

# Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

**Helse Nord**

*Kvalitet gjennom brukermedvirkning og tilgjengelighet*

**2019 - 2025**

## Forord

Rus- og avhengighetslidelser er en av våre store sykdomsgrupper i spesialisthelsetjenesten. I Norge er det om lag 8 % av menn og 3 % av kvinner som har en alkoholrelatert lidelse i løpet av 12 måneder. Forekomst av andre lidelser som skadelig bruk og avhengighet av illegale rusmidler, vanedannende legemidler og spilling/gaming har også betydelig skadepotensial. I 2016 ble det registrert 336 alkoholutløste dødsfall og 282 narkotikautløste dødsfall i Norge.

En høy andel av pasienter i rusbehandling har psykiske lidelser. Personer med disse lidelsene har også ofte kroppslig sykdom. Dette kan skyldes skadevirkninger av rusbruk og/eller sviktende egenomsorg gjennom mangelfull ernæring, fysisk inaktivitet og sosial isolasjon. Total sykdomsbyrde som følge av rus- og avhengighetslidelser er stor. Bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorer for å dø før fylte 70 år i Norge. Rus- og avhengighetslidelser har ofte konsekvenser for pårørende. I familier med rus- og avhengighetsproblemer hos de voksne øker risiko for utrygghet og sosial isolasjon. Risiko for krenkelser, overgrep og omsorgssvikt overfor barna øker også.

Risikofaktorer for å utvikle avhengighet er ikke entydig, men tilgang til rusmidler, økonomi, totalforbruk i Norge og individuelle faktorer som genetisk sårbarhet og miljøfaktorer påvirker omfang av avhengighetslidelser. Ofte ser vi at avhengighetsproblematikk hos pasienter har manifestert seg over tid før de kommer til behandling.

Selv om flere års innsats i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har ført til økt kunnskap om rus- og avhengighetsproblematikk og styrket behandlingsskapasitet, har vi i dag ingen gullstandarder for å behandle mennesker med avhengighetsproblematikk. Økt tilgjengelighet og et bredt spekter av tjenester i TSB synes å være viktig for å tilby behandling tidligst mulig og for å favne pasienter med svært varierende avhengighetsforløp. I planen foreslås det derfor å øke polikliniske tilbud og å etablere akutttilbud slik at pasienter får nær og rask tilgang til spesialisert behandling.

Parallelt med fagplanen innføres pakkeforløp for psykisk helse og rus. Pakkeforløpene stiller krav til at tjenester i kommuner og spesialisthelsetjenesten samarbeider for å sikre pasienter forsvarlige helsetilbud, og at pasienter får rett hjelp, på rett sted og til rett tid. Pakkeforløpene skal bidra til at pasienter opplever en mer helhetlig helsetjeneste og får økt innflytelse i egne forløp.

Geir Tollåli  
Fagdirektør

## Sammendrag

Fagplanen beskriver innhold, organisering og kapasitet i tjenestetilbudet i TSB i Helse Nord i dag, og foreslår tiltak for å møte utfordringer i tjenesten frem mot 2025. Planen er ikke uttømmende. Den prioriterer differensiering og kapasitet innen døgntilbud, styrking og utvikling av polikliniske tilbud, ivaretagelse av spesialiteten i Rus- og avhengighetsmedisin. Det foreslås også tiltak for å følge opp at pasienter med rus- og avhengighetslidelser blir fulgt opp ved samtidige tilstander innen somatikk og psykisk helsevern og videreføring av arbeidet med implementering av pakkeforløp.

