjenesten økte sterkt etter rusreformen. Denne økningen har de siste årene flatet ut og er snudd til en reduksjon. Årsaken til nedgangen er uklar. Nedgangen kan ha sammenheng med endringer i forbruksmønstre, endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet og blant henvisere om hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

Den gjennomsnittlige ventetiden innen TSB er betydelig redusert, fra 65 dager i 2012 til 31 dager i 2022 til tross for at nesten alle henviste pasienter får rett til nødvendig helsehjelp. Det registreres ikke separate ventetider for de to omsorgsnivåene (poliklinikk og døgn), men helseforetakene har over år gitt tilbakemeldinger om at det som regel er kort ventetid til poliklinisk behandling.

Reduksjonen i gjennomsnittlig ventetid skyldes både den store økningen i antallet polikliniske konsultasjoner ved helseforetakene, økningen i antallet behandlingsplasser ved private avtaleparter i 2014/2015, og fremveksten av Helfo-godkjente FBV-institusjoner. Ventetiden til innleggelse er kort ved mange institusjoner noe som gjør at en del pasienter ikke får forberedt seg godt nok på behandlingen de skal gjennomføre. Dette kan være en medvirkende årsak til behandlingsavbrudd og til at noen av avtalepartene over tid ikke har klart å oppfylle leveranseforpliktelsene fullt ut.

Forventede ventetider ved de enkelte tilbudene innen TSB rapporteres og legges direkte inn i Helsetjenestekatalogen av de rapporteringsansvarlige ved de offentlige sykehusene og de private institusjonene. Ventetidene vises på helsenorge.no - se vedlagte link med oversikt over ventetider: Velg behandlingssted - tjenester.helsenorge.no

2.3 Avgrensninger i behovsvurderingen

Behovsvurderingen omfatter både behandlingstilbudene ved helseforetakene og tilbudene som anskaffes fra private leverandører gjennom anbudskonkurranser. Behovsvurderingen legger til grunn politiske vedtak, vedtatte planer, rapporter og oversikter over behandlingskapasitet, aktivitetstall, belegg, ventetider mm.

Ved en anskaffelse vil Helse Sør-Øst RHF fremforhandle rammeavtaler med aktuelle leverandører. Det vil i etterkant av behovsvurderingen tas stilling til om leverandørene vil få betalt etterskuddsvis basert på faktisk utført aktivitet eller få betalt a-konto med avregning på årsbasis. Hvis den siste løsningen velges vil det også måtte tas stilling til om dagens ordning med avregning på 95% aktivitet vil bli videreført eller om det normalt skal avregnes på 100%.

Det angis ikke i behovsvurderingen økonomisk ramme for anskaffelsen. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til dette i etterkant basert på anbefalingene som gis i behovsvurderingen.

2.4 Oppdrag og organisering av arbeidet

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvaret). I oppdragsdokumentet for 2018 står det at hovedoppgavene skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private- og offentlige helsetjenester kan legge forholdene til rette for bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasienter skal slippe unødvendig venting.

Initiering av sak om behovsvurdering og eventuell ny anskaffelse ble behandlet av ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF 08.02. 2022. Det ble der informert om forventet behov og prosess.

Det ble etablert en arbeidsgruppe med to representanter fra Brukerutvalget i Helse Sør-Øst, fire fagpersoner oppnevnt av helseforetakene og fire representanter fra Helse Sør-Øst RHF. Behovsvurderingen ble før godkjenning av ledergruppen, forankret i avdelingsledermøtet Medisin og helsefag, regionalt fagdirektørmøte, samarbeidsmøte med konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg. Arbeidsgruppen har som en del av sitt arbeid hatt møte med øvrige brukerorganisasjoner innen rusfeltet og med potensielle tilbydere. Flere av disse har i tillegg sendt inn egne innspill. Det er videre innhentet vurderinger fra helseforetakene.

Det tas sikte på at fagpersonene også vil delta i forberedelse og gjennomføring av en eventuell anskaffelse i 2023. Alle helseforetak/sykehus har deltatt i arbeidet, gjennom beskrivelse av oversikt over kapasitet, status og videre planer for etablering av tilbud for de spesifikke tjenestene i de respektive helseforetakene/sykehusene.

3 BEHOVSVURDERING

Faktorer som vurderes i en behovsvurdering er blant annet demografiske endringer, endret behov for tjenester og endringer i den faglige utviklingen innen TSB slik det fremgår av følgende tabell:

Behovsvurdering	Beskrivelse
Aktivitet	• Oversikt historisk aktivitet – data fra NPR og egne rapporteringssystemer • Dagens avtaler med private leverandører
Befolkningsframskriving	• Kjennetegn i sykehusområder, befolkning, utvikling; aldersrater
Ressursbehov	• Dagens ressursforbruk, estimert behov for tjenestene samt estimert behov for fremtidige helsetjenester (framskrivningsmodellen)
Kartlegge tilbud	• Tilgjengelighet, ventetid • Ressurser/bemanning
Endringer på tilbydersiden	• Opphør av FBV
Markedsvurdering	• Aktører, organisering, ressurser
Utvikling	• Risikoanalyse/modenhetsanalyse

3.1 Helseregion Sør-Øst

Helse Sør-Øst leverer i dag spesialisthelsetjenester til om lag 3 millioner innbyggere, ca. 56 % av befolkningen i Norge. Det bor flest mennesker i og nær store byer. Det ventes en befolkningsvekst i regionen på i overkant av 1 % årlig de kommende årene, med en noe større vekst i fylkene i Oslo og Viken.

Befolkningen i Helse Sør-Øst vil ha følgende utvikling fordelt på opptaksområdene til helseforetakene/sykehusene:

Helseforetak/sykehus	Antall innbyggere i 2021	2030	2040
Akershus universitetssykehus HF	583 952	640 519	691 438
Diakonhjemmet Sykehus	144 467	153 991	161 434

Lovisenberg Diakonale Sykehus	162 196	167 815	171 907
Oslo universitetssykehus HF	280 036	302 204	326 259
Sykehuset i Vestfold HF	248 348	263 707	275 266
Sykehuset Innlandet	338 218	344 807	351 224
Sykehuset Telemark HF	173 534	177 197	179 917
Sykehuset Østfold HF	320 151	342 685	361 807
Sørlandet Sykehus HF	308 843	324 256	337 595
Vestre Viken HF	490 977	520 556	542 280
Helse Sør-Øst	3 050 722	3 241 829	3 402 035

Som det fremkommer av tabellen er det størst befolkningsvekst i hovedstadregionen. Det er for øvrig skjev aldersfordeling i de ulike opptaksområdene med en større andel barn og unge i hovedstadsområdet enn i resten av helseregionen.

3.2 Nasjonale føringer

Det fremgår av Oppdragsdokumentet for 2022 at kvalitet og utfall av behandling må vektlegges innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pakkeforløp psykisk helse og rus vil endre navn til pasientforløp og på sikt erstattes med nye løsninger. Frem til ny løsning er på plass, opprettholdes forløpene og de av indikatorene som måler innhold i pasientforløp.

Helse Sør-Øst RHF skal i tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.

Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.

Det reviderte Oppdragsdokument gir de regionale helseforetakene følgende oppdrag:
Utredningsoppdrag:

- Det vises til rapport av 1. juli 2021 med forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB. Det skal legges fram en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, dvs. behov og tiltak må vurderes.
  De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskriving av framtidige behov for tjenester, personell og kompetanse fra psykisk helsevern og TSB, foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen psykisk helsevern og TSB.
- De regionale helseforetakene skal vurdere status og utfordringsbilde på TSB-området, herunder status for etablering av basistjenester i alle helseforetak og en beskrivelse av hvordan den foreslåtte avviklingen av FBV-ordningen vil påvirke TSB.

- Det vises til at dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor psykisk helsevern og TSB på sikt skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere hvilke områder innen psykisk helsevern og TSB det eventuelt er et særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt og hvordan dette best kan organiseres.

De regionale helseforetakene har nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe som har fått frist ut 2022 med å besvare disse oppdragene. Foreløpige analyser foretatt av arbeidsgruppen viser at det er betydelige forskjeller når det gjelder organiseringen av innholdet i TSB helseforetakene imellom. Det har vært en positiv utvikling de senere årene, men fremdeles er en del av de grunnleggende tjenestene organisert forskjellig, noe som gjør det vanskeligere å gjøre felles nasjonale analyser. Dette åpner for ulik praktisering av grunnleggende tilbud, noe som kan være hensiktsmessig ut fra ulike behov.

Den foreløpige rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen viser at det er en høy innleggelsesrate i TSB og at oppholdstiden per individ er lang, særlig hos private tilbydere. Det foreslås derfor en generell omstilling mot sterkere poliklinikker, etablering av FACT-team og bedre overganger mellom døgnbehandling. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har en høyere innleggelsesrate, med få liggedøgn per individ enn helseforetak i de andre helseregionene. Liggedøgn per individ i private behandlingstilbud i Helse Sør-Øst er dobbel så høyt sammenlignet med Helse Midt, men innleggelsesraten er ikke av betydelig forskjell.

