

Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB)

2016-2020

Dato	07/12/2015
Versjonsnr.	1.0
Godkjent av	Kjell Åsmund Salvesen
Dato	10/12/2015

HØRINGSUTKAST

INNHOLDSFORTEGNELSE

BEGREPSAVKLARING OG FORKORTELSER	3
1 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN OG MANDAT FOR PLANARBEIDET	4
1.2 MÅL FOR PROSJEKTET	4
1.3 ORGANISERING AV ARBEIDET	5
1.4 OPPBYGNING AV RAPPORTEN	6
1.5 TILTAK FOR UTVIKLING AV TSB I HELSE MIDT-NORGE I PLANPERIODEN	6
2 OM RUS OG AVHENGIGHET	7
2.1 TSB SOM FAGFELT	7
2.2 AVHENGIGHET	7
2.3 UTVIKLINGSTREKK	7
3 SENTRALE FØRINGER	10
3.1 NASJONALE FØRINGER	10
3.2 REGIONALE FØRINGER	10
4 OPPSUMMERING AV TILTAK	12
5 OVERORDNEDE OMRÅDER	14
5.1 FORSKNING OG INNOVASJON	14
5.2 REKRUTTERING	16
5.3 BRUKERMEDVIRKNING	17
6 TILTAK INNENFOR PRIORITERTE OMRÅDER FRA FASE 1	19
6.1 ALKOHOL	19
6.2 GRAVIDE OG SMÅBARNSFAMILIER	22
6.3 BARN SOM PÅRØRENDE	25
6.4 UNGDOM OG UNGE VOKSNE	28
6.5 OVERGANG MELLOM OMSORGSNIVÅENE (DAG, DØGN OG POLIKLINIKK INNENFOR TSB)	30
6.6 SAMHANDLING MELLOM TSB OG SOMATIKK	32
6.7 SAMHANDLING MED KOMMUNENE (PRIMÆRHELSETJENESTEN)	33
6.8 REGIONALE TILBUD OG SAMHANDLING OM TSB MELLOM HELSEFORETAKENE	34
7 FELLES TILTAK FOR TSB OG PSYKISK HELSEVERN	37
7.1 INTRODUKSJON	37
7.2 BESKRIVELSE AV TILTAK	38
8 VEDLEGG	44
9 REFERANSELISTE	45



Begrepsavklaring og forkortelser

TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet
RHF	Regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
HMN	Helse Midt-Norge RHF
HMR	Helse Møre og Romsdal HF
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF
STO	St. Olavs Hospital HF
ROP	Rus og psykiatri
PUT	Psykiatrisk ungdomsteam
LMS	Lærings- og mestringssenter
KoRus Midt-Norge	Kompetansesenter Rus – Midt-Norge
HEMIT	Helse Midt-Norge IT
EPJ	Elektronisk pasientjournal
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
PH	Psykisk helsevern
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV	Psykisk helsevern for voksne
LAR	Legemiddellassistert rehabilitering



1 Innledning

1.1 Bakgrunn og mandat for planarbeidet

Helse Midt-Norge RHF har et sørge-for-ansvar som betyr at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, enten ved bruk av egne helseforetak eller ved kjøp fra private leverandører.

Dokumentet *Prosjektoppdrag, Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), Regional Plan 2016-2020, Versjon 4.1* beskriver prosjektet og mål for prosjektet.

Nåsituasjonsbeskrivelsen av TSB-området i Helse Midt-Norge (fase1-rapporten) ble levert styringsgruppen i endelig versjon i september 2015. Fase1-rapporten ligger vedlagt.

Denne rapporten (fase2-rapporten) inneholder prosjektgruppens forslag til regional plan og anbefalinger på tiltak innenfor områder som ble pekt ut som prioriterte områder i arbeidet med nåsituasjonsbeskrivelsen.

1.2 Mål for prosjektet

Oppsummert fra prosjektoppdraget er følgende mål for regional plan TSB og fase2-rapporten:

Prosjektet skal utarbeide strategi og retning for styring som omsetter nasjonale og regionale føringer til god utvikling av tjenestetilbudet innen TSB i Midt-Norge.

Fase 2 bygger på resultatene fra Fase1 og skal foreslå strategier og veivalg med konkrete forbedringstiltak for videreutvikling av tilbudet innen TSB i regionen.

1.2.1 Effektmål

Det skal etableres en enighet om regionalt samarbeid og regionale funksjoner. Spesialisthelsetjenestens rolle skal tydeliggjøres slik at denne, sammen med kommunale tilbud, tjenester fra frivillige organisasjoner og øvrige relevante aktører, sikrer pasienter og pårørende en helhetlig, sammenhengende, tilgjengelig og koordinert tjeneste.

Pasienter i TSB skal ha tilgang til kvalitativt gode og samordnede tjenester, der ressursene blir utnyttet på best mulig måte i samhandling mellom offentlige og private aktører.

Planen skal synliggjøre satsningsområder og nye tiltak, og beskrive hvordan disse skal prioriteres. Den skal også beskrive og understøtte bevaringsområder.



1.2.2 Resultatmål i Fase 2

I fase 2 skal det utarbeides utkast til regional plan for TSB i Helse Midt-Norge som inkluderer å:

- Beskrive tiltak som gir god kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen, koordinerte og helhetlige spesialisthelsetjenester på utvalgte områder
- Beskrive pasienter og pårørendes deltakelse i utforming av tjenestetilbudet
- Beskrive god utnyttelse av ressursene og bærekraftig økonomi, der psykisk helsevern og TSB har større vekst (hver for seg) enn somatikk
- Tydeliggjøre indikatorer for å følge utvikling og måloppnåelse
- Vurdere behovet for kunnskapsutvikling og forskning

1.3 Organisering av arbeidet

Prosjektet, sammen med tilsvarende planarbeidsprosjekt for psykisk helsevern er en del av et felles program. Begge prosjektene eies av Helse Midt-Norge RHF v/fagdirektør Kjell Åsmund Salvesen, Avdeling for helsefag, forskning og utdanning. Prosjektgrupeleder for TSB-prosjektet er Terje Haaland, Seniorrådgiver Seksjon for analyse og pasientkoordinering (SAP), St. Olavs Hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.

Styringsgruppen har ansvar både for TSB-prosjektet og psykisk helsevern-prosjektet. Programleder og programstøtte fra Deloitte er også felles for begge prosjektene. Prosjektgrupeledere og rådgivere fra Avdeling for helsefag, forskning og utdanning deltar i styringsgruppemøter, i tillegg til prosjektgruppemøtene.

Følgende prosjektgruppe har arbeidet med TSB-planen:

Navn	Enhet	E-post
Terje Haaland	STO (SAP), prosjektleder	terje.haaland@stolav.no
Erik Holm	Brukerrepresentant	erik.holm@rio.no
Aase Grebstad	HMR	aase.grebstad@helse-mr.no
Nina Burkeland	STO (PH)	nina.annie.burkeland@stolav.no
Helge Haarstad	STO (Somatikk)	helge.haarstad@stolav.no
Ingunn Pernille Mundal (frem til august 2015)	HMR (PH)	ingunn.pernille.mundal@helse-mr.no
Marit Gyldenskog (fra august 2015)	HMR (PH)	marit.gyldenskog@helse-mr.no
Kristin Øien Kvam	NKS Kvamsgrindkollektivet AS	kristin@kvamsgrind.no
Kristin Tømmervik	STO (KoRus/FoU)	kristin.tommervik@stolav.no
Kristin Haltbrekken	HNT	kristin.haltbrekken@hnt.no
Unni Korshavn	STO	unni.korshavn@stolav.no
Nils Håvard Dahl	HNT (PH)	nils.h.dahl@hnt.no
Roar Skolseg	Tyrilistiftelsen Høvringen	roar@tyrili.no
Trond Andreassen	Lade Behandlingssenter Blå Kors	trond.andreassen@ladebs.no
Kari Nerland	HMR, Tillitsvalgt	kari.nerland@helse-mr.no
Elise Solheim	HMN RHF	elise.solheim@helse-midt.no



1.4 Oppbygning av rapporten

Denne rapporten starter med en introduksjon av rus og avhengighet. Deretter følger sentrale nasjonale og regionale føringer som er retningsledende for TSB-arbeidet i Helse Midt-Norge.

Alle tiltakene som er utformet i dette arbeidet er listet opp i kapittel 4. Her er også en beskrivelse av hvordan de ulike tiltakene er prioritert. Kapittel 5 presenterer overordnede tiltak innenfor forskning og innovasjon, rekruttering og brukermedvirkning. De øvrige tiltakene som er lagt frem i denne rapporten er innenfor områder som ble valgt ut som prioriterte områder av prosjektgruppen i fase1-arbeidet (nåsituasjons-kartleggingen). Noen av tiltakene kunne vært beskrevet innenfor flere av de prioriterte områdene, men det er valgt å beskrive hvert tiltak kun en gang i løpet av rapporten.

Tiltakene i kapittel 7 er felles for fase2-rapportene til psykisk helsevern og TSB. Tiltakene i dette kapittelet er utformet med bakgrunn i felles diskusjoner i felles prosjektmøte der begge prosjektgruppene var til stede.

1.5 Tiltak for utvikling av TSB i Helse Midt-Norge i planperioden

Prosjektgruppen har i arbeidet med denne regionale planen lagt vekt på å lage en plan med konkrete tiltak innenfor de områdene som ble prioritert i fase 1. Med mål om å få gjennomført tiltakene i denne planen i løpet av den relativt korte planperioden (2016-2020), er det av prosjektgruppen lagt vekt på at det verken skal være for mange prioriterte områder eller for mange tiltak innenfor hvert område.

Utover de prioriterte områdene finnes det mange andre viktige områder og igangsatte tiltak og initiativ innenfor TSB som prosjektgruppen mener det er viktig å fortsette med, selv om de ikke er nevnt i denne rapporten.

Dette gjelder for eksempel føringer som er beskrevet i «*Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020*»¹ Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Hovedmålene er tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester som skal nås gjennom reell brukerinnflytelse. Personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig. Det foreslås i opptappingsplanen tiltak/målsettinger om økt tilgang på boliger, tiltaksplasser, økt bruk av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer, ambulante tjenester og økt kompetanse om rus og avhengighetsproblematikk i flere sektorer. Alle skal møte et tilgjengelig og helhetlig tjenesteapparat.

Denne regionale planen og «*Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*» vil sammen med andre veiledere og retningslinjer (som for eksempel oppdragsdokument til RHF-et fra Helse- og omsorgsdepartementet) danne grunnlaget for de årlige oppdragsdokumentene fra Helse Midt-Norge RHF til HF-ene i planperioden. I disse oppdragsdokumentene vil tiltakene fra denne planen, der det er behov for det, ytterligere spesifiseres og konkretiseres.

¹ Helse og omsorgsdepartementet: Prop. 15 S, Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)



2 Om rus og avhengighet

2.1 TSB som fagfelt

TSB, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, omfatter tilbud som døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven.