I dag er det store forskjeller mellom tilgjengelighet til døgntilbud versus polikliniske tilbud i landets helseregioner. Helse Nord er blant regionene med flest døgnplasser i forhold til innbyggertall, men har under halvparten av landsgjennomsnittet i dekningsgrad for poliklinisk behandling. Helse Nord er den eneste regionen uten dedikert akutt døgntilbud innenfor fagområdet. Planen foreslår derfor å prioritere utbygging av polikliniske tilbud, etablering av akutte døgntilbud, og at Helse Nord blir selvforsynt med legespesialister innen rus- og avhengighetsmedisin (RAM). Kostnadene til å styrke og omstille tjenestetilbudene frem mot 2025 er beregnet til om lag 49 millioner kroner.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse.....	4
1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn .....	5
1.2 Prioriterte områder.....	7
2. Status for TSB i Helse Nord .....	8
2.1 Status døgnbehandling TSB .....	8
2.2 Status poliklinisk TSB.....	10
2.3 Status for legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin .....	10
3. Riktig differensiering og vurdering av den samlede kapasitet i døgnbehandling .....	11
3.1 Premisser for videreutvikling av døgnbehandling .....	11
3.2 Akutt TSB .....	13
3.3 Styrke og utvikle det polikliniske tilbudet .....	15
3.4 Behov for kvantitativ styrking av det polikliniske tilbudet.....	16
3.5 Behov for faglig videreutvikling av poliklinisk TSB.....	17
4. Tilrettelegge for spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin .....	18
4.1 Behov for spesialister i rus- og avhengighetsmedisin .....	18
4.2 Regionalt nettverk for spesialister i TSB .....	19
5. Ivaretagelse av pasienter med somatiske- og/eller psykiske helsevansker .....	20
5.1 Sikre tilgang til somatiske helsetjenester.....	20
5.2 Deltakelse i kvalitetsforbedringsprosjekt –somatisk helse og rus .....	21
5.3 Sikre tilgang til psykiske helsetjenester.....	21
5.4 Tiltak for å ivareta den psykiske helsen.....	23
6. Innføring av pakkeforløp .....	24
7. Økonomi .....	25
8. Oppsummering .....	26
9. Referanser.....	29

# 1. Innledning

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer personlige, familiære og samfunnsmessige skadevirkninger av rusproblemer som et av de store helseproblemer i vår tid. Mellom ti og tjue prosent av befolkningen får en rus- eller avhengighetslidelse i løpet av livet (1). Rus- og avhengighetslidelser medfører betydelige helseproblemer, og fører til kortere forventet levealder (2). Opp mot en tredjedel av alle innleggelses i somatiske sykehus er forårsaket av rusmiddelbruk (3). Rus- og avhengighet er for mange kroniske lidelser som krever langvarig behandling og oppfølging (4). Pasienter med omfattende hjelpebehov har ofte både somatisk og psykisk sykdom, mangel på egnet bolig og vansker med å mestre hverdagen (5). Sammenhengende tiltak krever derfor tiltak på flere nivå. Pasientene utgjør ikke en ensartet gruppe. De har behov for ulik behandling. Helse Nord skal ha tilbud til pasienter som raskt kan hjelpes tilbake til normal fungering, og til de som trenger oppfølging over tid.

I fagplanen foreslås tiltak for å sikre pasienter med rus- og avhengighetslidelser tilgang til et bredere spekter av spesialisthelsetjenester. Disse skal føre til økt kvalitet i tjenesten og økt valgfrihet for pasienter, både i sykehus og i desentraliserte tjenester, og de skal bidra til å videreutvikle pasientens helsetjeneste innen TSB.

I prosjektbeskrivelsen for planen ble det utarbeidet fem problemstillinger. Disse er ansett som sentrale for de utfordringer som fagfeltet står ovenfor, og de samsvarer med nasjonale krav og forventninger. Besvarelser av disse problemstillingene utgjør hoveddelen av planen.

## 1.1 Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF vedtok juni 2016, *Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025* (6). Planen gir faglig og organisatorisk retning for fagfeltene og skisserer utvalgte satsningsområder. Styret i Helse Nord (7) ga i behandling av utviklingsplanen tilslutning til å utarbeide en regional fagplan for TSB.

- *Det skal utarbeides en regional fagplan for TSB som skal beskrive innhold, organisering og kapasitet i tjenestetilbudet i dag, samt gi forslag til endringer for å møte utfordringene i feltet frem mot 2025.*

Utviklingsplanen kommer med en rekke anbefalinger for TSB, som oppsummeres i følgende punkter:

- Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykisk helsevern og TSB

- Alle helseforetak<sup>1</sup> i Helse Nord skal bygge ut poliklinisk kapasitet slik at den samsvarer med landsgjennomsnittet
- Helse Nord skal bygge opp spesialistkompetanse slik at alle helseforetak har tilstrekkelig med spesialister i rus- og avhengighetsmedisin
- Frem mot 2025 må DPS ha innarbeidet rus- og avhengighetsbehandling i poliklinikker, ambulante tilbud og døgnenheter
- For å ivareta TSB-faglig kompetanse, fagutvikling og veiledning, må det etableres egne enheter med overordnet og særskilt ansvar for TSB i helseforetakene
- Der er behov for å utvikle akutte tjenester til pasienter i TSB
- ACT/FACT-team<sup>2</sup> er en organisering som legger til rette for god samhandling med kommunale tjenester

Disse anbefalingene viser behov for en helhetlig tilnærming, med utvikling av akuttfunksjoner, differensiering av døgntilbud og styrking av polikliniske tjenester. Koordinering og samhandling med kommunene er viktig.

Prosjektmandatet for fagplanen ble godkjent høsten 2017. Mandatet omfatter fem områder/utfordringer:

1. Riktig differensiering og vurdering av den samlede kapasiteten innen døgnbehandling, herunder også akutte tjenester.
2. Styrke og utvikle det polikliniske tilbudet.
3. Godkjenning av spesialistforløpsutdanning i rus- og avhengighetsmedisin og sikre god rekruttering av nye spesialister til fagområdet.
4. Pasienter med avhengighetslidelser skal sikres oppfølging og behandling av samtidige tilstander innen somatikk og psykisk helsevern.
5. Pakkeforløp for TSB blir implementert i tjenesten.

I planen besvares disse problemstillingene med forslag til tiltak og anbefalinger. Planens innhold tar utgangspunkt i allerede avdekkede utviklingsområder og gir ikke en utfyllende beskrivelse av hele fagområdet. Endringer/justeringer, for eksempel forvaltning av innleggelse uten samtykke (§§ 10-2 og 10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven), omtales derfor i liten grad. Dette er likevel ikke til hinder for at Helse Nord RHF og/eller helseforetakene kan gå videre med slike endringer i planperioden.

Problemstillingene samsvarer med flere nasjonale krav og føringer. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) (8) vektlegges tettere integrasjon mellom somatikk, psykisk

---

<sup>1</sup> Helseforetak: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF

<sup>2</sup> ACT er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Modellen har vist gode resultater, også i Norge. FACT er en tilpasning av ACT-modellen. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>).

helsevern og TSB i fremtidens spesialisthelsetjeneste. Det skal etableres rutiner som sikrer at pasienter i psykisk helsevern og TSB får likeverdig utredning og behandling av somatiske helseproblemer, og at pasienter som er i somatisk behandling får likeverdig utredning og behandling av psykiske-, rus- eller avhengighetslidelser.

Oppbygging av akutte tjenester og utbygging av polikliniske tilbud i Helse Nord bidrar til å fylle målsettinger i *Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020)* (9):

*Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.*

1. januar 2019 innføres pakkeforløp for psykisk helse og rus. Disse skal bidra til økt brukermedvirkning, bedre samhandling, likeverdig behandling og bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (10). Formålet med pakkeforløpene er å gi bedre kvalitet i pasientforløpene.

## **1.2 Prioriterte områder**

Alle punkter i mandatet peker på sentrale utviklingsområder, men planen foreslår innbyrdes prioritering mellom tiltak i perioden. Bakgrunnen for disse prioriteringene presenteres i senere kapitler. De høyest prioriterte områdene i planen er:

- *Det polikliniske behandlingstilbudet må bygges ut slik at det blir dimensjonert etter behovet i landsdelen.*
- *Det må etableres døgntilbud som bidrar til å ivareta helseforetakenes ø-hjelpsplikt innen fagområdet.*
- *Helse Nord må bli selvforsynt med spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin.*