Det tydelige innslaget av private behandlingsaktører antas i rapporten sannsynligvis å ha ført til en overkapasitet for langtidsbehandling i institusjon, og en dertil lavere kapasitet i helseforetak til utredning, akutte tjenester og kortere tids behandling. En eventuell styrking av grunnleggende tjenester vil i hovedsak gjelde de offentlige helseforetakene, noe som vil måtte innebære en sterkere omstilling for private behandlingsinstitusjoner. Endringen i FBV-ordningen vil ikke fullstendig kunne absorberes av ledig kapasitet i helseforetakene, og vil være mer utfordrende for Helse Sør-Øst ettersom det er et høyere volum av tilbud der.

Den nasjonale arbeidsgruppen peker på at TSB fremdeles er et relativt ungt tjenesteområde, og har behov for kompetanseheving i fagfeltet. Det er fortsatt behov for en tydeliggjøring og satsning på grunnleggende tjenester. Dette er begrunnet med høyt antall tap av leveår, kvalitetsjusterte leveår, samfunnsøkonomi og samfunnssikkerhet. Det trekkes frem følgende eksempler på viktige utviklingsområder:

1. Dagens organisering, bruk av ressurser og prioriteringer i TSB harmonerer ikke med at det er alkoholbrukslidelser som utgjør de hyppigste rusmiddellidelsene i Norge og som medfører størst helseskade og tidlig død. Det handler om 175-350 000 personer. Kun 12 000 individer fikk behandling for alkohol i 2021.

2. Det er estimert 11 000 personer med problematisk bruk av amfetamin i Norge, hvor omtrent halvparten er sosialt marginaliserte. Antallet i behandling er svært lavt, og brukerorganisasjonene beskriver TSB som «opiatsentrert». Det er behov for virksomme behandlingsformer for denne gruppen.

3. Antallet pasienter med cannabisutløst psykose øker, og sammenhengen mellom rusutløst psykose og utvikling av alvorlig psykoselidelse er høy. Behovet for tidlig intervensjon for cannabisutløst/rusutløst psykose på samme måte som tidlig intervensjon for psykose i PHV VOP, bør undersøkes. Om lag 5% av pasienter med avhengighetslidelser har opplevd traumatiske hendelser, 45% fyller PTSD kriterier. Det finnes per i dag ingen anerkjente metoder for behandling av denne pasientgruppen, og pasienter med denne komorbiditeten har i dag dårligere respons på behandling og høyere drop-out enn andre pasienter med kun ruslidelser eller kun PTSD.

4. Det er for få unge som får et behandlingstilbud i TSB. Spesialisert kunnskap om rus og ruslidelser er sentralt i behandlingen og oppfølgningen også av unge med rusmiddelproblemer. I 2021 var 0,5% av pasientpopulasjonen i TSB mellom 14-17 år, 0,7% var 18 år.

Disse eksemplene viser ifølge den nasjonale arbeidsgruppen viktigheten av å ikke bare tenke kapasitet og struktur i forhold til dagens behandling i TSB, men legge til rette for strukturer hvor fagfeltet kan utvikle seg slik at gapet mellom tilbudet (både i kvalitet og i kvantitet) til pasienter med ruslidelser og til pasienter med andre lidelser kan reduseres. Brukerorganisasjoner karakteriserer behandlingssystemet i TSB som «opiatsentrert» og for amfetaminbrukere er behandlingsraten for lav. Eksempelvis har OUS ca. 1100 pasienter i opiatbehandling (LAR), mens det var kun ca. 100 pasienter med primærdiagnose amfetaminavhengighet/misbruk i behandling, hvorav 60 av disse kun var innlagt på kortere avrusningsopphold. Det pekes også på at antall eldre innen PHV/TSB i spesialisthelsetjenesten er lavt, og reduseres i perioden 2019-2021.

I framskrivningsarbeidet som er gjort rundt TSB er det i stor grad fokusert på tall og tiltak knyttet til alkohol. Disse rapportene gir grunn til å vurdere om man også bør se nærmere på mulige konsekvenser av økt bruk av cannabis og syntetiske stoffer, særlig hos unge/unge voksne. I tillegg kan det være relevant å tydeliggjøre aktuelle tiltak. Eksempelvis bør det vurderes å i større grad integrere TSB (TSB-kompetanse) både i BUP og i aktuelle kommunale tjenester. Videreutvikling av metodikk knyttet til arenafleksible tjenester for unge/unge voksne kan også være et relevant tiltak i denne sammenhengen. Her vil både BUP, VOP og TSB være viktige bidragsytere fra spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter imidlertid at ISF-regelverket tilpasses og tilrettelegger for mer systematisk samhandling både mellom fagområder i spesialisthelsetjenesten, men også for mer utadrettet virksomhet.

3.3 Nasjonalt utredningsarbeid om rettighetsvurderinger og pasientflyt

Brukerorganisasjonene ga i 2019 uttrykk for bekymring over ulik praksis i helseforetakenes tildeling av døgnbehandling versus poliklinisk behandling. Det ble stilt spørsmål om det er uønskede variasjoner i de rettighetsvurderinger som gjøres blant vurderingsenhetene og man var opptatt av at pasientene fikk raskt tilgang til døgnbehandling når det var behov for dette. Det ble derfor gitt i oppdrag å etablere en arbeidsgruppe for å se på dette. Oppdraget ble gitt i revidert oppdragsdokument for 2019, og arbeidsgruppen skulle bestå av representanter for brukerorganisasjonene på rusfeltet, representanter fra private tilbydere med avtale innen TSB og RHF-ene.

Arbeidsgruppen skulle utarbeide et grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger for å sikre at pasientrettighetene til rusavhengige blir ivaretatt på en enhetlig og omforent måte i alle helseforetak. Arbeidsgruppen tilrådde at antall vurderingsenheter innenfor TSB bør reduseres markant.

Arbeidsgruppen var delt i synet på om det er tilstrekkelig med en vurderingsenhet i hvert HF. Arbeidsgruppen tilrådde at en vurderingsenhet innenfor TSB skal på indikasjon innvilge rett til helsehjelp, sette juridisk frist for helsehjelpens oppstart, samt tildele tid og sted for første samtale.

Vurderingsenheten skal ved å beslutte tid og sted for første samtale gi et tydelig signal om hvilket omsorgsnivå pasienten antas å være i behov av. Den videre utrednings- og behandlingsplanen fastsettes endelig av pasientens behandler(e) og pasienten i fellesskap. Det er planlagt behandling som så styrer omsorgsnivå for det videre pasientforløpet, ikke omvendt. Etter første samtale ligger det til ansvarlig behandler og dennes tverrfaglige team å beslutte videre forløp, og dermed også omsorgsnivå.

Styret i Helse Sør-Øst RHF sluttet seg ved behandlingen av rapporten til anbefalingene i rapporten «Nasjonalt utredningsoppdrag TSB» som omhandler følgende:

- «den reelle vurderingen med å tilpasse tilbudet i tråd med enkeltpasienters behov skal ivaretas av behandlingsansvarlig
- antall vurderingsenheter må reduseres betraktelig for å ivareta felles praksis for rettighetsvurderinger»

Styret ba om at det iverksettes et regionalt utredningsarbeid for å vurdere antall enheter som gjennomfører rettighetsvurdering innen TSB. Denne prosessen er påstartet og har ført til at noen helseforetak har redusert antallet vurderingsenheter. Administrerende direktør har besluttet at det vil bli tatt stilling til om private avtaleparter med polikliniske tilbud skal gis kompetanse til å rettighetsvurdere som en egen prosess.

3.4 Regional fagplan for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det ble i planen valgt seks innsatsområder:

1. Behandling av psykiske lidelser og ruslidelser hos barn og unge
2. Forebygging av selvmord
3. Redusert og riktig bruk av tvang
4. Oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
5. Alkohol og helse
6. Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Innsatsområdene ble valgt på bakgrunn av utfordringer og behov for forbedring som er beskrevet i eksisterende planer og strategier. Valgene ble også begrunnet med at det er sannsynlig at en regional satsing vil gi bedre pasientbehandling, og det er konkrete tiltak som kan iverksettes. Felles for innsatsområdene er at god måloppnåelse krever innsats fra flere fagområder og flere tjenestenivåer. Helse Sør-Øst RHF valgte derfor å lage en felles fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er viktige årsaker til redusert funksjon, livskvalitet og livslengde. Folkehelseinstituttet estimerer en forekomst av psykiske lidelser på mellom 16 og 22 prosent av befolkningen i Norge. De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser og

depresjon. Alkoholbrukslidelser er de hyppigste rusbrukslidelsene i Norge. Årsforekomst av skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er om lag åtte prosent for menn og tre prosent for kvinner. Med en økning i folketallet vil også antall mennesker med psykiske lidelser øke. På verdensbasis er det estimert at forekomsten av rusbrukslidelser øker.

Det er høy komorbiditet mellom psykiske lidelser og ruslidelser. Pasienter med ruslidelser har ofte somatiske sykdommer i tillegg. Ved psykiske lidelser og ruslidelser er det økt risiko for tidlig død av flere årsaker, inkludert somatiske sykdommer, overdosedødsfall og selvmord.