Tverrfagligheten er essensiell i rus- og avhengighetsbehandling, noe som viser seg gjennom WHO's utgangspunkt om at rusmiddelavhengighet er en biopsykososial lidelse. Dette innebærer at man både i forståelsen av problemene og i de hjelpetiltakene man tilbyr, bør legge vekt på både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Sentrale biologiske forhold er for eksempel at rusmidler virker inn på hjernens belønningssystemer og på kroppens organer. Sentrale psykologiske forhold er knyttet til blant annet læring, motivasjon, emosjoner, psykisk helse, identitet og personlighet. Sentrale sosiale forhold er knyttet til familie, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, boforhold og sosial inkludering/ekskludering. I tillegg er det viktig å ta hensyn til hvordan kultur påvirker oss, ut fra hvordan bruk av alkohol og andre rusmidler i økende blir sosialt akseptert og etter hvert blir en del av våre rusmiddelvaner.

2.2 Avhengighet

Om avhengighet og behandling av dette:

«Avhengighet er ofte et kronisk problem som kjennetegnes av stor fare for tilbakefall tidlig i endringsforløpet og en langsiktig økt risiko for tilbakefall gjennom hele forløpet. Det betyr likevel ikke at avhengighet har alle de samme kjennetegnene som andre kroniske medisinske lidelser, som f.eks. høyt blodtrykk, diabetes og astma. Utviklingen av kroniske medisinske lidelser kan nok til en viss grad påvirkes gjennom endret adferd, men stopper ikke opp av at man slutter med en spesiell adferd. Slik er det derimot med avhengighet. Avhengighet er altså ikke en kronisk medisinsk lidelse.

I mange tilfeller har avhengighet likevel så mange likhetstrekk med en kronisk medisinsk lidelse at det bør behandles på samme måten som slike lidelser. Denne forståelsen ligger også til grunn i Meld. St. 30 (2011–2012), der det står at rusavhengighet bør forstås som en kronisk sykdom som krever behandling og oppfølging over lang tid. Stortingsmeldingen sier videre at en slik forståelse gjør det nødvendig å organisere tjenestene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene på samme måte som for pasienter med kroniske sykdommer.»²

2.3 Utviklingstrekk

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmisbruk i kommunen. BrukerPlan gir kunnskap om kjent rus- og psykisk helseproblematikk blant mottakere av kommunale helse-, velferds- eller omsorgstjenester. 47 kommuner i Midt-Norge har gjennomført BrukerPlan-kartlegging i 2015. BrukerPlan er en viktig del av den nye opptrappingsplanen for rusfeltet.

² Helse Vest RHF: Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2015-2019



Datamaterialet er under analyse. Et interessant funn er at unge mellom 18-25 år med rusrelaterte vansker vurderes å være like belastet i forhold til dagliglivsfungering som mennesker med rusproblemer som er 10-15 år eldre.

I Helse Midt-Norge RHF's styresak 37/12 «*Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet*»³, ble det presentert utviklingstrekk innen rusfeltet. Disse er gjengitt her sammen med noe ny og oppdatert informasjon. Der informasjonen er oppdatert er nye kilder referert til.

2.3.1 Alkohol

Alkohol er det største rusproblemet i Norge. Det er estimert at 17 % av befolkningen har et risikofylt alkoholbruk⁴, noe som har store helsemessige og sosiale konsekvenser.

Helsekostnadene knyttet til alkohol i rike land er beregnet til minst 1 % av BNP. Alkohol er den nest viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i vår del av verden. Globalt dør 2,5 millioner årlig av alkoholmisbruk hvorav 9 % (om lag 225 000) er unge mennesker i alderen 15 – 25 år⁵. WHO rangerer alkohol som den åttende viktigste risikofaktoren når det gjelder tap av friske leveår. Alkohol er risikofaktor ved svært mange av vanlige sykdommer som hjertekarsykdommer og ulike kreftformer.

12 % av den samlede sykdomsbyrden, målt i tap av friske leveår, skyldes alkoholbruk i Europa. Til sammenligning utgjør stoffmisbruk i underkant av 1 % av sykdomsbyrden.

Folkehelseinstituttet gjorde i 2011 en beregning av antall og andel barn under 18 år med foreldre som har et alkoholmisbruk som kvalifiserer til en diagnose. I følge beregningen lever 8,3 % av barn i Norge med foreldre som misbruker alkohol, det vil si 90 000 barn. Det er 50 000 barn i Midt-Norge i alderen 0 - 5 år. Overfører vi beregningene av omfang til denne barnegruppen, vil åtte prosent tilsvare 4000 barn i førskolealder med minst en forelder som misbruker alkohol i vår region. Barna har ifølge den samme rapporten fordoblet risiko for å utvikle psykiske vansker og mer enn fordoblet risiko for å utvikle egne alkoholproblemer senere i livet.

Utviklingen i alkoholbruk har store konsekvenser for arbeidslivet. De samlede kostnadene for norsk arbeidsliv er anslått til rundt 12 milliarder kroner årlig.

Fra 1999-2010 har det i Norge vært en økning i antall innleggelser i somatiske sykehus som følge av akutt forgiftning på 132 % og en økning i innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose med 64 %. Når gjennomsnittsforkonsumet av alkohol øker, øker antall storkonsumenter. Helse-undersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) gir sentrale indikatorer på helseutviklingen både i regionen og nasjonalt. Utvikling fra HUNT 2 til 3 viser:

- Økning i alkoholkonsumet i alle aldersgrupper
- 60 000 voksne i Midt-Norge er i risikozonen for å utvikle avhengighet
- De unge som begynner å drikke tidlig, drikker mer
- Både kvinner og menn over 60 år har doblet sitt inntak målt i ren alkohol

³ Helse Midt-Norge RHF: Styresak 37/12 «Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet»

⁴ Sirius (2015) Rusmidler i Norge

⁵ KoRus-Midt (2015)



2.3.2 Vanedannende medikamenter og illegale stoffer

Vanedannende medikamenter er det nest største problemet i Norge målt i antall personer. Om lag 12 % av voksne i befolkningen fikk foreskrevet svake opioider i 2013. Det har vært en betydelig økning i salg av vanedannende medikamenter over en tiårsperiode. For eksempel har det skjedd en dobling i antallet brukere av sterke opioider fra 2005 til 2013, hvor 54 500 personer bruker opioider⁶. Videre har det i samme periode vært en betydelig økning av pasienter med legemidler som hovedmisbruk i behandlingstiltak.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er betegnelsen på den norske ordningen for substitusjonsbehandling (metadon eller tilsvarende medikamenter). Det er ca. 500 pasienter i ordningen i dag. Det har vært en økning på 70 % i LAR i Midt-Norge i perioden 2006-2010. Med bakgrunn i estimat fra Helsedirektoratet, kan det forventes ytterligere økning på 25 % i nær fremtid.

Tendensen for bruk av illegale midler (narkotika) ser ut til å være utflatende de siste årene i Norge. Cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet, hvor 1/5 i alderen 16-64 år oppgir å ha brukt cannabis noen gang. Andelen som oppgir å ha brukt siste 12 måneder og siste fire uker er henholdsvis 4,3 og 1,6 %⁷. Det var en klar nedgang i overdosedødsfall i landet i årene etter årtusenskiftet og antallet har i de siste årene vært relativt stabilt. Norge er fortsatt i Europa-toppen når det gjelder slike dødsfall (248 i 2010). Flere faktorer spiller inn i forebygging; et godt LAR-tilbud er en viktig faktor. Forebygging av overdosedødsfall er et innsatsområde i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen 2011-2013.

2.3.3 Nytt område

Styrket kunnskap om, og kompetanse i, behandling av pasienter med skader og avhengighet som følge av bruk av anabole steroider er ett av oppdragene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseregionene i 2012. En omfangsundersøkelse i Norge blant 18-19 åringer viser at 2,6 % har brukt eller bruker doping.

⁶ KoRus-Midt (2015)

⁷ Statens institutt for rusmiddelforskning: SIRUS-rapport 4/2015



3 Sentrale føringer

3.1 Nasjonale føringer

Den gyldne regel om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en høyere årlig vekst enn somatikken er vedtatt og førende helsepolitikk fra regjeringen i Norge.

Helse Midt-Norge får årlige føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet. Helse- og omsorgsdepartementet stiller i oppdragsdokumentet til disposisjon de midlene Stortinget har bevilget for kommende år. Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre oppgavene og styringskravene innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentet.

Andre sentrale nasjonale føringer for TSB er:

- Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Meld. St. nr. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- Meld. St. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
- Meld. St. nr. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB
- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring»
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR-retningslinjen)
- Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (*forventet ferdigstillelse ultimo 2015*)
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (*forventet ferdigstillelse ultimo 2015*)

3.2 Regionale føringer

De førende retningslinjene fra Helse Midt-Norge RHF er gjennom visjon, verdier og mål uttrykt på følgende måte:

Visjonen:

«Sammen med deg for din helse»

Verdiene:

- Respekt
- Trygghet
- Kvalitet



Målene:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- Rett kompetanse på rett tid til rett sted
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Økonomisk bærekraft

I regionens arbeid med å nå hovedmålene i Strategi 2020 er arbeidet konsentrert til hovedstrategiene «Bedre pasientsikkerhet og kvalitet» og «Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom». Disse hovedstrategiene skal realiseres gjennom:

1. Sterkt fokus på å utvikle pasientens helsetjeneste
2. Ta i bruk pasientens egne ressurser
3. Standardisering og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser støttet av hensiktsmessige IKT-løsninger
4. Bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten
5. Videreutvikle tverrfaglige, kompetente og bærekraftige fagmiljøer
6. Systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet

Ved en gjennomgang av Strategi 2020 i 2013 ble det tatt noen strategiske grep, og følgende ble vedtatt som prioriteringsområder fremover:

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Andre aktuelle regionale føringer for TSB tjenesten:

- Helse Midt-Norges visjon og verdigrunnlag
- Helse Midt-Norge RHF's Strategi 2020
- Faglig grunnlagsdokument TSB 2013 (med identifiserte og prioriterte tiltak for å styrke kapasitet og kvalitet – hva er svart ut, hva er fortsatt aktuelt)
- Helse Midt-Norge RHF, styresak 37/12: Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet
- Helse Midt-Norge RHF, styresak 55/13: Omdanning av Rusbehandling Midt-Norge
- Rusbehandling Midt-Norge HF, styresak 47/13: Konsekvenser av statsbudsjettet og regjeringens satsing på rusfeltet for pågående prosesser
- Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020 «På lag med deg for din helse»



4 Oppsummering av tiltak

Under er alle tiltakene i rapporten listet opp. Innenfor hvert område er tiltakene presentert i prioritert rekkefølge. Det første tiltaket under hvert av områdene, er de tiltakene prosjektgruppen mener skal prioriteres først i planperioden. Disse tiltakene er derfor uthevet.

I kapittelet med felles tiltak for TSB og psykisk helsevern er tiltakene ikke satt i prioritert rekkefølge. Prosjektgruppene mener at alle disse tiltakene er viktige for bedre samhandling mellom fagfeltene og ønsker ikke å prioritere tiltakene.