## 2. Status for TSB i Helse Nord

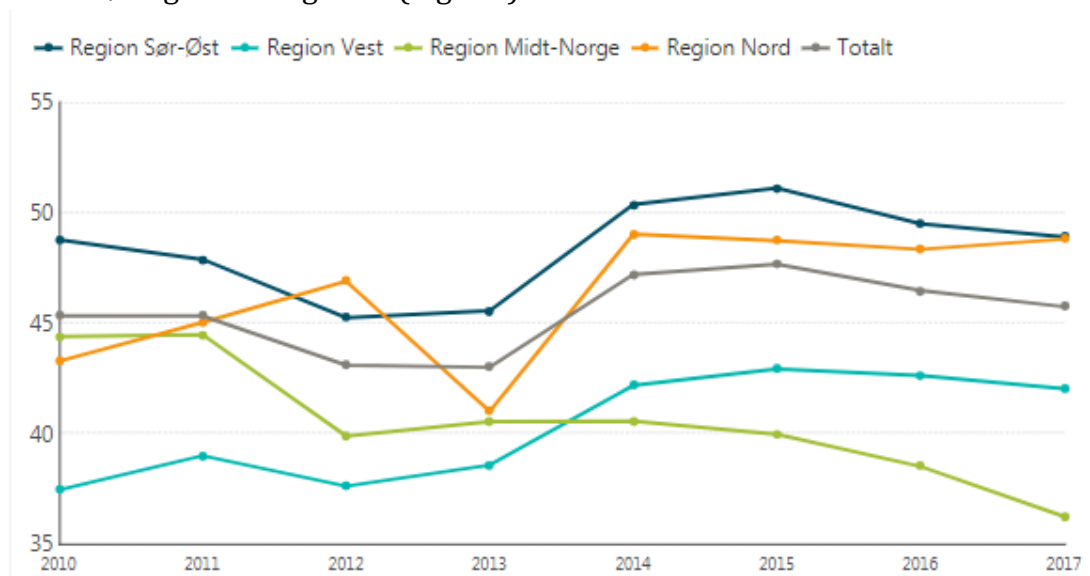
For å tilby god behandling for pasienter med rus- og avhengighetslidelser, er det nødvendig med et bredt spekter av behandlingstilbud. Det er behov for både høyt spesialiserte tilbud, og mer avgrensede pasientnære behandlingstilbud. Utviklingen i fagfeltet de siste årene har hatt som mål å få til god faglig bredde i behandlingstilbudene, og å utvide det samlede tilbudet til pasientgruppen. På enkelte områder har det vært en tilfredsstillende utvikling, men det er fortsatt stor variasjon til tilbudene mellom helseforetakene i Helse Nord, og mellom Helse Nord og landet.

Helseforetak	Tjenesteomr.	År	Pasienter totalt	Døgn-pasienter	Polikliniske pasienter	Oppholds-døgn	Polikliniske konsultasjoner	Poliklinisk personell - årverk totalt	Døgnplasser
Helgelandssykehuset HF	TSB	2016	13 9	5 9	11 2	234 4	153 8	4	8
Nordlandssykehuset HF	TSB	2016	41 2	7 4	38 6	209 0	458 7	1 5	8
UNN HF	TSB	2016	114 3	47 6	99 8	2016 1	1010 4	3 0	6 7
Finnmarkssykehuset HF	TSB	2016	20 7	6 5	14 7	374 6	83 4	7	1 2

Tabell 1 Oversikt over TSB-tilbud i HF-ene i Helse Nord (Samdata, 2016).

### 2.1 Status døgntilbud TSB

Hoveddelen av ressursene i TSB er døgntilbud, som gis i fire private- og åtte offentlige døgntilbud. Alle døgntilbud er regionale tilbud. To av helseforetakene har ikke hatt egne døgntilbud. Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har nå åtte plasser hver. Finnmarkssykehuset har 12 plasser, men utvider med to plasser (til 14) når ny rusavdeling i Alta står ferdig i 2019. Selv om døgntilbudet er blir mer desentralisert, er hovedtyngden av døgntilbudet i helseforetakene fremdeles ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) (67 av 95 plasser). UNN sine døgntilbud og de private avtaleplassene ivaretar i hovedsak det regionale ansvaret. Døgntilbudet i de øvrige helseforetak benyttes i stor grad av pasienter fra egne opptaksområder. Døgntilbudet i Helse Nord er god, sammenlignet med de øvrige helseregioner (Figur 1).



Figur 1 Antall døgntilbud i TSB per 100 000 voksne innbyggere i regionene (Samdata dashboard, 2017).



I de siste årene har TSB-pasienter i Helse Nord hatt tilsvarende forbruk av oppholdsdøgn og innleggelseser som resten av landet. Omtrent halvparten av døgnkapasiteten ytes av private aktører (91 døgnplasser). Døgnkapasiteten som ytes blant de private aktørene består hovedsakelig av langtidsplasser. Helseforetakene har redusert liggetiden de siste årene (11). Også i den private delen av TSB er gjennomsnittlig liggetid redusert.