Økt tilgjengelighet til behandlingstilbudene har bidratt til at mange får god hjelp når de får en psykisk lidelse eller ruslidelser. Den høye avslagsprosenten ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) og poliklinikker innen psykisk helsevern viser likevel at hjelpen ikke når alle, og det er fremdeles uønsket variasjon i behandlingen som tilbys. Tilgjengeligheten til behandling innen TSB er betydelig bedre da få henvisninger blir avvist og ventetidene er kortere enn innen psykisk helsevern.

Økende spesialisering av tjenester kan bidra til fragmentering av tjenestetilbudet både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst i samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene. Pasientene kan oppleve utilstrekkelig involvering i egen behandling, og helsehjelpen er ikke alltid godt nok koordinert.

3.5 Pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med samtidig ruslidelse utgjør om lag 4 200 personer og i overkant 15 prosent av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge. Det er sannsynlig at det er underdiagnostikk av rusrelaterte lidelser ved alvorlige psykiske lidelser, og underdiagnostikk av psykiske lidelser ved rusrelaterte lidelser.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-retningslinjen) ble utgitt i 2012. I retningslinjen er det omtale av og anbefalinger om ansvarsfordeling mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern når det gjelder behandling av personer med ROP-lidelser. Det landsomfattende tilsynet i 2017 og 2018 avdekket store mangler ved tilbudet til pasienter med ROP-lidelser. Svært alvorlig er for eksempel at pasientenes rusproblemer og somatiske helse ikke blir utredet i psykisk helsevern. Dermed avdekker ikke behandlingstilbudet pasientenes sammensatte problemer og tiltakene blir mangelfulle. Hvis pasienter med ROP-lidelse skal få et integrert og helhetlig behandlingstilbud, må det skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i psykisk helsevern og enheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De regionale helseforetakene har ansvaret for en slik samordning, i tråd med sørge-for-ansvaret.

Det foreslås i fagplanen at Helse Sør-Øst RHF etablerer en arbeidsgruppe som skal vurdere tiltak for å sørge for tilstrekkelige tjenester 24/7 innen psykisk helsevern og TSB, inkludert konsultasjonstjeneste innad i spesialisthelsetjenesten og for kommunale aktører

3.6 Alkohol og helse

Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest og er den tredje viktigste årsaken til tapte friske leveår i Norge. På bakgrunn av dette ble alkohol og helse valgt som et eget innsatsområde i fagplanen. I Norge ble det i 2018 registrert 335 alkoholutløste dødsfall. Alkoholbruk er også en indirekte årsak til dødsfall, som ulykker og vold. På verdensbasis anslår Verdens helseorganisasjon at alkohol er årsak til 20 prosent av dødsfallene.

Alkoholbrukslidelser er vanligst blant unge voksne mellom 18 og 35 år. Forekomsten stiger jevnt utover i ungdomstiden og ung voksen alder. I alle aldersgrupper har menn en vesentlig høyere risiko enn kvinner for å utvikle alkoholbrukslidelser. Eldre drikker oftere, men mindre alkohol enn yngre. En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare tre prosent av personer med alkoholproblemer fanges opp i primærhelsetjenesten og syv prosent i spesialisthelsetjenesten, til tross for at Helsedirektoratet anslår at inntil hver tredje pasient i somatiske avdelinger er innlagt på grunn av rusrelaterte problemer. Det gjør sykehus til en god arena for å stille spørsmål om bruk av alkohol og andre rusmidler.

4 AKTIVITET

Helsedirektoratet publiserer årlige Samdata-rapporter med oversikter over utviklingen i døgnplasser innen TSB i helseforetak, private sykehus med opptaksområde og private avtaleparter (aktivitet innen godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg inngår ikke i disse tallene). Den siste Samdata-rapporten presenterer tall per 2020 og viser at det ved utgangen av 2020 var 1119 døgnplasser innen TSB i Helse Sør-Øst. Rapporten viser at antall døgnplasser innen TSB i Helse Sør-Øst i perioden 2013 til 2020 økte med 95 plasser, hvilket representerer en økning på over 9 prosent.

Samdata-rapportene fra Helsedirektoratet viser at Helse Sør-Øst har et høyere antall døgnplasser innen TSB per innbygger enn landsgjennomsnittet. I perioden 2017 til 2021 har de gjennomsnittlige ventetidene innen TSB i Helse Sør-Øst sunket med fem dager, fra 37 dager til 32 dager.

4.1 Helseforetak/private sykehus med opptaksområdeansvar

Behandlingskapasiteten ved helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst er som følger:

Behandlingskapasitet ved helseforetakene	SiV	SI	SS	SØ	ST	VV	OUS	AHUS	LDS	DS
Totalt antall døgnplasser	46	49	63	34	13	49	86*	60	0	0
hvorav antall avrusningsplasser (ø-hjelp i parentes)	24 (2)	13	24 (2)	20 (0)	13 (3)	25 (0)	30 (3)	28 (10)	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner i 2021	25 613	18 925	28 902	31 067	8 938	37 834	27 063**	32 521	6 957	8 046

Antall innbyggere i opptaksområdet i 2021	248 000	338 000	308 000	320 000	173 000	491 000	280 000	584 000	162 000	144 000
Antall døgnplasser pr 100.000 innbyggere	18,5	14,5	20,5	10,6	8	10	14,7*	10		
Antall polikliniske konsultasjoner (ISF-opphold) pr 100.000 innbyggere i 2021	10 300	5 600	9 400	9 700	5 200	7 700	9 700	5 400	4 300	5 600

* I og med at Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus ikke har egne døgnplasser innen TSB viser dette tallet antall døgnplasser basert på den samlede befolkningen innenfor opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.
**37 % av dette tallet er poliklinisk aktivitet for Diakonhjemmet (11 %) og Lovisenberg (26 %)

Tabellen viser ikke det samlede tilbudet som gis til innbyggerne i opptaksområdene til de ulike helseforetakene da tallene ikke omfatter aktiviteten hos avtalepartene og FBV-institusjonene.

Som det fremgår av tabellen er det til sammen 400 døgnplasser ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det er betydelige variasjoner i omfanget og innretningen på behandlingstilbudene ved helseforetakene/sykehusene. Oslo sykehusområde skiller seg ut med et spesialisert akutt-tilbud, mens Sykehuset Telemark HF kun har avrusningsplasser og ikke døgnplasser for elektiv behandling. Flere av helseforetakene oppgir å ikke ha egne øyeblikkelig- hjelp plasser. Flere av helseforetakene har også få døgnbehandlingsplasser for elektiv behandling.

Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold har relativt mange døgnplasser totalt. Disse helseforetakene har mer enn dobbelt så mange døgnplasser pr 100.000 innbyggere som Sykehuset Telemark HF som har færrest døgnplasser. Det synes ikke å være noen klar sammenheng mellom antallet døgnbehandlingsplasser ved helseforetakene og den geografiske lokaliseringen av døgnbehandlingskapasiteten hos avtalepartene med mulig unntak av Sykehuset Telemark HF som har Blå Kors Borgestadklinikken innenfor sitt opptaksområde. Dette kan ha sammenheng både med at helseforetakene aktivt bruker hele avtaleporteføljen og at pasienter innen TSB har tradisjon for å benytte seg av rett til valg av behandlingsted. Det er vanskelig å vurdere presist hvordan den store behandlingskapasiteten i regi av Helfo (Fritt behandlingsvalg) har påvirket omfanget av døgnbehandlingstilbud ved helseforetakene, men det er grunn til å anta at ordningen har hindret en oppbygging av behandlingstilbudene ved helseforetakene.

Sykehuset i Vestfold og Sørlandet sykehus HF har relativt høy poliklinisk aktivitet i egen regi. Disse helseforetakene har dobbelt så høy aktivitet i egen regi pr 100.000 innbygger som Lovisenberg Diakonale Sykehus som har lavest poliklinisk aktivitet. Noe av årsaken til at Oslo universitetssykehus HF har høy aktivitet er at større deler av oppfølgingen av pasienter inkludert i LAR registreres som poliklinisk aktivitet. Fire av de fem avtalepartene som har

avtale om poliklinisk behandling ligger i Oslo. Den femte ligger innenfor opptaksområdet til Sykehuset Telemark HF. Den polikliniske aktiviteten (34200 konsultasjoner pr år) ved disse fem avtalepartene kommer i tillegg til aktiviteten ved helseforetakene/sykehusene.