OVERORDNEDE OMRÅDER

Forskning og innovasjon

1. Sikre forskning og innovasjon i TSB gjennom ivaretagelse av FOU-seksjonen som regional funksjon

Rekruttering

1. Tilby et mer attraktivt fagmiljø og arbeidsted for å sikre rekruttering av nødvendig personell og kompetanse

Brukermedvirkning

1. Opprette egne brukergrupper tilknyttet alle klinikker/avdelinger med TSB-ansvar i HMN (inklusive private)
2. Sikre brukerinvolvering i pasientforløpsarbeidet
3. Utarbeide og innføre et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter

PRIORITERTE OMRÅDER FRA FASE 1

Alkohol

1. Sikre tidlig identifisering av alkoholproblemer
2. Utvikle behandlingsmodell tilpasset pasienter i arbeid
3. Styrke kompetansen for eldre (over 60 år) med alkoholproblemer

Gravide og småbarnsfamilier

1. Øke kapasiteten for gravide og småbarnsfamilier
2. Øke kompetansen om gravide og småbarnsfamilier i alle enheter i Helse Midt-Norge med ansvar for TSB
3. Legge til rette for å hindre uønsket graviditet hos pasienter med rusmiddelproblemer

Barn som pårørende

1. Implementere de fem nasjonale prosedyrene for barn som pårørende
2. Følge opp barn født av mødre som misbrukket rusmidler i svangerskapet til skolealder
3. Inkludere barn som pårørende i standardiserte pasientforløp
4. Etablere foreldregrupper/foreldrekurs for foresatte med rusmiddelproblemer



Ungdom og unge voksne

1. **Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB**
2. Øke ambulant virksomhet og tilpasse polikliniske tjenester med familietilnærming

Overgang mellom omsorgsnivåene (dag, døgn og poliklinikk innenfor TSB)

1. **Utvikle fleksible tilbud til pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester**
2. Utvikle og implementere pasientforløp innenfor TSB

Samhandling mellom TSB og somatikk

1. **Etablere konsultasjonstjeneste ved alle sykehus**

Samhandling med kommunene (primærhelsetjenesten)

1. **Utvikle ambulant tjenestetilbud i samarbeid med kommunene**

Regionale tilbud og samhandling mellom helseforetakene (om TSB)

1. **Videreføre og utvikle dagens regionale spesialfunksjoner**
2. Videreføre og styrke samarbeidsorganene
3. Sikre lokalsykehusstilbud i alle HF

FELLES TILTAK FOR TSB OG PSYKISK HELSEVERN

- Etablere et strukturert samarbeid forankret i ledelsen
- Utrede behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker
- Etablere praksis for kommunikasjon og konsultasjon fremfor henvisninger mellom fagfeltene
- Bestemme og implementere felles prosedyre for pasienter som innlegges etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte avdelinger/seksjoner i psykisk helsevern
- Tydeliggjøre og avklare behov for ny rettighetsvurdering ved overgang mellom TSB og psykisk helsevern
- Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB
- Fortsette med og videreutvikle internundervisning og kompetansedeling på tvers av fagfeltene



5 Overordnede områder

5.1 Forskning og innovasjon

«Medisinsk og helsefaglig forskning skal fremme og styrke den kliniske virksomheten.»

5.1.1 Tiltak 1: Sikre forskning og innovasjon i TSB gjennom ivaretagelse av FOU-seksjonen som regional funksjon

Utfordringsbildet

Det er sammenheng mellom god forskningsaktivitet og god behandling. Helse Midt-Norges mål om mer og bedre forskning og kortere vei fra kunnskap til forbedret klinisk praksis, gjelder ikke minst for rusfeltet.

Regjeringen vil ha en forsterket innsats på rusfeltet gjennom «*Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*». Regjeringen påpeker her behov for å øke kunnskapen om effekten av de tiltak og den behandling som tilbys personer med rusproblemer.

Overordnede mål og prioriterte områder i «*Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020*» ligger til grunn for den strategiske satsningen for forskningen innen TSB. Det overordnede målet er at forskningen i Helse Midt-Norge skal være internasjonalt konkurransedyktig og styrke klinisk praksis og pasientbehandling. Helse Midt-Norges prioriterte områder er:

- Klinisk relevant og pasientnær forskning
- Forskning på kvalitet og pasientsikkerhet
- Helsetjenesteforskning inkl. samhandling, logistikk og tjenesteutvikling
- Translasjonsforskning
- Medisinsk teknologi
- Global helseforskning

I «*Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009-2014*», ble rusfeltet gitt prioritet, jf. 6.2 s. 9. Det har skjedd en styrking av infrastruktur i planperioden, samtidig er miljøet som er etablert ennå «ungt». I ny plan, «*Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020*», er det i analysen av strategiske utfordringer understreket viktigheten av god infrastruktur for fagmiljøene og styrking av små fagmiljøer.

Rusbehandling Midt-Norge (RMN) HF etablerte en egen forskningsseksjon. Fra 2014 ble FOU-seksjonen videreført som en egen seksjon i avdeling Kompetansesenter rus Midt-Norge (KoRus) ved Klinik for rus- og avhengighetsmedisin, STO. Inkludering av pasienter fra hele regionen for større forskningsprosjekter har blitt videreført og regionalt forskningsnettverk innen TSB er opprettholdt. Ledelsesforankring skjer gjennom regionalt ledernettsverk TSB.



Tiltak

- «Den gylne regel» må tydeliggjøres også i satsning på forskning innen rus og psykisk helsevern.
- Det regionale ansvaret for forskning innenfor TSB må ivaretas av FOU-seksjonen ved STO. Hvert HF skal i tillegg drive klinisk relevant og pasientnær forskning innenfor TSB
- Helse Midt-Norges strategi for forskning skal følges, samt HF-enes egne strategiplaner for forskning innenfor TSB.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Styrket kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og innovasjon vil forbedre klinisk praksis på rusfeltet.

HØRINGSUTKAST



5.2 Rekruttering

«Det er behandlerne som kan tilby god kvalitet i behandlingstilbudet.»

5.2.1 Tiltak 1: Tilby et mer attraktivt fagmiljø og arbeidsted for å sikre rekruttering av nødvendig personell og kompetanse

Utfordringsbildet

Som belyst i fase1-rapporten, er det en utfordring å rekruttere tilstrekkelig personell med riktig kompetanse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Midt-Norge. Dette gjelder spesielt psykologspesialister og legespesialister (psykiatere og ny legespesialitet i rusmedisin). Utfordringen er størst i distriktene.

Tiltakene foreslått i denne regionale planen og utviklingstrekk i spesialiteten for øvrig, innebærer at utfordringen knyttet til å ha nok ressurser blir enda større i årene som kommer.

Tiltak

- HF-ene i regionen må innføre tiltak som bidrar til bedre rekruttering til TSB, spesielt av lege- og psykologspesialister.
- Prosjektgruppen mener at dette kan gjøres gjennom å:
 - Sikre nok antall stillinger og fordeling mellom yrkesgruppene
 - Det skal ikke kun gjennomføres en omprioritering for å få nok ressurser av ulike yrkesgrupper
 - Sørge for en god løsning for rotasjon i spesialisthelsetjenesten
 - Sørge for strukturerte utdanningstilbud med mulighet for spesialisering fra første dag
 - Det henvises til modell for spesialisering av leger i psykiatri i Helse Nord som bl.a. innebærer mer veiledning og oppfølging for å sikre like god utdanning også der hvor fagmiljøene er mindre (i distriktene)
 - Sørge for et tilstrekkelig antall utdanningsinstitusjoner blant de offentlige og private ideelle institusjonene i regionen
 - Dette innebærer at institusjonene må ha nok spesialister
 - Sikre adekvat etterutdanning for alle yrkesgrupper ved bl.a. nok kursmidler
 - Legge til rette for mulighet til forskning og PhD i kombinasjon med kliniske arbeidsoppgaver for alle yrkesgrupper, gjerne i samarbeid med NTNU eller andre forskningsmiljøer i regionen

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved gjennomføring av tiltaket vil HF-ene kunne tilby et attraktivt og robust fagmiljø og arbeidssted for alle relevante yrkesgrupper innen TSB. Dette vil kunne bidra til at man får rekruttert tilstrekkelig personell med riktig kompetanse til TSB, samtidig som man bedre kan holde på de ansatte man har.



5.3 Brukermedvirkning

«Fordi brukeren er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.»

5.3.1 Tiltak 1: Opprette egne brukergrupper tilknyttet klinikker/avdelinger med TSB-ansvar (inklusive private)

Utfordringsbildet

Regionalt brukerutvalg (RBU) er brukerutvalget tilknyttet Helse Midt-Norge RHF. I tillegg har de tre HF-ene i HMN egne brukerutvalg. Brukerutvalgene i HF-ene består hovedsakelig av representanter fra brukerorganisasjoner tilknyttet somatiske sykdommer.

Brukerrepresentantene skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer og lar brukerens perspektiver prege utformingen av hjelpen. Brukermedvirkning, enten det er på system- eller individnivå, betyr at brukeren utformer tilbudet sammen med fagfolk.

Det er opprettet noen egne brukergrupper for TSB i Helse Midt-Norge, men dette er ikke like utbredt på alle klinikkene/avdelingene.

Tiltak

- Alle klinikker/avdelinger med TSB-ansvar i Helse Midt-Norge, inkludert de private ideelle klinikkene, bør ha egne TSB-brugergrupper.
- TSB-brugergruppene skal involveres av klinikkene/avdelingene i arbeid med utvikling og endring av tjenestetilbudet innenfor TSB.
- Ved de mindre klinikkene/avdelingene kan det være aktuelt å opprette slike grupper sammen med psykisks helsevern for å sikre lokal brukermedvirkning fra TSB-representanter.
- Brukergruppene må bestå av representanter fra ulike brukerorganisasjoner.
- Brukergruppene tilknyttet de offentlige klinikkene må kobles opp mot HF-ene sine brukerutvalg.

Gevinst ved gjennomføring av tiltak

Ved å opprette egne brukergrupper for TSB, sørger klinikkene/avdelingene med TSB-ansvar for at utviklingen av behandlingstilbudet skjer i henhold til behovet til pasientene og pårørende innenfor TSB.

5.3.2 Tiltak 2: Sikre brukerinvolvering i pasientforløpsarbeidet

Utfordringsbildet

HF-ene i Helse Midt-Norge er i gang med utforming og implementering av standardiserte pasientforløp (også kalt pakkeforløp) innenfor TSB. Standardiseringen skal sikre lik behandlingskvalitet og tilgang på behandling for alle pasienter.



Tiltak

- HF-ene må sikre at brukere (pasienter og pårørende) involveres i utformingen av relevante pasientforløp. Brukerne, gjennom brukerorganisasjonene, brukergrupper og/eller brukerutvalg, bør inkluderes i alle fasene i prosessen med utviklingen av pasientforløpene.

Gevinst ved gjennomføring av tiltak

Brukerinvolvering i utformingen av pasientforløp er viktig for å sikre at pasientenes og de pårørendes behov og rettigheter blir ivaretatt i pasientforløpene. Brukerrepresentantene har brukerkunnskap og dermed en annen kunnskap enn klinikerne. Dette er viktig kunnskap som kan bidra til å øke kvaliteten på pasientforløpene.