	Akutt	Avrusning	Korttid (< 3 mnd.)	Langtid, (> 3 mnd.)	Totalt
Privat	-	5	-	86	91
Offentlig	-	24	56	15	95

Tabell 2 Fordeling av døgntilbud mellom private og offentlige, og mellom ulike former for døgnbehandling.

Økt kapasitet og redusert liggetid har ført til kortere ventetid til behandling. Per første tertial 2018 var ventetiden på 30 dager, og andel fristbrudd 3,4 %. Dette er en betydelig reduksjon i ventetiden fra 2006 (12). Pasienter med rett til behandling i TSB hadde da en gjennomsnittlig ventetid på 136-150 dager, mens pasienter uten rett til behandling måtte vente i 315 dager.

Det faglige innholdet i TSB er basert på ulike tilnærminger, blant annet 12-trinnsbehandling, kognitiv- og mentaliseringsbasert behandling og fellesskapet som metode, mens avrusningsplassene har medikamentelle, miljøterapeutiske og motivasjonsrettede tilbud. Det er vanskelig å definere en standard for behandling på grunn av manglende kunnskapsgrunnlag, men metodene vurderes å være i tråd med anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje<sup>3</sup>. Faglig utvikling i institusjonene er i stor grad påvirket av fagmiljøene i regionen. Helse Nord har de siste årene hatt fokus på at det også etableres arenaer for påvirkning fra, og samarbeid med brukerorganisasjoner i planlegging og utvikling av private og offentlige døgninstitusjoner.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 stadfester at spesialisthelsetjenesten skal sørge for et øyeblikkelig hjelp tilbud til pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Tidligere har ansvar for øyeblikkelig hjelp vært ivaretatt av somatisk sykehus ved akutte somatiske tilstander og av akuttpsykiatri ved selvmordsfare og rusutløste psykoser. Dette skillet er ikke faglig tilfredsstillende. I nye nasjonale faglige retningslinjer stilles det krav om et eget akutttilbud i TSB. Ved etablering av legespesialiteten i rus og avhengighetsmedisin (RAM) er det lagt som kriterium for RAM-tjeneste at seks måneders praksis skal utføres ved TSB-døgnenhet med tilbud om akuttinnleggelseser.

Gjennom oppdragsdokumenter til helseforetak, og i kravspesifikasjoner ved utlysning av anbud på private avtaleplasser har det vært en nasjonal/regional styring av TSB-

<sup>3</sup> Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

institusjonenes tilbud. Dette gjelder også i en viss utstrekning den faglige innretningen på tilbudene. Det har ført til god bredde i tilbud til ulike målgrupper og behandlingstilnærminger. Med unntak av akutttilbudet vurderes dagens døgntilbud å dekke behovet for innleggelser i Helse Nord.

## **2.2 Status poliklinisk TSB**

Det er to ruspoliklinikker i landsdelen, -en i Bodø og en i Tromsø. Ved de fleste distriktpspsykiatriske sentre (DPS)/sentre for psykisk helse og rus (SPHR) i helseforetakene er det etablert rusteam til poliklinisk rus- og avhengighetsbehandling, eller ruskonsulentstilling(er). Alle helseforetak har i dag ansvar for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

I dag har vi liten kapasitet i det polikliniske tjenestetilbudet innen TSB. Dekningsraten (konsultasjoner/befolkningstall) på området er på ca. 43% av landsgjennomsnittet. Mens man i Norge i gjennomsnitt tilbyr poliklinisk behandling til 57 personer per 10 000 innbyggere, er tilsvarende tall i Helse Nord 27 (13). Dette er en klar indikasjon på at ikke alle pasienter i Helse Nord, med behov for poliklinisk tilbud i TSB, mottar slike tilbud.

Rusteamene som er etablert på DPS-ene er små og sårbare. I tillegg til størrelsen, er lav spesialistdekning en risikofaktor for kvalitet i behandlingstilbudet. De som jobber i rusteam har få kolleger å vende seg til for faglig støtte. Pasienter tilbys i for liten grad utredning og behandling av spesialist. Det er også utfordrende å sikre stabilitet i små team som arbeider på et annet fagfelt enn de øvrige ansatte på DPS/SPHR.