Neste tabell viser antallet pasienter som ble behandlet ved det enkelte helseforetak/sykehus i 2021, hvor mange som fikk hhv. døgnbehandling og poliklinikk og gjennomsnittlige liggetider:

	25 år og yngre				26 år og eldre			
Helseforetak / sykehus	Antall individer	Andel døgninnlagt	Liggetid pr individ	Poliklinikk pr individ	Antall individer	Andel døgninnlagt	Liggetid pr individ	Poliklinikk pr individ
AHUS HF	347	22 %	30,3	14,2	2 630	26 %	21,7	13,5
OUS HF	234	39 %	30,5	13,6	2 683	38 %	18,2	13,6
SiV HF	196	16 %	30,6	15,1	1 482	23 %	30,7	31,0
SI HF	204	17 %	34,7	11,3	1 562	18 %	39,6	12,0
ST HF	128	32 %	9,7	9,9	806	32 %	10,8	11,2
SØ HF	254	14 %	19,8	13,7	2 103	17 %	22,2	19,0
SS HF	347	20 %	22,5	19,0	1 781	26 %	38,3	15,5
VV HF	474	9 %	22,4	12,0	2 855	17 %	27,4	11,5
DS	103			16,0	506			17,9
LDS	110			11,7	501			12,1
HSØ	2 397	18 %	27,1	14,6	16 909	23 %	25,4	16,1

Som det fremgår av tabellen er det betydelige forskjeller helseforetakene/sykehusene imellom på valg av omsorgsnivå og behandlingsintensitet. Den høye andelen som får døgnbehandling ved Oslo universitetssykehus HF har sammenheng med at døgnantallet omfatter pasienter fra hele Oslo. Den reelle andelen pasienter i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF som får døgnbehandling er dermed lavere enn 39%, jf. neste tabell. Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF har relativt få pasienter i døgnbehandling. De korte liggetidene ved Sykehuset Telemark HF har sammenheng med at helseforetaket kun har ø-hjelp- og avrusningsplasser. Sykehuset i Vestfold gir i gjennomsnitt betydelig flere konsultasjoner pr. pasient over 25 år enn resten av helseforetakene/sykehusene.

Oslo universitetssykehus HF ga i 2021 følgende antall konsultasjoner til pasienter fra opptaksområdet til andre private sykehus/helseforetak:

Sykehus opptaksområdet	Antall ISF opphold	Andel
Lovisenberg Diakonhjemmet Sykehus	6 940	26 %

Diakonhjemmet sykehus	2 873	10 %
Akershus universitetssykehus	644	2 %
Oslo universitetssykehus	16 465	61 %
Andre RHF	147	1 %
Totalt	27 069	100 %

Tabellen viser at de fleste pasientene kommer fra opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Dette er i hovedsak pasienter inkludert i LAR.

4.2 Private leverandører

Helse Sør-Øst RHF har inngått avtaler om kjøp av 709 døgnbehandlingsplasser innen TSB fordelt på 22 avtaleforhold. Til sammenligning kjøper Helse Vest RHF 242 døgnplasser, Helse Midt-Norge 99 døgnplasser og Helse Nord 87 døgnplasser. Fordelt på antallet innbyggere i de fire helseregionene gir dette følgende antall kjøpte døgnplasser:

Helseregion	Antall kjøpte døgnplasser i helseregionene	Antall innbyggere i helseregionen	Antall døgnplasser på 100.00 innbyggere
Helse Sør-Øst RHF	709	3 100 000	22
Helse Vest RHF	115	1 100 000	10
Helse Midt-Norge RHF	99	697 000	14
Helse Nord RHF	87	482 000	22

Som det framgår av tabellen kjøper Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF om lag dobbelt så mange døgnplasser pr 100.000 innbyggere som Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Helse Vest RHF gjorde sin anskaffelse innen TSB i 2022 og reduserte da antallet kjøpte døgnplasser fra private virksomheter fra 142 til 115 døgnplasser. Helse Nord RHF gjennomførte den siste TSB-anskaffelsen i 2021 og reduserte da kun med 4 døgnplasser, mens Helse Midt-Norge reduserte med 6 døgnplasser i anskaffelsen i 2020.

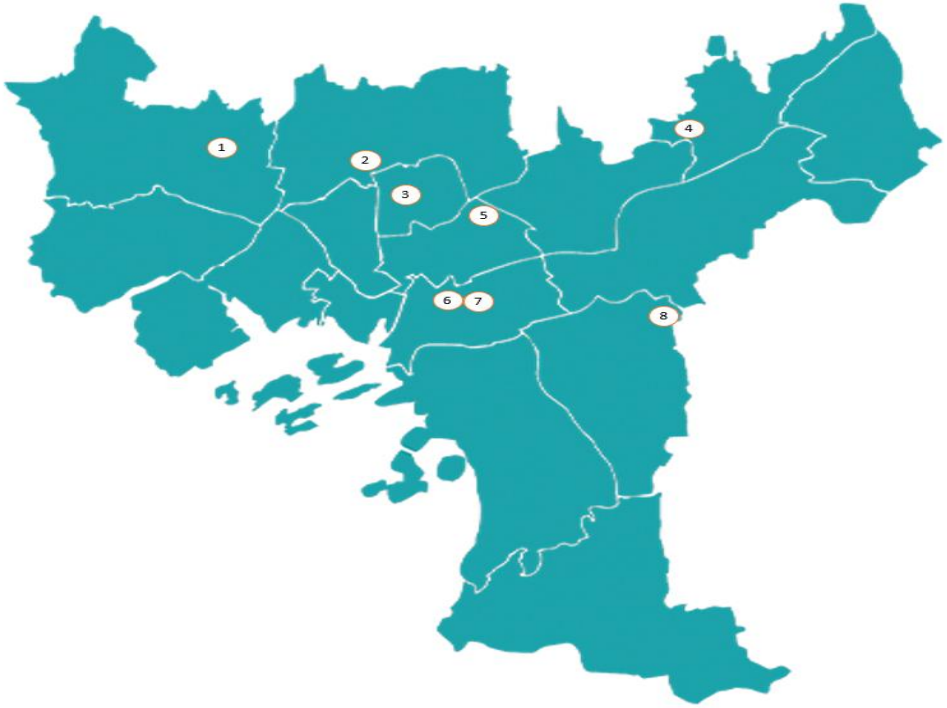
Det er kun Helse Vest RHF av de andre regionale helseforetakene som kjøper polikliniske konsultasjoner fra private virksomheter. Ingen av de tre andre regionale helseforetakene har i nåværende avtaler gitt private virksomheter kompetanse til å rettighetsvurdere henvisninger fra primærhelsetjenesten.

Den geografiske plasseringen og avtalevolumet i Helse Sør-Øst er som følger:

Referanse i kart	Navn på TSB-enhet	Antall døgnplasser
1	Tyrili Frankmotunet	15
2	Tyrilisenteret i Lillehammer	25
3	Tyrilihaugen	15
4	Tyrilisenteret i Skien	26
5	Tyrili Arena Arendal	12

6	Stiftelsen Renåvangen	25
7	Stiftelsen Valdresklinikken	11
8	Riisby behandlingssenter	50
9	Kirkens Bymisjon Veslelien	45
10	Stiftelsen Fredheim	27
11	Stiftelsen Solliakollektivet	23
12	Blå Kors Eina behandlingssenter	30
13	Frelsesarmeen Behandlingstunet Fetsund	27
14	Manifestsenteret	25
15	Samtun	22
16	Blå Kors Borgestadklinikken	64
17	Skjelfoss psykiatriske senter	10
18	Phoenix Haga	26
19	Kirkens Bymisjon Origosenteret	42
20	Stiftelsen Fossumkollektivet, avd. Gården, Rud og Nedre Damvei, Spydeberg	8
21	Stiftelsen Fossumkollektivet, avd. Primæren	10
22	Stiftelsen Fossumkollektivet, avd. Solvold	6
23	Stiftelsen Fossumkollektivet, avd. Sørligard	6
24	*Oslo-området (se eget kart)*	*157*
	Totalt	***708***

De private virksomhetene i Oslo fremgår i dette kartet:



Referanse i kart	Navn på TSB-enhet	Antall døgnplasser
1	Blå Kors Slemdal behandlingssenter	20
2	Kirkens Bymisjon A-senteret, Villa Berg	11
3	Kirkens Bymisjon A-senteret, Døgnavdelingen Bjølsen	21
4	Incognito klinikk	21
5	Kvinnekollektivet Arken	10
6	Tyrili Arena Oslo	15
7	Tyrilisenteret i Oslo	24
8	Trasoppklinikken	35
	Totalt	*157*

Kartet med tilhørende tabeller viser at de private avtalepartene er konsentrert særlig i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF og i Oslo sykehusområde. Videre at det er stor forskjell i antall behandlingsplasser ved de ulike institusjonene.