5.3.3 Tiltak 3: Utarbeide og innføre et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter

Utfordringsbildet

Brukermedvirkning er en viktig del av behandlings- og opplæringstilbudet til pasientene innenfor TSB. Brukerrepresentanter deltar i dag i brukerutvalg i alle HF, samt et regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF. Brukerrepresentanter er også med i prosjekter og utredningsarbeid i regi av HF-ene eller Helse Midt-Norge RHF.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med sitt regionale brukerutvalg og ulike brukerorganisasjoner utarbeidet et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter. Opplæringen skjer av brukerorganisasjonene og HF-ene med utgangspunkt i veileder utviklet av Helse Sør-Øst RHF.

Tilsvarende opplæringsprogram finnes ikke i Helse Midt-Norge, og brukerorganisasjonene melder om behov for et slikt tilbud i Helse Midt-Norge for å sikre gode brukerrepresentanter, også i fremtiden.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF må utarbeide et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter, gjerne liknende det som finnes i Helse Sør-Øst.
- Brukerorganisasjonene og HF-ene må inkluderes i arbeidet med dette, slik at de sammen kan innføre opplæringsprogrammet etter at det er utarbeidet.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Utvikling og innføring av et modulbasert opplæringsprogram vil gi økt tilgjengelighet for nødvendig opplæring for brukerrepresentantene. Dette vil videre kunne bidra til å sikre god brukerrepresentasjon også i fremtiden. Gode brukerrepresentanter er viktig for utformingen av tilbudet, herunder å sikre pasientenes rettigheter og evaluere pasientopplevd kvalitet i behandlingen.



6 Tiltak innenfor prioriterte områder fra fase 1

6.1 Alkohol

«Alkohol er en utfordring for hele samfunnet.»

6.1.1 Tiltak 1: Sikre tidlig identifisering av alkoholproblemer

Utfordringsbildet

I kapittel 2.3 i denne rapporten er det beskrevet noen av samfunnets utfordringer knyttet til alkohol og alkoholmisbruk. Mange med alkoholavhengighet og alkoholproblemer blir ikke identifisert eller diagnostisert i dag. I tillegg er mange somatiske og psykiatriske sykdommer, samt skader og ulykker alkoholrelatert.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF må bidra til å utvikle kunnskap om alkoholproblemer og identifisering av dette hos bedriftshelsetjenestene og skolehelsetjenestene. Her må KoRus Midt-Norge ha en sentral rolle.
- HF-ene må spille inn aktuelle samhandlingssaker som angår TSB og kommunene til HF-enes samarbeidsorganer som forvalter de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i regionen.
- Tjenesteområdet TSB må i større grad koble seg på etablerte fora og arrangementer i Helse Midt-Norge der fastlegene er involvert. Alkoholproblematikk, tidlig identifisering og mulige screeningverktøy er temaer som bør drøftes i disse foraene.
- Det må etableres og videreutvikles konsultasjonstjenester mot somatikk og psykisk helsevern i alle HF (se eget tiltak om konsultasjonstjeneste i kapittel 6.6).

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved å identifisere alkoholproblemer tidlig vil man kunne tilby riktig behandling tidligere. Dette vil minske sjansen for tilbakefall etter behandling, samt minske risikoen for langvarige problemer. Tidligere behandlingsstart vil også gjøre det lettere for pasientene å komme raskere tilbake til hverdagen med arbeid eller skole etter behandling.

Økt identifisering av alkoholproblemer vil også gjøre at man øker identifisering av pårørende, herunder barn. Dette er viktig for å kunne sette inn nødvendige tiltak tidligere og minske skadene som påføres pårørende.

6.1.2 Tiltak 2: Utvikle behandlingsmodell tilpasset pasienter i arbeid

Utfordringsbildet

Det har vært registrert en nedgang i andel pasienter i ordinært arbeid over år i behandlingsapparatet. Pasientene i arbeid kommer sent til behandling når det gjelder å ha muligheter for å beholde ordinært arbeid. Etter tap av arbeid på grunn av misbruk, er rehabiliteringsprosessen ofte langt mer krevende.

Ved noen av klinikkene i regionen er det etablert et «Raskere-tilbake»-tilbud, som er et tiltak for å gi personer i arbeid behandling raskt.



Det er behov for å etablere et mer fleksibelt og tilpasset behandlingstilbud for denne målgruppen for å hindre tap av arbeid på grunn av alkoholmisbruk.

Tiltak

- HF-ene må utvikle en behandlingsmodell som er tilpasset pasienter i arbeid. Alle klinikkene i HF-ene (inkludert de private) må kunne tilby denne pasientgruppen et tilpasset behandlingstilbud.
- Behandlingsmodellen bør blant annet inkludere mer intensivt behandling, mer ambulant behandling og mulighet for poliklinisk kveldsbehandling både før og etter at pasientene har blitt rusfrie.
- Klinikkene må ha et strukturert samarbeid med arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste for å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient og hans eller hennes hverdag.
- En tilpasset behandlingsmodell for pasienter i arbeid kan for eksempel ta utgangspunkt i «Raskere-tilbake»-tilbudet.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Effektiv rusbehandling handler om å nå mennesker før viktige funksjoner går tapt. Et tilpasset behandlingstilbud til pasienter som er i arbeid vil kunne føre til at disse pasientene i større grad kan være i arbeid samtidig som de er i behandling.

6.1.3 Tiltak 3: Styrke kompetansen for eldre (over 60 år) med alkoholproblemer

Utfordringsbildet

Alkoholforbruket blant de eldre har økt sterkt de siste årene. Med en økende andel eldre i befolkningen er det sannsynlig at antall eldre med alkoholproblemer også vil øke i tiden fremover.

Fysiologiske endringer ved naturlige aldringsprosesser medfører lavere toleranse for rusmidler. I tillegg bidrar andre aldersrelaterte endringer fysisk, sosialt og psykisk til raskere svekkelse av funksjonsnivået hos eldre med rusmiddelmisbruk, sammenlignet med yngre som har utviklet et misbruk. For eldre gir kombinasjonen legemidler og alkohol økt risiko for helseskader og ulykker (blant annet fall- og trafikkulykker). Eldre som misbruker alkohol over tid har en betydelig økt risiko for utvikling av demens.

Tiltak

- HF-ene må sørge for å øke kompetansen hos de ansatte i TSB på eldre med alkoholproblemer.
- Økt kompetanse vil videre kunne bidra til en styrking av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.
- Specialisthelsetjenesten må kunne konsulteres (for informasjon, kompetanseutveksling og rådgivning) av primærhelsetjenesten ved behov.
- Innenfor denne aldersgruppen er det spesielt viktig å etablere et godt samarbeid og gode relasjoner til hjemmetjenesten og sykehjemmene.



Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom økt kompetanse og styrking av tjenestetilbudet for eldre med alkoholproblemer vil man få et bedre og mer tilpasset behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Dette vil kunne bidra til å øke mulighetene for at disse pasientene blir rusfrie, og dermed også redusere risikoen for andre helseproblemer.

HØRINGSUTKAST



6.2 Gravide og småbarnsfamilier

«Vi har alle behov for en god start i livet.»

6.2.1 Tiltak 1: Øke kapasiteten for gravide og småbarnsfamilier

Utfordringsbildet

Når flere tilfeller av gravide og småbarnsfamilier med rusproblemer oppdages (gjennom blant annet økt kompetanse i regionen og økt oppmerksomhet på rus og psykiatri i kommunene), vil behovet for behandlingsskapasitet for denne pasientgruppen også øke.

Ved Avdeling for gravide og småbarnsfamilier (AGS) ved Lade BehandlingsSenter er det i dag 6 familieplasser, det vil si mulighet for å legge inn inntil 12 voksne og aktuelle barn under skolealder. Dette er regionale døgnplasser tilknyttet et spesialfunksjon, og det er ingen andre egne familieplasser for denne pasientgruppen i regionen per i dag. I Rusbehandling Midt-Norge HFs sak 24/12 «*Videreutvikling av tilbudet til gravide og småbarnsforeldre*» ble det vedtatt at Lade AGS skulle styrkes med nye plasser for gravide og familier med særlig stort rehabiliteringsbehov. Dette har ikke blitt gjort. I denne saken ble det også vedtatt at den regionale spesialfunksjonen skulle tilby poliklinisk behandling og dagbehandling både i egen regi og sammen med samarbeidspartnere.

For å møte behovsøkningen for behandling til denne pasientgruppen må kapasiteten styrkes. Styrking kan også skje gjennom økt dagtilbud og ambulerende virksomhet til pasienter hvor dette vurderes som hensiktsmessig. Dagtilbud og ambulerende virksomhet må koordineres med kommune, fastlege og helsestasjon for å unngå overlappende tilbud.

Tiltak

- Det skal fortsatt være en regional spesialfunksjon innenfor TSB for innleggelse av gravide og småbarnsfamilier med omfattende behov.
- Kapasiteten til den regionale spesialfunksjonen bør være større enn den er i dag. Målgruppens størrelse samt kompleksiteten i problematikken understøtter dette.
- Det må utredes behov for utvidet kapasitet (dagtilbud) for gravide og småbarnsfamilier i alle HF, spesielt der det er stor avstand til den regionale spesialfunksjonen.
- Helse Midt-Norge RHF må kontinuerlig vurdere behovet for regionale døgnplasser, dagtilbud og poliklinisk/ambulerende virksomhet for denne målgruppen.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Å videreføre en regional spesialfunksjon knyttet til gravide og småbarnsfamilier er viktig for å håndtere denne målgruppens størrelse og kompleksitet. Ved å vurdere kapasiteten til dette behandlingstilbudet, vil også flere som har behov for det få den behandlingen de har krav på.

Økt dagtilbud og ambulerende virksomhet vil kunne redusere døgnoppholdets lengde for pasientene. Med ambulerende virksomhet og et dagbehandlingstilbud i alle HF, kan en bedre nå de som ikke kan legges inn på regionale døgnplasser på grunn av geografisk avstand.



6.2.2 Tiltak 2: Øke kompetansen om gravide og småbarnsfamilier i alle enheter i Helse Midt-Norge med ansvar for TSB

Utfordringsbildet

Hvert år fødes mange barn av foreldre med en form for ruslidelse. Midt-Byen Helsestasjon i Trondheim har et spesielt tilrettelagt tilbud for gravide med rusmiddelproblematikk. Helsestasjonen fanger opp inntil 30 nye gravide pr. år i Trondheim som misbruker rusmidler, i all hovedsak illegale midler. Helsestasjonen mener mørketallene kan være store, blant annet fanger en i liten grad opp kvinner som misbruker alkohol. Gjør vi tallene gyldige for hele regionen med bakgrunn i fødselsstatistikk, vil det bety ca. 100 nye gravide i året som misbruker rusmidler i svangerskapet (Trondheim er en storby, samtidig vil beregningen ikke være urimelig tatt i betraktning at det sannsynligvis er mørketall, særlig i forhold til alkohol).

Avdeling for gravide og småbarnsfamilier (AGS) ved Lade BehandlingsSenter har en regional spesialfunksjon og et sterkt fagmiljø på området. I tillegg har KoRus-Midt oppgaven med å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet.

I Rusbehandling Midt-Norge HFs sak 24/12 «*Videreutvikling av tilbudet til gravide og småbarnsforeldre*», ble det vedtatt fem punkter for videreutvikling av tilbudet til gravide og småbarnsforeldre.