## **2.3 Status for legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin**

I 2014 ble ny legespesialitet i Rus- og avhengighetsmedisin (RAM) etablert. I dag er det seks RAM-spesialister i Helse Nord. Rusavdelingen ved UNN er som eneste helseforetak i Helse Nord godkjent for tre år av spesialistforløpet, men har ikke fått godkjent siste halvår av TSB-praksis på grunn av manglende akutttilbud. En forsøksordning for akutt TSB er nå på plass i UNN, men denne har begrensninger knyttet til kapasitet, målgruppe og åpningstid.

### 3. Riktig differensiering og vurdering av den samlede kapasitet i døgnbehandling

*Det må etableres døgntilbud som bidrar til å ivareta ø-hjelpplikten.*

#### 3.1 Premisser for videreutvikling av døgnbehandling

##### **Brukermedvirkning**

Kunnskapsgrunnlaget for rusbehandling er tydeliggjort og systematisert i behandlingsretningslinjen og avrusningsretningslinjen (14). Begge retningslinjene fremhever brukermedvirkning slik dette er regulert i Lov om pasient- og brukerrettigheter (15):

*Brukere som gruppe/organisasjon deltar i og påvirker planleggings- og beslutningsprosesser som angår politikk- og tjenesteutvikling. Representantene skal bidra med sin kunnskap til fagfolk og andre relevante aktører i planlegging, utforming, og drift av et bedre tjenestetilbud.*

Brukermedvirkning skal sikres i arbeidet med å realisere tiltak som foreslås i fagplanen gjennom at brukerorganisasjoner inviteres til gjensidig samarbeid om faglig utvikling av tiltakene.

Lov om pasient- og brukerrettigheter inneholder også regulering av pasienters rett til informasjon om egen helsetilstand. Personer med rusmiddelproblemer opplever ofte ambivalens knyttet til endring av rusvaner –det er en del av det kliniske bildet, –og det kan føre til at pasienter tar avgjørelser som kan være til hinder for behandlingsmålene (16). Behandlere i TSB må ta hensyn til dette, gjennom å tilrettelegge for brukermedvirkning til pasienter og gjennom behandlingsintervensjoner og informasjon til pasienter, som gjør pasientene i stand til å medvirke i egen behandling.

##### **Døgnbasert rusbehandling – en støtte for øvrige tjenester**

Døgnbasert TSB er supplement til annen rus- og avhengighetsbehandling, som gis når tiltak i kommunal regi eller i øvrig spesialisthelsetjeneste ikke er tilstrekkelig. Døgnbasert TSB må ses i sammenheng med en rekke andre behandlingstilbud for pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Døgntilbudet bør tilpasses fortløpende når det skjer endringer i andre deler av tjenestene.

Gjennom regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 er kommunenes tjenester på rusfeltet blitt styrket, og disse planlegges ytterligere styrket i planperioden. Et bedre utbygd kommunalt tjenestetilbud har betydning for døgnbasert TSB, i første rekke for at pasientene får et helhetlig pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. De

viktigste satsingsområdene i opptrappingsplanen er tilgang til egnet bolig og tiltaksplasser for personer med nedsatt arbeidsevne. Innføring av pakkeforløp legger også til rette for godt samarbeid mellom tjenestene og kan føre til endringer i behov for døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

God tilgang til polikliniske behandlingstilbud har også betydning for døgnbaserte tilbud. Pasienter som kommer fra poliklinisk behandling over i døgnbehandling vil være bedre utredet enn pasienter som henvises direkte til døgnbasert behandling, og etablering av kontakt med en poliklinisk behandler før innleggelse legger til rette for god behandling i etterkant av døgnbehandling.

Utvikling av større bredde i tiltaksapparatet, kommunalt og lokalt avhjelper døgnbasert TSB, sikrer at pasienter som har behov for døgnbasert TSB blir innlagt, og at pasienter som er innlagt får bedre oppfølging etter innleggelse slik at behandlingseffekten styrkes. Det foreslås derfor å utvikle døgntilbudet slik at det ivaretar en funksjon som effektiv støtte når øvrige tjenester ikke er tilstrekkelig. Behov for lange sammenhengende døgnopphold vil trolig reduseres, men pasienter som har behov for det, skal fortsatt ha god tilgang til slike behandlingstilbud.