Behandlingsaktiviteten til avtalepartene er fordelt på følgende delytelser:

Delytelsesnivå	Antall plasser	Antall dag/døgn /konsultasjoner ihht ytelsesavtale med HSØ	Faktiske antall dag/døgn/ konsultasjoner pasienter fra HSØ	Totalt antall utskrevne pasienter	% belegg periodisert per delytelse
Døgnbehandling inntil 6 måneder	101	38 982	36 927	516	94,7 %
Døgnbehandling inntil 9 måneder	238	86 711	83 285	476	96,0 %
Døgnbehandling inntil 12 måneder	235	85 775	80 730	446	94,1 %
Døgnbehandling langtid unge	10	3 687	2 242	46	0,0 %
Døgnbehandling langtid ikke aldersbestemt	12	4 235	4 636	70	0,0 %
Døgnbehandling Familieenhet	34	12 410	7 547	44	60,8 %
Døgnbehandling Familieenhet - gravide	4	1 460	1 028	10	0,0 %
Utredningsenhet	-	-	-	-	0,0 %
Avgiftningsenhet	6	2 190	2 287	243	104,4 %
Dagbehandling	6	1 344	1 243	57	92,5 %
Tvang § 10-2	-	-	-	-	0,0 %
Tvang § 10-3	4	1 825	316	5	17,3 %
Døgnbehandling samtidig rus- og psykisk lidelse	59	22 160	20 718	205	93,5 %
Sum antall døgn	708	260 779	240 959	2 118	92,4 %
Poliklinikk	-	-	-	-	0,0 %
(1) Antall inntak og førstegangskonsultasjon (P 10)	-	1 481	946	-	63,9 %
(2) Totalt antall utredning eller behandling (pasient og/eller pårørende tilstede) (P 12)	-	12 628	11 272	-	89,2 %
*herav antall utredninger som ikke er P15 eller P16	-	12 617	8 679	-	68,8 %

*herav antall tester (P 15)	-	11	23	-	209,1 %
(3) Antall oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten/samarbeidsmøter (P13)	-	287	216	-	75,3 %
(4) Antall telefonkonsultasjoner (P14)	-	3 695	4 079	-	110,4 %
(5) Antall pasienter i gruppebehandlinger	-	4 830	3 536	-	73,2 %
(6) Antall pasienter i familiebehandlinger	-	356	349	-	98,0 %
Utredning eller behandling, individuell konsultasjon, herunder også førstegangskonsultasjon og tester (P10, P12, P15)	-	3 792	3 099	-	81,7 %
Oppfølgingsmøte med førstelinjetjenesten (møte/veiledning/konsultasjon med førstelinjetjenesten om en eller flere navngitte pasienter) (P13)	-	75	65	-	86,7 %
Oppfølgingssamtale per telefon med førstelinjetjenesten om navngitt pasient. Telefonkonsultasjon med pasient (P14 a og 14b)	-	174	1 930	-	1109,2 %
Gruppe-/familiebehandling (per person) (P16)	-	1 024	-	-	0,0 %
Sum antall konsultasjoner		28 342	25 492		89,9 %

Som det fremgår av tabellen varierer det samlede belegget mye avhengig av delytelse. Det er samlet sett et nokså høyt belegg ved de fleste døgnbehandlingsenhetene selv om det er en nedgang på 3,8% fra 2017 som var året før siste anskaffelse. Samletallene skjuler at noen avtaleparter, Incognito Klinikk, Kvinnekollektivet Arken, Solliakollektivet og Phoenix Haga over tid har hatt betydelige utfordringer med å klare beleggskravene. Dette antas å ha sammenheng både med endret innsøkning, koronaepidemien og fremveksten av Helfo-godkjente institusjoner. Det har videre over flere år vært et særlig lavt belegg ved døgnbehandlingsenheten ved Borgestadklinikken som behandler gravide rusmiddelavhengige innlagt etter §10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette samsvarer med lavt belegg ved tilsvarende enhet ved Sykehuset Innlandet HF og synes å reflektere en stabil endring i antallet henvisninger.

Neste tabell viser antallet pasienter som ble behandlet ved den enkelte private avtalepart i 2021, hvor mange som fikk hhv. døgnbehandling og poliklinikk og gjennomsnittlige liggetider:

Privat	Antall individer	Andel døgninnlagte	Liggetid pr individ	Poliklinikk pr individ
Blå Kors Poliklinikk Oslo	393			12,7
Blå Kors Sør AS, Borgestadklinikken	621	28%	111,4	8,8
Blå Kors Øst AS, Behandlingssenter	86	98%	119,3	0,2
Blå Kors Øst AS, Slemdal	51	100%	127,0	
Frelsesarmeen Fetsund	73	100%	129,9	
Kirkens Bymisjon, Veslelien	130	89%	136,6	0,8
Kirkens Bymisjon, A-senteret	527	15%	91,4	13,5
Kirkens Bymisjon, Bjølsen	385	16%	69,8	7,7
Kirkens Bymisjon, Villa Berg	27	100%	136,3	
Origosenteret	107	96%	136,2	
Manifestsenteret	52	100%	122,8	
Samtun	57	100%	135,9	
Stiftelsen Fossumkollektivet	76	100%	143,9	
Stiftelsen Fredhem	76	100%	128,9	
Stiftelsen Incognito Klinikk	275	33%	75,8	8,5
Stiftelsen Kvinnekollektivet Ark	27	100%	107,1	
Stiftelsen Phoenix Haga	51	100%	97,2	
Stiftelsen Renåvangen	52	100%	158,4	
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	120	100%	130,7	
Stiftelsen Solliakollektivet	55	100%	122,0	
Stiftelsen Trasoppklinikken	634	35%	53,5	10,3
Stiftelsen Valdresklinikken	50	100%	80,6	
Tyrilistiftelsen	502	73%	131,7	7,3

Som det fremgår av tabellen hadde Renåvangen og Fossumkollektivet de lengste liggetidene i 2021, mens Trasoppklinikken hadde kortest liggetider. Det er i sammenligningen av liggetider viktig å ta høyde for at tilbudene er svært forskjellige mht. målgruppe og behandlingstilnærming. Videre vil de gjennomsnittlige liggetidene påvirkes sterkt av antallet avbrudd.

De to neste tabellene viser den døgnbaserte aktiviteten i 2021 hos private avtaleparter fordelt på de ulike sykehusområdene:

Antall oppholdsdøgn private 2021	Sum	Arken	A-senteret	Blå Kors Eina	Blå Kors Sør	Fossum-kollektivet	Fredheim	Frelsesarméen Fetsund	Incognito	Manifest-senteret	Origo-senteret
Akershus	36 917	338	1 912	2 512	109	1 703	1 029	3 523	1 318	555	1 500
Innlandet	35 007	13	155	4 254	404	2 526	3 441	414	290	660	113
Oslo	62 054	1 187	7 023	1 920	1 566	914	3 736	3 703	3 727	2 312	2 577
Sørlandet	11 089	122			606	713	174			1 506	658
Telemark	24 221	689	54	461	8 933	1 501	142	503		547	869
Vestfold	19 324		1 114	664	3 744	893	17	118	54	284	2 002
Vestre Viken	21 060	120	421	90	2 232	1 841	97	532	501	1 248	1 477
Østfold	26 557	558	301	222	1 119	285	616	761	1 144	1 862	4 907
Sum	236 229	3 027	10 980	10 123	18 713	10 376	9 252	9 554	7 034	8 974	14 103

	Phoenix Haga	Renåvangen	Riisby	Samtun	Sollia-kollektivet	Trasopp-klinikken	Tyrili-stiftelsen	Valdres-klinikken	Veslelien	Blå Kors Slemdal	Skjelfoss
Akershus	1 161	363	3 019	595	1 187	3 888	8 149	298	2 726	614	418
Innlandet	179	2 327	7 128		2 216	472	4 768	2 534	3 009	86	18
Oslo	1 175	336	3 123	267	716	4 726	14 513	319	3 029	4 510	675
Sørlandet	165	802	90	2 400	281	58	2 993		61	72	388
Telemark	83	630		2 274	292	342	5 347	383	1 016	101	54
Vestfold	147		276	1 733			5 088		2 111	763	316
Vestre Viken	985	1 720	1 027	635	958	1 324	1 817	131	2 354	301	1 249
Østfold	1 022	2 719	1 551	29	1 183	1 430	4 539	313	1 277	159	560
Sum	4 917	8 897	16 214	7 933	6 833	12 240	47 214	3 978	15 583	6 606	3 678

Som det fremgår av tabellene utgjør døgnbehandlingsaktivitetene hos private avtaleparter relativt mange behandlingsdøgn innenfor opptaksområdet til Telemark sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Oslo sykehusområde. Det er relativt få behandlingsdøgn levert fra private avtaleparter innenfor opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF. Dette har sammenheng med at få avtaleparter er lokalisert på Sørlandet og at en stor privat Helfo-godkjent institusjon er lokalisert innenfor opptaksområdet til helseforetaket. Tabellen synliggjør også det store antallet pasienter som benytter seg av rett til valg av behandlingssted eller som viderehenvises av helseforetakene til institusjoner som ligger i opptaksområdet til andre helseforetak.

Når det gjelder poliklinisk aktivitet hos avtalepartene så var tallene for 2021 som følger:

Poliklinikk	Konsultasjonstype	Antall	Aktivitet
(1) Antall inntak og førstegangskonsultasjon (P 10)	1 481	946	63,9 %
(2) Totalt antall utredning eller behandling (pasient og/eller pårørende tilstede) (P 12)	12 628	11 272	89,3 %
*herav antall utredninger som ikke er P15 eller P16	12 617	8 679	68,8 %
*herav antall tester (P 15)	11	23	209,1 %
(3) Antall oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten/samarbeidsmøter (P13)	287	216	75,3 %
(4) Antall telefonkonsultasjoner (P14)	3 695	4 079	110,4 %
(5) Antall pasienter i gruppebehandlinger (deler av P 16)	4 830	3 536	73,2 %
(6) Antall pasienter i familiebehandlinger (deler av P 16)	356	349	98,0 %
Utredning eller behandling, Individuell konsultasjon, herunder også førsteganskonsultasjon og tester (P10, P12, P15)	3 792	3 099	81,7 %
Oppfølgingsmøte med førstelinjetjenesten (møte/veiledning/konsultasjon med førstelinjetjenesten om en eller flere navngitte pasienter) (P13)	75	65	86,7 %
Oppfølgingssamtale per telefon med førstelinjetjenesten om navngitt pasient. Telefonkonsultasjon med pasient (P14 a og 14b)	174	1 930	1109,2 %
Gruppe-/familiebehandling (per person) (P16)	1 024	-	0,0 %
Sum antall konsultasjoner	40 970	21 979	83,5 %

Som det fremgår av tabellen varierer aktiviteten mye konsultasjonstypene imellom. Det er særlig én leverandør som har økt antallet tlf. konsultasjoner betydelig. En annen leverandør har de siste årene hatt generelle utfordringer med å nå det avtalte aktivitetsnivået på polikliniske tjenester.