Tiltak

- Fra sak 24/12 (RMN HF) er følgende punkter fortsatt viktig å fortsette med for å sørge for en bred kompetanse om gravide og småbarnsforeldre med ruslidelser:
 - Veiledning og bistand med kompetanse til helsestasjoner, fastleger og andre kommunale tiltak
 - Tettere samarbeid med svangerskapspoliklinikker og fødeavdelinger i HMNs sykehus
 - Poliklinisk behandling og dagbehandling både i egen regi og sammen med samarbeidspartnere
- Den regionale spesialfunksjonen må styrke sin kompetansefunksjon. Den må kunne bistå de andre enhetene i regionen ved behov for konsultasjon eller opplæring. I tillegg må den regionale spesialfunksjonen være tilknyttet nasjonale kompetansenettverk.
- Alle enheter med ansvar for TSB må kunne tilby poliklinisk behandling til denne pasientgruppen. Det er viktig å kunne tilby oppfølging over tid til de mødrene og familiene som har vært i behandling.
- Helse Midt-Norge RHF må sørge for at prosjektbaserte initiativ knyttet til denne pasientgruppen integreres i ordinær drift i alle HF-ene.
- Spesialisthelsetjenesten må kunne bistå primærhelsetjenesten med kompetanse.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom økt kompetanse i klinikkene øker muligheten for å kunne nå flere av de som i dag ikke får et behandlingstilbud. Man har dermed både muligheten til å oppdage flere tilfeller, samt gi de som trenger det et bedre og mer tilpasset behandlingstilbud.



Økt kompetanseutveksling mot primærhelsetjenesten vil bidra til å kunne oppdage rusproblemer hos gravide tidligere og oftere. Når flere tilfeller oppdages er det viktig at spesialisthelsetjenesten er rustet til å ta imot alle som trenger hjelp fra dem.

6.2.3 Tiltak 3: Legge til rette for å hindre uønsket graviditet hos pasienter med rusmiddelproblemer

Utfordringsbildet

Jenter og kvinner med rusproblemer er i en risikogruppe for å bli ufrivillig gravide. Rus hos mor er svært skadelig for fostre og en uønsket graviditet kan komplisere den psykiske helsen til pasienter med ruslidelser.

Helse Nord-Trøndelag HF har god erfaring med å tilby kvinnelige pasienter med rusmiddelproblemer informasjon om og legetime for prevensjon ved oppstart av behandlingen.

Tiltak

- I Helse Midt-Norge skal pasienter i fertil alder som ønsker det, få informasjon og tilgang til prevensjon når de kommer i behandling. Dette gjelder både for kvinnelige og mannlige pasienter.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved å tilby informasjon om og time til prevensjon, bidrar man til at pasienter i behandling unngår uønsket graviditet, i tillegg til at man forebygger kjønnsykdommer. Dette er også med på å bidra til bedre familieplanlegging og hindre uintentert ruseksponering av fostre.



6.3 Barn som pårørende

«Barna er de uskyldige ofrene.»

6.3.1 Tiltak 1: Implementere de fem nasjonale prosedyrene for barn som pårørende

Utfordringsbildet

Som beskrevet i kapittel 2, lever mange barn i dag med omsorgspersoner som er rusavhengige. Disse barna har økt risiko for selv å bli rusavhengige i tillegg til at de ofte lever i en utfordrende hverdag som ikke er egnet for barn.

Lovverket sier at helsetjenesten skal ta vare på barn som pårørende. For å sikre at dette lovverket blir fulgt, har Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, «Barns Beste», utarbeidet fem nasjonale prosedyrer for barn som pårørende⁸, én overordnet og fire underprosedyrer:

- Overordnet prosedyre:
 - Organisering av arbeidet
- Underprosedyrer:
 - Kartlegging
 - Tiltak internt
 - Samhandling
 - Bekymringsmeldinger

Disse er laget for å ta vare på barns behov når de er pårørende, sørge for at barn som pårørende skal få forståelig og tilstrekkelig informasjon, og nødvendig oppfølging, samt gi helhetlige og koordinerte tjenester til familier med mindreårige barn.

Tiltak

- Alle enheter med ansvar for TSB i Helse Midt-Norge må implementere de fem nasjonale prosedyrene for barn som pårørende som er utformet av «Barns beste».

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Implementering av de nasjonale prosedyrene for barn som pårørende er en kvalitetssikring av de lovmessige krav og formål. På denne måten sikres det at barns rettigheter blir ivaretatt, og at barn som pårørende får nødvendig oppfølging.

6.3.2 Tiltak 2: Følge opp barn født av mødre som misbrukte rusmidler i svangerskapet til skolealder

Utfordringsbildet

Helsedirektoratet har uttrykt en intensjon om å etablere en retningslinje for gravide som misbruker rusmidler (alle rus- og legemidler). Retningslinjen skal utformes ut fra modell etter Nasjonal retningslinje for gravide i LAR som ble utgitt i 2011. Det vil sannsynligvis gå flere år før en slik utvidet retningslinje kommer på plass.

⁸ Helsebiblioteket, 2015: Prosedyrer for barn som pårørende



Modellkommuneforsøket (prosjekt av Bufdir og Bufetat) ble gjennomført i perioden 2007-2014 og evaluert i 2015. Modellkommunene har hatt som oppdrag å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder. I evalueringen av dette prosjektet pekes det på gode resultater knyttet til oppfølging av barn til skolealder.

Som en del av tilbudet ved Avdeling for gravide og småbarnsfamilier (AGS) ved Lade BehandlingsSenter, følges barn av rusavhengige gravide og småbarnsforeldre opp til minimum to år etter endt behandling. Familieambulatoriet i Levanger og LAR ved St. Olavs Hospital har også god kompetanse og erfaring med oppfølging av barn som pårørende under og etter behandling.

Tiltak

- I Helse Midt-Norge skal barn eksponert for risikofyllt rusmiddelbruk i svangerskapet ha et tilbud om oppfølging opp til skolealder.
- Denne oppfølgingen må skje i samarbeid med kommunene og det må sørges for god overlap mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Allerede eksisterende spesialkompetanse i regionen på området (ved Lade AGS, Familieambulatoriet i Levanger og LAR ved St. Olavs Hospital) må dele sin kompetanse med de andre klinikkene og videre mot kommunene.
- I pasientens individuelle plan må det legges inn plan for oppfølging av barn som pårørende (fra ulike instanser) etter behandlingen.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Oppfølging av disse barna frem til skolealder er med på å bidra til tidlig identifikasjon av utviklingsforstyrrelser hos barn med identifisert risiko og tidlig iverksettelse av adekvat hjelp til både foreldre og barn.

6.3.3 Tiltak 3: Inkludere barn som pårørende i standardiserte pasientforløp

Utfordringsbildet

Barn som pårørende blir ikke i tilstrekkelig grad ivaretatt av spesialisthelsetjenesten i dag. Derfor er det en uttalt føring fra Helse- og omsorgsdepartementet at barn som pårørende skal inkluderes i standardiserte pasientforløp som utformes og implementeres.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene må inkludere barn som pårørende i standardiserte pasientforløp som utformes og implementeres. I pasientforløpene må det sørges for gode rutiner for obligatoriske pårørendesamtaler med barn.
- For å følge utviklingen til den faktiske ivaretagelsen av barn som pårørende, skal det gjennomføres regionale kartlegginger av Helse Midt-Norge RHF.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Å inkludere barn som pårørende i pasientforløpene er med på sikre at barna blir tatt vare på og at man oppdager barnas behov for oppfølging. Ved å følge opp klinikkens ivaretagelse av barns rettigheter og behov, kan det settes i gang forbedringstiltak ved behov.



6.3.4 Tiltak 4: Etablere foreldregrupper/foreldrekurs for foresatte med rusmiddelproblemer

Utfordringsbildet

Som nevnt i kapittel 2.3 har barn av foreldre med ruslidelser fordoblet risiko for å utvikle psykiske vansker og mer enn fordoblet risiko for å utvikle egne alkoholproblemer senere i livet. Det er derfor viktig at det blant annet blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre bedre i stand til å mestre hverdagen.

Det eksisterer noen få foreldrerettede gruppetilbud for pasienter i behandling ved noen av klinikkene i Helse Midt-Norge i dag.

Tiltak

- HF-ene må sørge for å etablere foreldregrupper/foreldrekurs i sitt område for foresatte som har eller har hatt rusmiddelproblemer.
- Disse foreldregruppene/foreldrekursene må arrangeres jevnlig.
- HF-ene kan gjerne samarbeide med kommunene om å etablere og arrangere dette.
- Gruppene/kursene som arrangeres bør være tilgjengelig på tvers av HF-ene.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Foreldregrupper og foreldrekurs bidrar til å styrke foreldrenes evne til å ta vare på barna sine. Dette kan igjen bidra til å redusere risikoen for psykiske lidelser og egne alkoholproblemer hos barn som pårørende. Å være i stand til å ta vare på barnet sitt, bidrar til å forbedre den psykiske helsen hos foreldrene.



6.4 Ungdom og unge voksne

«Det er de unge som er fremtiden.»

6.4.1 Tiltak 1: Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB

Utfordringsbildet

Det er en utfordring å nå de yngste rusmiddelavhengige, og dette er en pasientgruppe som trenger en egen metodisk tilnærming for rekruttering og fullføring av behandling. Pasientene befinner seg ofte i gråsonen mellom barnevern, BUP og TSB. Barn og unge i barnevernsinstitusjon har stor overhyppighet av psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk. Mange i denne gruppen er sårbare og har ingen sterk tilknytning i rusmiljøene. Rusmiddelavhengighet kan være en del av en problematikk når den unge er henvist til BUP, men hvor omfang ikke avdekkes under utredning. BUP har behov for å styrke sin kompetanse på rusmiddelavhengighet, og TSB har behov for å styrke sin kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri.

I april 2015 ble det signert en rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF. Rammeavtalen beskriver samarbeid mellom partene knyttet til tiltak ovenfor barn og ungdom, fagutvikling og opplæring og utdanning.⁹

Tiltak

- HF-ene må i et samarbeid mellom BUP og TSB utvikle et behandlingstilbud i form av et eget pasientforløp til de yngste ruspasientene (under 18 år). Pasientforløpet må tydeliggjøre ansvarsfordeling mellom BUP og TSB og inneholde følgende elementer:
 - BUP skal kontaktes for å ha samtale med den unge og sine foresatte ved første tilfelle av akutt avgiftning ved somatisk avdeling. Ved flere episoder må BUP koble inn egen spisskompetanse på rus eller kontakte TSB i eget HF for samarbeid for å bestemme behovet for eventuelle videre tiltak.
 - TSB skal kunne tilby behandling over tid på barnevernsinstitusjonene og i BUP-klinikkene (døgn, dag og poliklinikk). Tilbudet til denne pasientgruppen bør være differensiert med tanke på tid og innhold.
- Både BUP og TSB må opparbeide seg mer kompetanse på hverandres områder.
- BUP og TSB i hvert HF bør ha en egen samarbeidskontakt som kontaktes ved behov for samtidig behandling fra BUP og TSB til denne pasientgruppa.
- BUP og TSB skal ha avtaler og jevnlig kontakt med barneverntjenesten for å kunne tilby undervisning til personell og de unge i institusjonen, samt eventuelt utredning og behandling.
- Det må samarbeides med barneverninstitusjoner og barnevernstjenesten om bruk av kartleggingsredskap og oppfølging av unge som viser seg å være i risiko. Til dette skal rammeavtalen mellom Bufetat region Midt-Norge og HMN RHF være et utgangspunkt.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

De yngste ruspasientene (under 18 år) trenger kompetansen som BUP og TSB til sammen sitter på. I tillegg vil videre samarbeid med barnevernstjenesten og skoler bidra til at barna blir tatt

⁹ Rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF (2015), <http://www.helse-midt.no/no/Fag/Samhandling/84392/>



vare på der de er og at deres problemer oppdages, behandles og følges opp på en best mulig måte. Dette vil gi de yngste et mer helhetlig behandlingstilbud. Samtidig kan et rusbehandlingstilbud utenfor ordinær døgnbehandling i TSB bidra til å hindre de yngste fra å rekrutteres inn i tyngre rusmiljøer.