### **Sekvensiell behandling**

Rus- og avhengighetslidelser forstås i økende grad som kroniske lidelser (17). Hjelpeapparatet må derfor ha et langsiktig perspektiv. Behandlings- og oppfølgingsbehovene kan vedvare over flere år. Langvarig behov for behandling må ikke forveksles med behov for lange innleggelse. En utfordring i døgnbasert rus- og avhengighetsbehandling er at pasienter har vansker med å overføre kunnskap og strategier som er erfart og lært på institusjon til hjemmesituasjon. Det er derfor viktig at pasienter som har behov for døgnbehandling, får tilbud som legger til rette for at man veksler mellom behandlingsnivåer. I tillegg varierer hjelpebehovet for pasientene, avhengig av hvor i endringsprosessen de befinner seg. Ved endring i behov, er det viktig at hjelpeapparatet følger opp med riktig oppfølging til rett tid. Dette er integrert i ulike tradisjoner for rus- og avhengighetsbehandling, enten man snakker om recovery<sup>4</sup>, fasespesifikk behandling, eller sekvensielle behandlingsforløp (18). Døgnbasert TSB bør i større grad innrettes slik at pasienter kan veksle mellom behandlingsnivåer, både gjennom å utarbeide behandlingsopplegg hvor slik veksling er planlagt fra starten av, og ved å legge til rette for at behandlingsnivå endres når det er nødvendig/ønskelig.

### **Døgnbasert TSB – et regionalt tilbud**

Når fremtidens organisering av TSB skal planlegges, må det tas hensyn både til behovet for å tilby desentraliserte spesialisthelsetjenester nært pasienters hjem og livssituasjon, og muligheten til å bygge opp og vedlikeholde fagmiljø med høy spesialistkompetanse.

---

<sup>4</sup> Recovery er en filosofi og holdning som handler om å ta utgangspunkt i hva pasienter ønsker og hva som er viktig i deres liv. (<https://www.napha.no/content/13883/Recovery>).

Omtrent halvparten av døgnplassene i regionen er drevet av private institusjoner med avtaler med Helse Nord RHF. Ordningen med regionale kjøp av plasser er relativt effektiv, og bidrar til at pasienter i regionen får tilgang til et bredt utvalg av behandlingstilbud.

De fleste av de offentlige døgnplassene er i UNN. 46 av de 95 offentlige døgnplassene ligger i Nordland fylke, praktisk talt like mange som i Troms og Finnmark. 30 av plassene i Nordland er i UNN sitt opptaksområde, fordi Nordland fylkeskommune valgte å satse på oppbygging av rusomsorgen i Narvik da dette var et fylkeskommunalt ansvar.

For den enkelte pasient er nærhet til hjemmet bare en av mange faktorer som avgjør hvor han/hun ønsker å motta rus- og avhengighetsbehandling. For noen pasienter er det viktig med en viss avstand til hjemmet i en periode før oppstart av prosessen med re-etablering og nyorientering i lokalmiljøet. Ved å opprettholde dagens ordning med regionale døgnplasser, legges det til rette for at pasienter har flere behandlingstilbud å velge mellom, samtidig som døgnplassene anvendes på en fleksibel og effektiv måte.

Egne plasser ved hvert enkelt helseforetak gir risiko for å svekke et robust fagmiljø som i dag har gode forutsetninger for å utdanne RAM-spesialister.

Det anbefales derfor at dagens ordning med at alle døgnplasser ved TSB-enhetene i landsdelen er regionale, det vil si åpen for alle i regionen, opprettholdes.

### **3.2 Akutt TSB**

Rus- og avhengighetslidelser fører ofte til en rekke akutte tilstander av somatisk, psykologisk, og sosial karakter. Institusjoner med ansvar for å ta imot pasienter til akutt rus- og avhengighetsbehandling etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 annet ledd, plikter å ta imot pasienter med behov for akutt/øyeblikkelig behandling av rus- og avhengighetsproblemer. Plikten utløses dersom det ut fra de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen som institusjonen kan gi, er påtrengende nødvendig (19). Det betyr at behov for helsehjelp er akutt, og at det ikke er forsvarlig å bruke tradisjonelle prosedyrer for inntak (20).