Den polikliniske aktiviteten fordelte seg i 2021 som følger på helseforetakene/sykehusene:

Summer av antall polikliniske konsultasjoner 2021 (antall ISF opphold	A-senteret	Blå Kors Senter Oslo	Blå Kors Sør	Incognito	Trasopp-klinikken	Totalsum
Akershus universitetssykehus	683	756	23	479	1 375	3 316
Diakonhjemmet Sykehus	858	585	0	334	547	2 324
Sykehuset Innlandet	0	23	16	19	136	194
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 576	1 339	0	913	774	5 602
Oslo universitetssykehus	2 796	1 055	23	365	1 759	5 998
Sørlandet	0	4	22	4	12	42
Telemark	1	23	4 949	0	75	5 048
Vestfold	13	1	374	6	9	403
Vestre Viken	131	113	44	150	542	980
Østfold	16	124	4	77	237	458
Total sum	7 074	4 023	5 455	2 347	5 466	24 365

Som det fremgår av tabellen foregår som forventet langt det meste av den polikliniske aktiviteten fra de private avtalepartene i Oslo og Telemark hvor virksomhetene er lokalisert.

4.3 Samlet aktivitet innen sykehusområdene

Det gis i neste tabell en oversikt over den samlet polikliniske aktiviteten i de ulike opptaksområdene inklusiv LAR:

Poliklinisk aktivitet	SiV	SI	SS	SØ	ST	VV	OUS	AHUS	LDS	DS
Antall polikliniske kons. i 2021 ved hf-ene	25 613	18 925	28 902	31 067	8 938	37 834	27 063	32 521	6 957	8 046
Antall polikliniske kons. i 2021 hos private	403	194	42	458	5 048	908	5 998	3 316	5 602	2 324
Antall innbyggere i opptaks-området i 2021	248 000	338 000	308 000	320 000	173 000	491 000	280 000	584 000	162 000	144 000
Samlet antall polikliniske kons. pr 100.000 innbyggere i 2021	10 500	5 600	9 400	9 900	5 200	7 900	11 800	6 100	7 800	7 200

Som det fremgår av tabellen er det betydelige forskjeller mellom opptaksområdene når det gjelder den samlede polikliniske aktiviteten (helseforetak og avtaleparter) selv om forskjellene er betydelige mindre i hovedstadsområdet og i Telemark enn det som fremkom i tabellen hvor det kun ble sett på tilbudene ved helseforetakene.

Den samlede aktiviteten på døgnbehandling var i 2021 som følger:

	Liggedøgn pr 100000 innbygger 2021			
	Behandlet i HF	Avtale HSØ	Fritt behandlingsvalg	Totalt
Ahus	3518	6582	998	11098
DS	4059	7757	1829	13645
LDS	5610	11940	4660	22211
OUS	3630	8574	2238	14442
SI	3357	9821	675	13854
SiV	4294	5913	1336	11543
SS	6210	3359	3714	13282
ST	3655	14613	5474	23742
SØ	3137	8168	392	11698
VV	3229	4170	553	7952
Totalsum	3904	7319	1732	12955

Som det fremgår av tabellen er det betydelige forskjeller både i forbruksprofilene til helseforetakenes/sykehusene og i hvor mange av innbyggerne som får døgnbehandling. Lovisenberg Diakonale Sykehus og Telemark Sykehus HF har særlig mange pasienter som benytter seg av de Helfo-godkjente virksomhetene og av kapasiteten til de private avtalepartene til Helse Sør-Øst RHF.

Omfanget av aktivitet i regi av de Helfo-godkjente institusjonen er som det fremgår av denne tabellen økende også i 2022:

	Liggedøgn pr 100000 innbygger pr august 2022			
	Behandlet i HF	Avtale HSØ	Fritt behandlingsvalg	Totalt
Ahus OO	2289	3766	1532	7586
DS OO	1937	6377	1476	9790
LDS OO	3992	5699	2060	11751
OUS OO	2193	5041	1311	8544
SI OO	2235	6270	284	8789
SiV OO	2866	4307	2046	9219
SS OO	3829	2045	2840	8714
ST OO	1895	9497	5128	16520
SØ OO	2050	5124	887	8061
VV OO	1908	2427	652	4987
Totalsum	2442	4510	1568	8520

Som det fremgår av tabellen er det stor grad av likhet i forbruksmønstrene så langt i 2022 som det var i 2021.

4.4 Opphør av ordningen med Helfo-godkjente virksomheter

Det var i august 2022 19 godkjente Helfo-institusjoner innen TSB hvorav 14 innenfor opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF. Regjeringen har besluttet at ordningen med Helfo-godkjente private virksomheter innen alle fagområder skal avvikles fra og med 2023. Det ble sendt ut et forslag til forskrift om avvikling av ordningen våren 2022 som vil bli behandlet i Stortinget før jul. Det ble i oversendelsen til Stortinget foreslått at det skal være en overgangsordning på ett år for å sikre ferdigbehandling av inneliggende pasienter ved årsskiftet 2022/2023.

Aktiviteten ved de Helfo-godkjente virksomheten var i 2021 som følger:

Antall pasienter i FBV 2019-2021				
Tjenesteområde	2019	2020	2021	Endring 19-21
SOM	14 007	15 508	18 960	35%
BUP	9	16	55	511%
VOP	176	185	183	4%
TSB	489	424	586	20%

Utbetalte refusjoner i perioden 2019-2021 var som følger:

Utbetalte refusjoner i perioden 2019-2021				
Tjenesteområde	2019	2020	2021	Endring 19-21
SOM	52 549 792	65 080 191	75 421 104	44%
BUP	718 250	1 498 140	4 149 135	577%
VOP	35 366 380	49 957 400	63 419 310	79%
TSB	132 364 125	172 104 200	236 395 535	79%

Oppsummert for alle fagområdene viser dette at:

- Somatikk utgjør det store volumet av FBV-pasienter (96% av alle pasienter i 2021)
- I refusjon utgjør somatikk kun 20 % av utgiftene
- TSB utgjør alene 62 % av alle utgiftene (2021)
- Somatikk er hovedsakelig poliklinikk, mens VOP, BUP og TSB er for det meste døgnopphold. Dette forklarer deres store andel av totale utgifter

Hovedfunnene i TSB kan oppsummeres som følger:

- Om lag 600 pasienter (HELFO) som må ferdigbehandles.
- Disse hadde om lag 50 000 liggedøgn (NPR)
- Alkohol og opiater er de største gruppene
- Betydelig lengre liggetid ved FBV enn ved våre helseforetak.
- Opptaksområdene til STHF, LDS og SSHF har størst bruk av FBV

Neste tabell viser antallet pasienter som ble behandlet ved den den enkelte Helfo-godkjente virksomhet i 2021 og gjennomsnittlige liggetider:

FBV institusjon	Antall individer	Andel døgninnlagt	Liggetid pr individ	Poliklinikk pr individ
12 trinnsklinikken AS	15	100 %	95,5	
Alfa Kurs og Behandlingssenter AS	54	100 %	84,5	
Blå Kors Loland Behandlingssenter AS	100	100 %	120,2	
Mestringshusene AS	108	100 %	117,8	
Sigma Nord AS	11	100 %	73,7	
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	6	100 %	104,3	
Vitalis Helse Kragerø	120	100 %	124,6	
Finnerud døgnbehandling	5	100 %	32,6	
Omega Behandling	18	100 %	76,7	
Stiftelsen Holt Behandlingssenter	12	100 %	27,0	
Vangseter	44	98 %	54,0	4
Wecare Omsorg	17	100 %	59	

Som det fremkommer av tabellen er det store forskjeller i de gjennomsnittlige liggetidene ved de Helfo-godkjente virksomhetene.

5 BEHOVSANALYSE

Behovsanalysen skal vise det estimerte behovet for behandlingstilbud innen TSB basert på den samlede kapasiteten (offentlig og privat) i regionen og danne grunnlag for omfang og innretning på behandlingstilbudene som skal anskaffes fra private leverandører.

Behovsanalysen tar utgangspunkt i historisk aktivitet og forbruk. Behovsanalysen ses opp mot forventet utvikling i Helse Sør-Øst de kommende 5-7 år. Det forventes økt personellbehov som en følge både av et behov for å spesialisere og intensivere behandling, en økende kompleksitet i utredning og behandling og en økende spesialisering.

Det er i dag TSB tilbud som omfatter akutt-tilbud, avrusningstilbud og poliklinisk behandling ved alle helseforetakene. Men alle helseforetakene har ikke differensierte døgnplasser for kort- og langtidsdøgnbehandling og ambulante tjenester, noe som bør være en del av basistilbudet innen TSB.

Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus har ikke egne døgntilbud da dette ivaretas av Oslo universitetssykehus HF for Oslo sykehusområde. Det er ikke en del av mandatet til arbeidsgruppen å ta stilling til om dette bør endres da det ivaretas i en egen prosess.

Det er behov for å vurdere utvidelse av døgnbehandlingstilbudene ved helseforetakene særlig ved de helseforetakene som har lav døgnbehandlingskapasitet slik som Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF og Telemark sykehus HF. Sistnevnte helseforetak åpnet en seksjon for akutt avrusning med 13 plasser våren 2018 som et ledd i å sikre at alle helseforetak i regionen skal kunne tilby akutt avrusning som del av det øvrige akuttmedisinske tilbudet. Det er videre viktig å vurdere utvidelse av den polikliniske kapasiteten ved de helseforetakene som har relativt lav poliklinisk behandlingskapasitet slik som Sykehuset Innlandet HF. Det bør også vurderes om Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus skal øke den polikliniske kapasiteten. Forbruket av behandlingstilbud innen TSB er lavere blant barn/ungdom og eldre enn resten av befolkningen noe som det bør tas høyde for i dimensjoneringen av behandlingstilbudene.

Det er viktig at utviklingen i helseforetakene, hos de private aktørene og kommunale tjenester sees i sammenheng for å sikre gode pasientforløp, likeverdige tjenester og effektiv ressursutnyttelse. Aktivitetstallene og ventelistetallene indikerer etter arbeidsgruppens mening at kapasiteten innen TSB i regionen samlet sett er god. En oppbygging av behandlingskapasiteten ved helseforetakene vil kunne redusere behovet for anskaffelse av behandlingskapasitet hos private leverandører. Det vil likevel være behov for en omfattende anskaffelse fra private behandlingstilbud. Det må i dimensjoneringen av anskaffelsen legges til grunn at ordningen med Helfo-godkjente virksomheter opphører noe som innen TSB utgjør en betydelig behandlingskapasitet. Denne behandlingskapasiteten vil i noen grad kunne erstattes av økt belegg ved helseforetakene som hadde et gjennomsnittlig belegg på 74% i 2021 og økt belegg hos avtalepartene som samme år hadde en beleggsprosent på 92,4%.

Som det fremgår av rapporten utgjør de private avtalepartene i dag 64% av kapasiteten innen døgnbehandling og 12% av den polikliniske kapasiteten innen TSB i Helse Sør-Øst. Avtalene med de private avtalepartene har en samlet årlig økonomisk ramme i 2022 på om lag 1,23 milliarder kroner. I tillegg kommer virksomheten innen TSB i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg som i 2021 var på 263 millioner kroner. Størstedelen av dagens avtaler med private avtaleparter innen TSB ble inngått i 2012. I 2017 ble det gjennomført en anskaffelse med tildeling i januar 2018, hvor de økonomiske rammene ble økt med 26,6 millioner kroner ut over deflatorjustering, for å ta høyde for nye kvalitets- og kompetansekrav.

Behandlingstilbudet som ble anskaffet i 2018, med noe færre døgnplasser og en styrking av det polikliniske behandlingstilbudet hos private avtaleparter, var basert på en behovsvurdering foretatt av Helse Sør-Øst RHF med deltakelsen både fra helseforetakene og brukersiden. Det ble i denne anskaffelsen prioritert å økte tilbudet til pasienter med omfattende tilleggsproblematikk, noe som også bør vurderes i denne anskaffelsen da ventelistene og ventetidene er relativt lange for denne pasientgruppen.

Representanter for brukerorganisasjonene har tradisjonelt vært opptatt av at rusmiddelavhengige får rask tilgang til behandling når de er motivert for dette, at de selv får stor innflytelse over behandlingsform/omsorgsnivå og behandlingssted og at mange vil ha behov for gjentatte innleggelser til døgnbehandling. Mange virksomheter innen TSB, både ved helseforetakene og hos private leverandører, vektlegger særlig betydningen av behandlingsforberedende tiltak, at behandlingen forankres i poliklinikkene og at den faglige vurderingen av pasientens behandlingsbehov bør gis stor

vekt slik man gjør på andre fagområder. Dette står ikke i motstrid da man også innen andre fagområder er opptatt av at pasienten skal ha betydelig påvirkningsmuligheter når det gjelder valg av behandling (samvalg).

Både brukerorganisasjonene, helseforetakene og avtalepartene har positive erfaringer med brukerstyrte plasser, selv om bruken av dette varierer i omfang avhengig av faglig tradisjon, type behandlingstilbud og pasientgruppe. Det er viktig at slike døgnplasser som øvrige tilbud gis en god og tydelig innramming.

Revisjoner og gjennomganger av både psykisk helsevernfeltet, TSB-feltet og praksis ved somatiske sykehus har vist at mange pasienter ikke blir godt nok utredet. Det vil derfor være behov for å øke kvaliteten på behandlingstilbudene hos avtalepartene ytterligere. Private, ideelle aktører har en stor betydning i det samlede pasienttilbudet til pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Det er derfor viktig å sikre robuste rammevilkår med en finansiering som sikrer forutsigbarhet for driften og handlingsrom for utvikling. På den måten vil en også kunne sikre og utvikle en ytterligere differensiering av behandlingstilbudet.

Det er videre viktig å legge forholdene bedre til rette for samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene. Dette kan tilsi at en større andel av behandlingstilbudene enn i dag bør ligge i tilknytning til befolkningssentra i opptaksområdene til helseforetakene. Innretningen på anskaffelsen av behandlingstilbud bør tilpasses strategiske føringer iht. faglig utvikling. Det kan være fornuftig å øke bruken av sekvensielle opphold og utadrettet virksomhet før og etter døgnbehandling. Dagbehandling har et lite omfang innen TSB og gis i dag kun fra én avtalepart. Det bør derfor ikke anskaffes slike tilbud i den kommende anskaffelsen.

Både brukerrepresentanter, kommunene og fagfolkene innen rusfeltet anser det som viktig å sikre gode overganger både før og etter en eventuell døgnbehandling innen TSB i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at også leverandørene bidrar til dette både gjennom ambulant aktivitet når dette er hensiktsmessig og praktisk mulig, og at det tas i bruk elektroniske behandlings- og samhandlingsverktøy for å effektivisere behandlingen og sikre god samhandling med andre aktører, både innen helsevesenet og med andre instanser.

De terapeutiske samfunnene har tradisjonelt basert sine tilbud på døgnbehandling av minst ett års sammenhengende døgnbehandling. Den faglige utviklingen og utviklingen i belegg siden forrige anskaffelse tilsier at det bør vurderes å anskaffe noe mindre kapasitet på langtids døgnbehandling i terapeutiske samfunn og at langtidsbehandling bør ta utgangspunkt i opphold på 6-9 md. og ikke 12 md. slik det er i dagens avtaler. Det er samtidig viktig at lengden på behandlingstilbudene gjør det mulig med nok tid til å bygge relasjon og oppnå hensikten med behandlingen. Dette vil for noen pasienter innebære at døgnbehandlingen varer lengre enn 9 md., mens andre vil ha behov for flere innleggelser. De andre regionale helseforetakene oppgir at 3-4 md. i døgnbehandling er vanlig, og at det er få som er innlagt mer enn 5-6 md. Det kan være hensiktsmessig at tid og relasjon i større grad bør ivaretas av kommunene som alternativ til spesialisthelsetjenesten også i helseregion sør-øst.

Det er i dagens avtaler krav om at leverandøren enten må ha lege- eller psykologspesialist som behandlingsansvarlig. Det tilrås ikke at det kreves at spesialist i rus- og avhengighetsmedisin skal være tilgjengelig da det er stor mangel på slike spesialister. Samtidig kan fravær av tilstrekkelig med godt

kvalifisert helsepersonell være årsaken til at det tar for lang tid å starte opp behandling. Alle behandlingstilbud skal ha reell tverrfaglighet med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse tilgjengelig som en del av behandlingsmiljøet. Dette tilsier at det gjøres en konkret vurdering av minimumsstørrelsen ved de virksomhetene det inngås avtale med. Arbeidsgruppen er enig om å «heve den faglige lista» noe, men at dette gjøres pragmatisk og at det må være realistisk og gjennomførbart og tilpasset type behandlingstilbud.

Arbeidsgruppen har drøftet om det kommunale tilbudet kan erstatte enkelte behandlingstilbud i spesialisthelsetjenester nå som alle kommuner skal ha KAD-senger som også omfatter personer med ruslidelser. Det må kunne forventes at denne gruppen i fremtiden får økt omsorg og hjelp i sin hjemkommune noe som vil tilsi at tilbudene i spesialisthelsetjenesten spisses ytterligere.

Når det gjelder barn mener arbeidsgruppen at BUP fortsatt bør ha et hovedansvar selv om TSB noen ganger har pasienter ned til 16 år. Helseforetakene har ansvar for tverrfaglig samarbeid og rådgivning fagområdene imellom. Erfaringene med dagens avtaler viser at det kan være vanskelig å oppnå god beleggsprosent ved tilbud for døgnbehandling av ungdom under 23 år noe som tilsier en fleksibilitet i aldersgruppen for å sikre god ressursutnyttelse.