6.4.2 Tiltak 2: Øke ambulant virksomhet og tilpasse polikliniske tjenester med familietilnærming

Utfordringsbildet

Ungdom og unge voksne har behov for fleksible og tilpassede behandlingstilbud. Denne pasientgruppen har gjerne sosialt nettverk og skole på hjemstedet. Det er vanskeligere å komme tilbake til en normal hverdag uten rus hvis man tas ut av miljøet man er i for å gjennomføre behandling.

Tiltak

- HF-ene må utvikle mer ambulante og tilpassede polikliniske tjenester for denne pasientgruppen.
- Familieperspektivet må styrkes i denne behandlingen.
- Denne pasientgruppen må få den tiden og fleksibiliteten de har behov for gjennom en sammenhengende behandlingsskjede i døgn- og poliklinisk behandling/ambulerende tjenester.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved mer ambulant og familietilnærmet behandling til ungdom, kan man nå flere unge og nå dem tidligere med tilpasset hjelp før funksjonsnivået reduseres.



6.5 Overgang mellom omsorgsnivåene (dag, døgn og poliklinikk innenfor TSB)

«For pasienten er vi et felles tjenestetilbud.»

6.5.1 Tiltak 1: Utvikle fleksible tilbud til pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester

Utfordringsbildet

Mange pasienter har behov for mer langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette er pasienter som ville fått bedre behandlingsutbytte gjennom for eksempel flere og kortere døgnopphold, med tett oppfølging i mellomperiodene, fremfor lengre og sammenhengende døgnopphold. For disse pasientene er det behov for en kombinasjon av ulike behandlingsmåter for at de skal få best mulig utbytte av behandlingen. Dagens måltall og krav legger ikke alltid til rette for fleksibilitet i døgnoppholdet til pasienten.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF / HF-ene må utvikle et fleksibelt behandlingstilbud (gjærne gjennom utvikling av pasientforløp) til pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester.
- Det må legges til rette for at alle døgntilbudene har et tilstrekkelig antall fleksible døgnplasser som er tilpasset behandlingstilbudet til denne pasientgruppen.
- Underveis i periodene hvor pasientene ikke er lagt inn må det kunne tilbys poliklinisk behandling.
- Det bør utvikles modeller for beregning av samlet kapasitetsbehov uavhengig av type behandling (ambulant, poliklinisk, dag- og døgnbehandling).
- Samlet kapasitetsbehov bør være et uttrykk for hvor mye kapasitet som trengs for å tilfredsstille totalbehovet for TSB-helsetjenester i befolkningen.
- Klinikkerne med TSB-ansvar bør ha mulighet til å disponere kapasiteten fleksibelt utfra pasientenes behov. Finansieringen av helsetjenestene bør legge til rette for dette.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom et mer fleksibelt behandlingstilbud i TSB får de pasientene som trenger det et bedre tilpasset behandlingstilbud. Større fleksibilitet vil bidra til at flere pasienter kan tilbys behandling, da ressursene (behandlere og plasser) kan utnyttes bedre.

6.5.2 Tiltak 2: Utvikle og implementere pasientforløp innenfor TSB

Utfordringsbildet

Prosjektgruppen erfarer at det i dag finnes glippsoner mellom dag-, døgn- og poliklinikktilbudene innad i TSB. På den andre siden er det en utfordring at man ikke utnytter mulighetene i samspillet mellom tilbudene i de ulike situasjonene, fordi «alle skal gjøre alt selv».

I Helse Midt-Norge er det allerede utviklet flere standardiserte pasientforløp for behandling innenfor TSB.



Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene må fortsette utvikling av forberedte behandlingsforløp innenfor TSB og sørge for at disse blir implementert ved alle klinikkene som er en del av spesialisthelsetjenesten for TSB i Helse Midt-Norge.
- Det må utvikles felles regionale pasientforløp på områder der dette er hensiktsmessig.
- Pasientforløpene skal bidra til en koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg. Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være kunnskapsbasert og skal videre føre til kunnskapsbasert praksis.
- Pasientforløpene må sørge for at mulighetene i kombinasjonen av dag-, døgn- og poliklinikk-tilbudene utnyttes til det beste for pasienten.
- Behandlingsforløpene må implementeres i psykisk helsevern, somatikk og primærhelsetjenesten der det er relevant.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Implementering av standardiserte pasientforløp i TSB sikrer overgangene mellom dag-, døgn- og poliklinisk behandling. Pasientforløpene skal beskrive den daglige pasientbehandlingen, og skal blant annet sikre kunnskapsbasert og likeverdig behandling. I tillegg sikres det at pasientene får nødvendig hjelp fra de ulike spesialisthelsetjenestene til rett tid, samt at behandlingen blir forutsigbar for behandlere, pasienter og pårørende.



6.6 Samhandling mellom TSB og somatikk

«Sammensatte lidelser fordrer sammensatte tjenester.»

6.6.1 Tiltak 1: Etablere konsultasjonstjeneste ved alle sykehus

Utfordringsbildet

Somatiske og psykiatriske pasienter har i mange tilfeller en rus- eller avhengighetslidelse i tillegg, og mange ruslidelser oppdages gjennom somatiske sykdommer og skader. For å oppdage rusproblemer, samt vurdere hva som skal gjøres videre med rus- eller avhengighetsproblemet til pasienten, er det behov for at en person med TSB-kompetanse kan bistå med vurdering.

Konsultasjonstjeneste fra TSB til somatikk og psykisk helsevern finnes på noen av sykehusene i regionen i dag. Konsultasjonstjenesten går ut på at TSB kontaktes av somatikk/psykisk helsevern og bistår med vurdering/tilsyn av pasient.

Tiltak

- Helse Midt-Norge må sørge for at det etableres konsultasjonstjeneste fra TSB knyttet til alle sykehus i regionen.
- Tjenesten skal tilby tverrfaglig tilsyn/vurdering på somatiske og psykiatriske avdelinger samme dag eller dagen etter at behovet er etterspurt. TSB kontaktes gjennom oppgitte telefonnumre i hvert HF og vurderer hvem fra TSB som skal utføre konsultasjon ut fra behov.
- For at somatiske og psykiatriske avdelinger skal vite om dette tilbudet fra TSB, er det viktig å markedsføre dette gjennom for eksempel avdelingsbesøk og brosjyrer.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Tilsyn/vurdering av helsepersonell med TSB-kompetanse på somatisk eller psykiatrisk avdeling sikrer at pasienten får den behandlingen og det behandlingstilbudet han eller hun har behov for. Ved en slik konsultasjonstjeneste kan flere ruslidelser blir avdekket og behandlet.



6.7 Samhandling med kommunene (primærhelsetjenesten)

«Det er i kommunene vi skal leve våre liv.»

6.7.1 Tiltak 1: Utvikle ambulant tjenestetilbud i samarbeid med kommunene

Utfordringsbildet

For å sørge for bedre overganger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, er det behov for flere tverrfaglige og sammensatte ambulante tjenester. Ulike deler av spesialisthelsetjenesten (TSB, psykisk helsevern og ev. somatikk) og kommunen må samarbeide om disse ambulante tjenestene. Dette gjelder spesielt for pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, og som derfor har behov for flere tjenester samtidig.

Tiltak

- HF-ene må videreutvikle ambulante tjenestetilbud i samarbeid med kommunene for TSB-pasienter med sammensatte lidelser som trenger tilbud fra flere tjenester samtidig.
- Dette kan for eksempel skje gjennom opprettelse av egne ambulante team sammensatt av ressurser fra både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ambulante tverrfaglige tjenester som tilbys i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, vil bidra til gode overganger i behandlingen til pasientene. Gjennom slik behandling vil pasienten sikres det mest hensiktsmessige tilbudet til enhver tid. Samarbeid om tjenester kan også bidra til ubyråkratiske avgjørelser i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.



6.8 Regionale tilbud og samhandling om TSB mellom helseforetakene

«Sammen for spisset kompetanse.»

6.8.1 Tiltak 1: Videreføre og utvikle dagens regionale spesialfunksjoner

Utfordringsbildet

I Helse Midt-Norge er alle døgnplassene regionale. En del av døgnplassene er knyttet til regionale spesialfunksjoner. Spesialfunksjonene er innenfor unge voksne, personer med omfattende behandlings- og rehabiliteringsbehov, tvang etter HOTL og gravide og småbarnsforeldre. Under er tabell fra fase1-rapporten som viser døgnavdelingene med regionale spesialfunksjoner i Helse Midt-Norge.

Tabell 1: Døgnavdelinger med regionale spesialfunksjoner, Helse Midt-Norge; Kilde: SAR, Helse Midt-Norge RHF

Klinikk/institusjon	Avdeling	Spesialfunksjonsområde	Antall døgnplasser
St. Olavs Hospital			
Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Ungdomsavdelingen	Utredning/behandling	17
Helse Møre og Romsdal HF			
Klinikk for rus og avhengighetsbehandling	Molde behandlingssenter	Omfattende og spesialisert behandling	18
Klinikk for rus og avhengighetsbehandling	Ålesund behandlingssenter	Skjerming	Inntil 3
Private i Helse Midt-Norge			
Lade BehandlingsSenter	Skjermingsavdelingen	Skjerming	7
Lade BehandlingsSenter	Avdeling for gravide og småbarnsfamilier	Gravide og småbarnsfamilier	6
Tyrilistiftelsen	Høvringen	Omfattende og spesialisert behandling	35
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	Kvamsgrind	Omfattende og spesialisert behandling	22

Det er behov for at disse områdene har regionale spesialfunksjoner, fordi antallet pasienter innenfor hvert område er for lavt til at hvert HF kan tilby like gode tilbud hver for seg.

Tiltak

- De regionale spesialfunksjonene innenfor TSB må videreføres.
- De regionale spesialfunksjonene bør kunne drive mer ambulant virksomhet, enten hjemme hos pasientene eller på de andre TSB-klinikkene.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Videreføring av dagens regionale spesialfunksjoner sikrer høy kompetanse hos de ansatte og høy kvalitet på behandlingen innenfor unge voksne, personer med omfattende behandlings- og rehabiliteringsbehov, tvang etter HOTL og gravide og småbarnsforeldre. Ved å kunne drive mer ambulant virksomhet, kan kompetansen hos disse spesialfunksjonene komme flere pasienter til gode.