Arbeidsgruppen har diskutert ulikheten og variasjonen mht. lokalisering av poliklinikkene hos avtalepartene. I dagens avtaler er fire av fem tilbud fra private avtaleparter lokalisert i Oslo. Det vurderes som lite aktuelt å anskaffe poliklinisk aktivitet på andre enn dagens lokalisasjoner da en eventuell økt poliklinisk og ambulant aktivitet i hovedsak bør skje med helseforetakene. De korte ventetidene til behandling og utfordringene som en avtalepart har hatt med å oppfylle aktivitetskravene på poliklinisk behandling kan tyde på at det i dag anskaffes et for stort volum av poliklinisk behandling i Oslo.

Arbeidsgruppen har drøftet om de private avtalepartene med poliklinikk skal kunne rettighetsvurdere eller om dette kun skal gjøres av helseforetakene og de to private sykehusene med opptaksområdeansvar. Arbeidsgruppen mener at avtalepartene ikke bør rettighetsvurdere og legger i den sammenheng vekt på at dette vil:

- tilrettelegge for økt kvalitet i vurderingene
- mengdetrening
- likebehandling av pasientene
- god prioritering av ressursforbruk både når det gjelder tilgang til helsetjenester og omfanget av tjenestene
- bedre oversikt over pasientforløpene og hvilke behandlingstilbud som finnes innen feltet
- effektiv bruk av ressurser da rettighetsvurderingene krever faglige ressurser

Arbeidsgruppen anser mulige ulemper å være:

- at volumet for rettighetsvurdering kan bli stort på noen helseforetak
- at mange pasienter allerede blir henvist til rett behandlingsenhet noe som sparer ressurser og sikrer kontinuitet

Det har de senere årene vært satset betydelig ressurser på oppbygging av tilbudene rettet mot innsatte i form av rusmestringsenheter i fengslene og gjennom etablering av områdefunksjoner ved helseforetakene. Områdefunksjonene består av øremerkede polikliniske stillinger innen både rusbehandling og psykisk helsevern som skal gi stedlige tjenester til innsatte med behandlingsbehov av spesialisthelsetjenesten

Dette kommer i tillegg til muligheten for §12-soning som har et stort omfang hos mange av avtalepartene. Det er viktig å videreutvikle det gode samarbeidet mellom kriminalomsorgen, helseforetakene og avtalepartene om denne soningsformen.

Alkohol-, medikament- og spillavhengighet er i likhet med bruk av illegale rusmiddel et stort samfunnsproblem. Mange mennesker har flere avhengigheter eller blandingsmisbruk. Det er derfor viktig at behandlingsenhetene har bred kompetanse. Det bør i tillegg anskaffes tilbud som har spisskompetanse på hver av disse avhengighetene.

Det bør anskaffes behandlingstiltak som har fokus på kjønn/legning og identitet, men ikke nødvendigvis egne behandlingsinstitusjoner for kvinner. Det er viktig at en del av tilbudene er særlig tilrettelagt for etniske minoriteter noe som tilsier at dagenes mulighet for refusjon av utgifter til bruk av tolk bør videreføres. Det er videre viktig at avtalepartene har god kompetanse på behandling av vold og traume og særlig oppmerksomhet på både somatisk og psykisk helse. Helse Sør-Øst RHF kjøper ikke i dag tilbud som er særlig tilrettelagt for personer med svak kognitiv fungering. Det bør tilrettelegges for dette hos enkelte avtaleparter i den kommende anskaffelsen. Det er viktig at sentrale deler av lokalene til alle leverandørene er universelt utformet.

Avtalepartene bør kunne behandle pasienter med voldshistorikk hvor det er vurdert å ikke være fare for betydelig voldsrisiko.

Det vil i anskaffelsen ikke være behov for å anskaffe regionale behandlingstilbud for gravide rusmiddelavhengige innlagt etter §10-3 i helse- og sosialtjenesteloven da dagens tilbud både ved Sykehuset Innlandet HF og Borgestadklinikken over flere år har hatt lavt belegg. Det bør heller ikke anskaffes medisinsk avrusning da dette bør ivaretas av helseforetakene som har god tilgang til andre medisinske spesialiteter. Men en større del av avtaleporteføljen bør kunne tilby abstinensbehandling da det i dag er utfordringer i perioder med kapasitet på avrusning særlig for pasienter som faller ut av behandling.

Helse Sør-Øst RHF kjøpte i anskaffelsen i 2013 LAR-frie behandlingstilbud etter ønske fra brukerorganisasjonene. Arbeidsgruppen anbefaler at dette ikke videreføres. LAR-pasienter og pasienter som for eksempel bruker medisiner mot ADHD har samme rett til behandling som andre pasienter. Dette er ikke til hinder for at institusjonene kan tilrettelegge for medikamentfrie behandlingsopplegg internt.

Arbeidsgruppen er oppsummert enig om at det anskaffelsen er viktig å vektlegge:

- Rettighetsvurderinger bør ivaretas av helseforetakene og sykehus med opptaksområdeansvar
- Behandlingstilbudene bør være spesialiserte og spisset mht. innhold og behandlingsintensitet
- Reell tverrfaglighet bør være tilgjengelig i behandlingen av den enkelte pasient

- En større andel av behandlingstilbudene bør være lokalisert nær befolkningssentra i opptaksområdene
- I fremtiden bør langtidsbehandling også kunne bestå av kortere innleggelser, sekvensielle behandlinger, mer ambulant virksomhet før og etter døgnbehandlingen
- Tydeligere krav til behandlingsforberedende tilbud og oppfølging i etterkant av døgnbehandling
- Økt bruk av digitale hjelpemidler
- Avtalepartene bør normalt ha mulighet for enklere avrusning og brukerstyrte innleggelser
- Avtalepartene bør ha kompetanse på behandling av vold og traume
- Det bør anskaffes behandlingstiltak som har fokus på kjønn/legning og identitet
- Det bør tilrettelegges for behandling av minoriteter
- Det bør tilrettelegges for et nært samarbeid mellom private avtaleparter, kriminalomsorgen og helseforetakene om muligheten for § 12 soning for innsatte i fengslene
- Noen av tilbudene bør ha særlig kompetanse på behandling av pasienter med svak kognitiv funksjon
- Det bør ikke anskaffes LAR/medikamentfrie tilbud, men det kan gjerne legges til rette for medikamentfrie behandlingsopplegg internt
- Det bør ikke anskaffes medisinsk avrusning eller tilbud til pasienter med stor voldsrisiko

6 MARKEDSVURDERING OG RISIKOANALYSE

6.1 Markedsanalyse

Helse Sør-Øst RHF har i dag kun avtale med private ideelle virksomheter. Disse har på en god måte dekket behovet for kjøp av behandlingstilbud fra private virksomheter. Det er forventet at opphøret av godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg vil innebære tilbud fra et betydelig antall private kommersielle virksomheter, noe som vil kunne gi økt konkurranse. Opphøret av godkjenningsordningen vil også kunne påvirke den økonomiske rammen for anskaffelsen.

6.2 Risikoanalyse

Arbeidsgruppe har gjennomført en risikoanalyse og identifisert følgende risikoer i den kommende anskaffelsen.

ID	Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	Konsekvens	Strategi / Tiltak	Risiko
1	Leverandørenes manglende evne til å produsere gitt volum grunnet: A) Begrenset antall henvisninger/produserer Ikke volum. B) Ikke tilstrekkelig faglige ressurser tilgjengelig.	Moderat	Tilgjengelig kapasitet blir ikke benyttet. Pasienter henvises tilbake. Lengre ventetider. Fare for fristbrudd.	Moderat	Mulighet å justere aktivitet i avtaleperioden.	Moderat
2	Mangelfullt tjenestekjøp i henhold til reelt behov.	Liten	For lav kapasitet. Pasientene får ikke oppfylt sine behandlingsbehov.	Liten	Fleksibilitet innenfor avtalens ramme.	Lav
3	Rekruttering: ressursglidning fra helseforetak til private aktører.	Moderat	Redusert kapasitet i helseforetakene. Forsinket behandling.	Moderat	Styrke ressursene i helseforetakene. Krav til utdanning/forskning. Riktig kjøpsnivå.	Moderat
4	Leverandører leverer ikke relevante priser på alle type tjenester.	Stor	Økonomisk fokus - ikke fokus på kvalitet. For høye priser vil kunne gi redusert kapasitet og flukt av fagpersoner fra helseforetakene	Moderat	Sette kvalitetskrav i anskaffelsen. Innrette anskaffelsen slik at det blir reell konkurranse på alle områder	Moderat
5	Få tilbydere i deler av helseregionen.	Moderat	For liten kapasitet i området.	Liten	Tilrettelegge for at pasientene kan benytte seg av rett til valg av behandlingssted	Moderat

6	Kun en leverandør på noen tjenesteområder/delytelser.	Stor	Ingen konkurranse på pris og kvalitet.	Moderat	Bygge opp offentlig aktivitet.	Moderat til høy
7	For mange leverandører i deler av helseregionen.	Liten	Flere tilbud, økt etterspørsel.	Liten	Vurdere å legge inn i konkurransen mulighet for at geografisk beliggenhet vil påvirke den samlede tildelingen	Lav til moderat