6.8.2 Tiltak 2: Videreføre og styrke samarbeidsorganene

Utfordringsbildet

Helse Midt-Norge skal sikre et likeverdig helsetilbud til alle innbyggerne i regionen. I regionen finnes det i dag ulike samarbeidsorgan som bidrar til dette.

Regionalt ledernettsverk TSB, som består av ledere fra rusklinikkene i regionen, de private avtalepartnerne, KoRus-Midt og ROP/PUT-teamene og Helse Midt-Norge RHF, har som mandat å sikre fagutvikling og god samhandling i regionen. Det arrangeres omtrent seks møter i året.

Seksjon for regional analyse og pasientkoordinering (SAP) ved St. Olavs Hospital er etablert for blant annet å styre pasientstrøm etter vurdert henvisning ved komplekse og krevende tilfeller, drive ressurskoordinering i vanskelige pasientsaker og utføre regionale analyser av aktivitetsdata TSB.

Tiltak

- Dagens etablerte samarbeidsorganer må videreføres og styrkes.
- Det bør arrangeres årlige leder- og fagkonferanser i tillegg til møtene som regionalt ledernettsverk har i dag.
- Det er også behov for å tydeliggjøre og utvikle organiseringen av LMS-tilbudet knyttet til rus i alle deler av regionen. LMS-arbeid på rus er noe som det bør samarbeides om på tvers av HF-ene i Helse Midt-Norge.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Videreføring og styrking av de regionale samarbeidsorganene bidrar at kompetanse og erfaringer deles på tvers av HF-ene og til alle ansatte ved klinikkene.

6.8.3 Tiltak 3: Sikre lokalsykehusstilbud i alle HF

Utfordringsbildet

Som belyst i fase1-rapporten, varierer tjenestetilbudet og kapasiteten mellom HF-ene i Helse Midt-Norge. Som nevnt over er alle døgnplassene innenfor TSB i Helse Midt-Norge regionale inklusive de lokale behandlingstilbudene som også kan tilbys til pasienter fra andre HF. Dette er fordi man med dette vil utnytte og utjevne forskjellene i døgnkapasitet mellom HF-ene. Til nå har TSB vært særfinansiert. Helse Midt-Norge skal i planperioden innføre Magnussen-modellen (behovsbasert finansieringsmodell) til å fordele inntektsrammene for TSB til hvert HF, noe som gir noen utfordringer knyttet til finansiering av døgnplassene.

Tiltak

- Hvert HF må hver for seg ha et tjenestetilbud innenfor TSB som minimum tilsvarer krav for lokalsykehusfunksjon (lokalbaserte allmenntilbud innenfor polikliniske tjenester – herunder dagbehandling og ambulante tjenester, rusakutt, avrusning, utredning og korttids klinikkbehandling).
- Finansieringsmodell må støtte opp under lokalsykehusfunksjonene.
- Finansieringsmodell må legge til rette for å kunne fortsette med regionale døgnplasser.



Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Helse Midt-Norge sikrer likeverdig tilbud til alle innbyggerne på en bedre måte ved at alle HF hver for seg ivaretar lokalsykehusfunksjoner innenfor TSB. Bevaring av døgnplassene som regionale vil gi et samlet bedre tilbud til befolkningen i hele regionen.

HØRINGSUTKAST



7 Felles tiltak for TSB og psykisk helsevern

«Det er ikke mine eller dine pasienter. Det er våre pasienter.»

7.1 Introduksjon

Dette kapittelet er felles for fase2-rapportene (regional plan) til TSB og psykisk helsevern (PH).

Under arbeidet med regional plan for TSB og PH ble det opprettet en egen arbeidsgruppe som skulle diskutere forslag til tiltak på temaet samhandling mellom TSB og PH. Denne arbeidsgruppen besto av representanter fra begge prosjektgruppene og alle HF.

Tiltakene som er tatt med i dette kapittelet er utformet på bakgrunn av denne arbeidsgruppens arbeid, samt etterfølgende diskusjoner i felles prosjektgruppemøte for begge prosjektgruppene. I tillegg er samhandling mellom TSB og psykisk helsevern et tema som begge prosjektgruppene har diskutert gjennom hele prosjektperioden. Innspill fra disse diskusjonene er også tatt med i beskrivelsene av tiltakene. Tiltakene er ikke skrevet i prioritert rekkefølge.

I tillegg til tiltakene som er beskrevet i dette kapittelet, finnes det tiltak i både PH- og TSB-rapporten som bidrar til styrking av samhandlingen mellom de to fagfeltene. For eksempel kan det nevnes at det er beskrevet tiltak om utforming og implementering av pasientforløp (blant annet rusakutt) som involverer blant annet både TSB og PH.

For samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB finnes det ulike retningslinjer og veiledere. Den mest sentrale er *«Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)»*.

Videre er følgende veiledende dokumenter for denne pasientgruppen under utarbeidelse:

- *«Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10»*.
Utarbeidet av Helsedirektoratet. Under ferdigstilling etter høring (per november 2015).
- *«Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer»*.
Omtalt som «Gjennomføringsforskriften». Utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Under ferdigstilling etter høring (per november 2015).
- *«Forslag til endringer i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel.»*
Utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Høring fram til 08.01.2016.

Opptil halvparten av pasienten i psykisk helsevern har også et rusproblem, og tilsvarende andel ruspasienter som har en psykisk lidelse er enda høyere. Et godt samarbeid mellom disse to fagfeltene er derfor helt nødvendig for å kunne gi pasientene riktig behandling.



7.2 Beskrivelse av tiltak

7.2.1 Tiltak 1: Etablere et strukturert samarbeid forankret i ledelsen

Utfordringsbildet

Etter prosjektgruppens erfaring er samarbeidet mellom TSB og psykisk helsevern i regionen godt, men enkeltsaker skaper vansker som det benyttes mye ressurser på å løse. Samarbeidet avhenger i noen tilfeller av enkeltpersoners kontakt seg imellom.

Dagens refusjonssystem fungerer ikke som insentiv for samhandling mellom fagfeltene.

Tiltak

- HF-ene i Helse Midt-Norge må sørge for at det etableres et forankret og strukturert samarbeid mellom TSB og psykisk helsevern (BUP og VOP).
- Samarbeid er et lederansvar, men samarbeidet må operasjonaliseres på behandlernivå – ikke bare eksistere i form av formelle samarbeidsavtaler.
- Ledelsen ved klinikkene må beskrive hva som er et faglig fellesansvar. Det må også tydeliggjøres hvilken plikt behandlerne har i å delta aktivt i samhandling, ansikt til ansikt, på tvers av fagfeltene. De ansatte ved klinikkene må uttrykke hvordan de vil at et slikt samarbeid skal struktureres, for eksempel i form av faste jevnlig samarbeidsmøter.
- Ledelsen ved klinikkene må sørge for at organiseringen av arbeidet og styringen av ressursbruken utformes på en måte som muliggjør og understøtter aktiv samhandling.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Strukturerte og forankrede samarbeidsarenaer bidrar til at fagfeltene møtes jevnlig og kan etablere gode relasjoner. Etablerte samarbeidsarenaer vil bidra til å senke terskelen for å rådføre seg med behandlere fra de andre fagfeltene. Det er til det beste for pasientene at TSB og PH har et godt samarbeid, slik at de sammen kan tilby det beste for pasientene.

7.2.2 Tiltak 2: Utrede behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker

Utfordringsbildet

Det er rundt 50 innleggelses i Helse Midt-Norge etter §§ 10.2 og 10.3 i HOTL pr. år. Det var behov for kortere eller lengre ivaretagelse for under 10 % av disse i psykisk helsevern under dette lovverket i 2014, og halvparten av disse innleggelsene handlet om bistand til atferdsvanskelige. TSB ivaretar i løpet av året mange ROP-pasienter med atferdskrevende problematikk, både innlagt etter tvangsparagraf og frivillig. Flere av disse ville også ha hatt behandlingsmessig nytte av et forsterket døgntilbud over kortere eller lengre tid i behandlingsforløpet. Med ROP-pasienter menes her pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse.

I notat til fagdirektøren 30.12.2013 kom en regional arbeidsgruppe, bestående av representanter fra alle HF (PH og TSB), det daværende rusforetaket med aktuell driftsavtaleenhet og Helse Midt-Norge, med anbefaling om å utrede tiltak for pasienter med atferdsvansker:



«Arbeidsgruppa vurderer at det mangler et faglig godt tilpasset tilbud i regionen for særskilt atferdskrevende pasienter innlagt etter §§ 10.2 og 10.3. Dette gjelder pasienter som har behov for rammer over tid som «ligger mellom» sikkerhetspost og de mest tilrettelagte poster for tvang innen psykisk helsevern og TSB for øvrig. Antallet pasienter tilsier at en regional organisering er mest aktuell ved en evt. etablering av slike plasser. Det anbefales en videre utredning for evt. slike regionale plasser.»

Denne arbeidsgruppas arbeid hadde forankring i regionalt lederforum rus-psykiatri.

Tiltak

- Helse Midt-Norge må iverksette den regionale arbeidsgruppens anbefaling fra 2013 om utredning av regionale plasser for ROP-pasienter med særskilt vanskelig atferd. I utredningen bør det vurderes flere aktuelle tiltak:
 - Opprettelse av et eget nytt tilbud
 - Videreutvikling og styrking av eksisterende tilbud
 - Organisering av tverrfaglige kompetanseteam som bistår i aktuelle saker

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom en utredning av behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker, skaffer Helse Midt-Norge seg et beslutningsgrunnlag på om det er hensiktsmessig å opprette et slikt tilbud, samt hvilken form et slikt tilbud skal ha. Et eget tilbud for denne pasientgruppen vil kunne gi mer stabile omstendigheter for denne typen pasienter i de mest intense periodene. Atferden til denne typen pasienter kan også prege miljøet på enhetene på en måte som reduserer behandlingsutbyttet for medpasienter uten tilsvarende atferdsvansker.

7.2.3 Tiltak 3: Etablere praksis for kommunikasjon og konsultasjon fremfor henvisninger mellom fagfeltene

Utfordringsbildet

Prosjektgruppene erfarer at henvisninger brukes i for stor grad fremfor konsultasjoner mellom psykisk helsevern og TSB.

ROP-retningslinjen legger opp til at TSB må styrke sin kompetanse innen psykisk helsevern, slik at de i større grad kan ivareta pasientenes helhetlige behov. Tilsvarende er det en føring i retningslinjen om at psykisk helsevern må styrke sin kompetanse på rusproblematikk, slik at de i større grad kan vurderer og håndtere rus.

Spesielt er det av prosjektgruppene erfart at det er varierende kompetanse blant TSB-ansatte på å vurdere og håndtere suicidalitet. Tilsvarende er det erfaringer om at PH-ansatte har varierende kompetanse på å oppdage rus. Det er behov for et minimumskompetansenivå på disse feltene hos alle ansatte.

Tiltak

- Det må etableres som en del av praksisen at man først konsulterer det andre fagområdet og får råd, før man eventuelt blir enige om en henvisning videre til et annet behandlingstilbud.



- Samarbeidet må fortsette etter at det er henvist videre, slik at man kan utføre integrert og samtidig behandling så lenge det er nødvendig.
- Det er viktig at å sikre samarbeidet selv om behandlingen skjer på to ulike enheter over en begrenset tidsperiode.
- Alle ansatte i TSB må ha kompetanse på suicidalitet.
- Av og til vil det være akutte situasjoner i TSB der rammene i psykisk helsevern er nødvendig for å beskytte/ skjerme pasienten, men dette er unntaket. I slike tilfeller skal psykisk helsevern bistå TSB til den akutte situasjonen er avverget.
- Alle ansatte i psykisk helsevern må ha kompetanse på å oppdage og behandle rusproblemer hos pasientene.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Det er en fordel for pasienten å få mest mulig av behandlingen på samme sted, og at problemer som oppstår i størst mulig grad kan håndteres der man er. Pasientene vil med innføring av dette tiltaket få en mer helhetlig og sammenhengende behandling. Bistand fra PH til TSB i spesielt akutte situasjoner kan bidra til å hjelpe pasienten, da rammene ved en PH-enhet kan roe pasienten på en annen måte enn en TSB-enhet kan.

7.2.4 Tiltak 4: Bestemme og implementere felles prosedyre for pasienter som innlegges etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte enheter i psykisk helsevern

Utfordringsbildet

Innleggelse etter HOTL §§ 10-2 og 10-3 ivaretas i hovedsak av institusjoner innen TSB utpekt av de regionale helseforetakene. Lovverket er tilrettelagt slik at også psykisk helsevern kan ivareta innleggelse etter HOTL §§ 10-2 og 10-3, dersom pasientens behov tilsier det, jf. Lov om psykisk helsevern § 1-1a. Helse Midt-Norge har pekt ut enheter i psykisk helsevern som skal ivareta innleggelse etter HOTL.

Pasienter i regionen innlagt etter Helse- og omsorgstjenestelovens (HOTL) §§ 10-2 og 10-3, med samtidige psykiske vansker, må sikres et pasientforløp som ivaretar pasientens sammensatte behov gjennom tilbakeholdelsesfasen.

Det er behov for å etablere og implementere en felles regional prosedyre for å ivareta denne gruppen tvangspasienter. I oktober 2015 ble det sendt ut et forslag på høring til alle HF-ene om en slik regional prosedyre. Denne er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av kontaktpersoner fra Helse Midt-Norge RHF og alle HF-ene.

Tiltak

- Helse Midt-Norge må bestemme og HF-ene må implementere en felles regional og forankret prosedyre for pasienter som innlegges etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte enheter i psykisk helsevern.
- Den regionale prosedyren må følges opp gjennom en årlig evaluering i den etablerte arbeidsgruppen, som har utarbeidet forslag til prosedyre.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

En felles og forankret prosedyre vil bidra til at TSB og psykisk helsevern samarbeider tett seg imellom og at de løser sine oppgaver i nær dialog med kommunene, som er ansvarlig for



vedtaket, i forbindelse med denne typen tvangspasienter. Dette vil sikre et helhetlig og forutsigbart pasientforløp som ivaretar pasientens behov i ulike faser av tilbakeholdet.

7.2.5 Tiltak 5: Tydeliggjøre og avklare behov for ny rettighetsvurdering ved overgang mellom TSB og psykisk helsevern

Utfordringsbildet

En pasient i et utrednings- eller behandlingsforløp innenfor spesialisthelsetjenesten skal som hovedregel (etter retningslinjer fra Helsedirektoratet) ikke rettighetsvurderes ved videre henvisning. Dette gjelder både ved henvisning til annen avdeling i samme helseforetak, eller henvisning til annet helseforetak. Ny rettighetsvurdering skal kun gjøres ved ny sykdomstilstand.

Etter prosjektgruppens erfaring er det i enkelte tilfeller knyttet noe usikkerhet til om pasienten har ny sykdomstilstand i overgangen mellom TSB og PH, og derfor skal rettighetsvurderes på nytt. ROP-retningslinjene kan på dette punktet tolkes ulikt. Det er derfor behov for en avklaring fra Helse Midt-Norge om i hvilke tilfeller pasienter skal rettighetsvurderes på nytt i overgangen mellom TSB og psykisk helsevern.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF må utarbeide en tydeliggjøring av rutinene for rettighetsvurdering i situasjoner hvor dette er uklart i overgangen mellom psykisk helsevern og TSB.
- Denne tydeliggjøringen må utformes i samarbeid med fagpersoner fra regionen.
- Tydeliggjøringen må formidles til relevante enheter i Helse Midt-Norge.

Gvinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom en felles forståelse av rutinene unngås unødvendig tid til avklaringer rundt enkeltsaker.

7.2.6 Tiltak 6: Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB

Dette tiltaket er tilsvarende som Tiltak 1 under «Ungdom og unge voksne» i TSB-rapporten.

Utfordringsbildet

Det er en utfordring å nå de yngste rusmiddelavhengige, og dette er en pasientgruppe som trenger en egen metodisk tilnærming for rekruttering og fullføring av behandling. Pasientene befinner seg ofte i gråsonen mellom barnevern, BUP og TSB. Barn og unge i barnevernsinstitusjon har stor overhyppighet av psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk. Mange i denne gruppen er sårbare og har ingen sterk tilknytning i rusmiljøene. Rusmiddelavhengighet kan være en del av en problematikk når den unge er henvist til BUP, men hvor omfang ikke avdekkes under utredning. BUP har behov for å styrke sin kompetanse på rusmiddelavhengighet, og TSB har behov for å styrke sin kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri.



I april 2015 ble det signert en rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF. Rammeavtalen beskriver samarbeid mellom partene knyttet til tiltak ovenfor barn og ungdom, fagutvikling og opplæring og utdanning.¹⁰

Tiltak

- HF-ene må i et samarbeid mellom BUP og TSB utvikle et behandlingstilbud i form av et eget pasientforløp til de yngste ruspasientene (under 18 år). Pasientforløpet må tydeliggjøre ansvarsfordeling mellom BUP og TSB og inneholde følgende elementer:
 - BUP skal kontaktes for å ha samtale med den unge og sine foresatte ved første tilfelle av akutt avgiftning ved somatisk avdeling. Ved flere episoder må BUP koble inn egen spisskompetanse på rus eller kontakte TSB i eget HF for samarbeid for å bestemme behovet for eventuelle videre tiltak.
 - TSB skal kunne tilby behandling over tid på barnevernsinstitusjonene og i BUP-klinikkene (døgn, dag og poliklinikk). Tilbudet til denne pasientgruppen bør være differensiert med tanke på tid og innhold.
- Både BUP og TSB må opparbeide seg mer kompetanse på hverandres områder.
- BUP og TSB i hvert HF bør ha en egen samarbeidskontakt som kontaktes ved behov for samtidig behandling fra BUP og TSB til denne pasientgruppa.
- BUP og TSB skal ha avtaler og jevnlig kontakt med barneverntjenesten for å kunne tilby undervisning til personell og de unge i institusjonen, samt eventuelt utredning og behandling.
- Det må samarbeides med barnevernsinstitusjoner og barnevernstjenesten om bruk av kartleggingsredskap og oppfølging av unge som viser seg å være i risiko. Til dette skal rammeavtalen mellom Bufetat region Midt-Norge og HMN RHF være et utgangspunkt.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

De yngste ruspasientene (under 18 år) trenger kompetansen som BUP og TSB til sammen sitter på. I tillegg vil videre samarbeid med barnevernstjenesten og skoler bidra til at barna blir tatt vare på der de er og at deres problemer oppdages, behandles og følges opp på en best mulig måte. Dette vil gi de yngste et mer helhetlig behandlingstilbud. Samtidig kan et rusbehandlingstilbud utenfor ordinær døgnbehandling i TSB bidra til å hindre de yngste fra å rekrutteres inn i tyngre rusmiljøer.

7.2.7 Tiltak 7: Fortsette med og videreutvikle internundervisning og kompetansedeling på tvers av fagfeltene

Utfordringsbildet

Behandlere i BUP, VOP og TSB har alle behov for tilførsel og oppdatering av kompetanse innenfor de andre tjenesteområdene. Internundervisning på tvers av de ulike spesialitetene skjer til en viss grad i dag. I dag må de som skal bli legespesialister i rus ha erfaring fra psykiatri, men dette kravet gjelder ikke andre veien.

BUP, VOP og TSB tilbyr alle undervisning og opplæring mot primærhelsetjenesten. I tillegg tilbyr kompetansesentrene egne opplæringstilbud. Ofte blir disse opplæringstilbudene organisert hver for seg, og i noen tilfeller tilbys det overlappende tilbud.

¹⁰ Rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF (2015), <http://www.helse-midt.no/no/Fag/Samhandling/84392/>



Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene må sørge for at fagfeltene fortsetter å dele kompetanse seg imellom, slik at alle ansatte i alle tjenestoområdene er faglig oppdatert og har oversikt over behandlingsmåter og tilbud som finnes for pasientene i hele spesialisthelsetjenesten.
- HF-ene må utnytte mulighetene som ligger i rotasjonen av leger og psykologer i spesialisering til å dele kompetanse og sørge for at ansatte får kompetanse innenfor både TSB og psykisk helsevern.
- Individuelle utdanningsplaner og kompetanseplaner må utarbeides for alle og disse må brukes aktivt. Ledelsen må være liberale med å tillate permisjoner, slik at ansatte som har det som en del av sin utdannings- eller kompetanseplan kan hospitere i andre fagfelt.
- Fagfeltene må koordinere seg imellom og samarbeide om opplæringstilbudet mot primærhelsetjenesten. Dette må også gjøres i samarbeid med kompetansesentrene.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Når alle behandlerne i psykisk helsevern og TSB innehar en viss tverrfaglig kompetanse, kan flere pasienter behandles uten at det medfører mye henvisninger og flytting mellom enheter. For at pasientene skal få det beste behandlingstilbudet, er det viktig at behandlerne er oppdatert på hvilke behandlingstilbud som finnes innenfor de ulike spesialitetene.

Det er bedre utnytting av ressursene hvis fagfeltene kan koordinere og samarbeide om undervisning og opplæring til primærhelsetjenesten, i stedet for å tilby overlappende opplegg.



8 Vedlegg

Vedlegg 1: Fase1-rapport: Regional plan for TSB, Helse Midt-Norge (2015)

HØRINGSUTKAST



9 Referanseliste

1. Helse og omsorgsdepartementet: Prop. 15 S, Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
2. Helse Vest RHF: Regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015-2019
3. Helse Midt-Norge RHF: Styresak 37/12 «Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet»
4. Sirius (2015,) Rusmidler i Norge
5. KoRus-Midt (2015)
6. KoRus-Midt (2015)
7. Statens institutt for rusmiddelforskning: SIRUS-rapport 4/2015
8. Helsebiblioteket, 2015: Prosedyrer for barn som pårørende:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/barn-som-parorende-1-overordnet-prosedyre>
9. Rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF (2015) <http://www.helse-midt.no/no/Fag/Samhandling/84392/>
10. Forprosjektrapport: Tettere organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste, vedlegg til styresak 55/13 i Helse Midt-Norge