Andelen akuttinnleggelse i TSB er 3 % i Helse Nord, mot 18 % i landet for øvrig (21). Bortsett fra en forsøksordning med to senger knyttet til en begrenset akuttfunksjon ved Avrusning Tromsø, har Helse Nord ingen dedikerte akutttilbud i TSB. Ansvar for akutttilbud er lagt til somatisk og psykisk helsevern.

Denne organiseringen av akutt TSB er et problem ved at mange pasienter i en akutt fase møtes av personell med manglende kompetanse på behandling av rus- og avhengighetslidelser. Dette er ikke et optimalt tilbud for pasienten. Veien inn i

behandling kan bli unødvendig komplisert når akutte rusrelaterte tilstander som burde ha vært håndtert i TSB behandles andre steder. Erfaring tilsier at alt for få pasienter henvises videre til TSB. Mange får dermed ikke tilbud de har behov for og rett til.

For å sikre pasienter god akutt hjelp, anbefales det å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innenfor TSB.

### **Akutt ambulant- og døgntilbud**

Akutttilbudet i TSB bør utvikles i tråd med føringer fra Utviklingsplan for psykisk helse og TSB i Helse Nord 2016-2025; «*Flest mulig skal motta helsehjelp nært pasientens hverdag og livssituasjon*». De siste årene har oppdragsdokumentene fra Helse Nord til helseforetakene fremhevet betydningen av at tjenestetilbudet i psykisk helsevern og TSB må innrettes til å bli mer ambulant og med krav om økt samarbeid med tilgrensende tjenester (22). Det foreslås derfor at det opprettes tilbud med oppsøkende virksomhet, som ambulante tjenester (FACT)<sup>5</sup>, tilpasset lokale forhold, i samhandling med kommuner der det lar seg gjøre (22). For å lykkes må pasienter med rus- og avhengighetslidelser inkluderes i målgruppa for slike tilbud. Ambulant akuttbehandling bør inngå som en del av lokalsykehustilbudet.

I de tilfeller hvor polikliniske og ambulante tjenester ikke hjelper pasienter ut av akutte tilstander, må pasienten kunne legges inn i døgntilbud. Ut fra samme begrunnelse som for øvrig døgntilbud bør døgntilbud akuttbehandling også etableres som et regionalt tilbud.

### **Ivaretakelse av behandlingsbehov etter endt akutfase**

Etablering av akutte tjenester i TSB medfører behov for faglige og administrative omstillinger i tilgrensende tilbud (eksempelvis øvrig TSB, både offentlige og private behandlingstilbud, kommunale tjenester, psykisk helsevern), slik at disse følger opp pasienter når de er ute av den akutte fasen. Eget akutttilbud kan bidra til å unngå drop-out fra døgntilbud når pasienter opplever tilbakefall, og ikke lenger ønsker å benytte det opprinnelige døgntilbudet. Sentrale føringer peker på nødvendighet av å tilby behandling straks akuttbehandling avsluttes (24). Forløpstid for overføring fra akuttbehandling til videre døgntilbud i pakkeforløp TSB er null døgn<sup>6</sup>.

### **Dimensjonering av akutt døgntilbud**

Det foreligger ikke normtall eller nasjonale føringer for beregning av behov for akutte døgntilbud. Det er variasjon i gjennomsnittlig behandlingstid i slike akutttilbud, fra ca. ett døgn til over ti døgn, noe som gir effekt på hvor mange pasienter som kan benytte de akutte plassene. Målgruppen for akutttilbud er nylig definert i nasjonale

---

<sup>5</sup> Flexible Assertive Community Treatment: kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling

<sup>6</sup> Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

faglige retningslinjer. Det kan føre til at flere pasienter vurderes å ha behov for akutte behandlingstiltak.

I beregning av behov for plasser må det blant annet tas hensyn til sentrale føringer om direkte overføring til andre rus- og avhengighetsbehandlingstilbud, noe som kan øke behovet for lengre akuttinnleggelser. Tilgjengelige ambulante polikliniske tjenester kan også påvirke etterspørsel etter akutte døgnplasser.

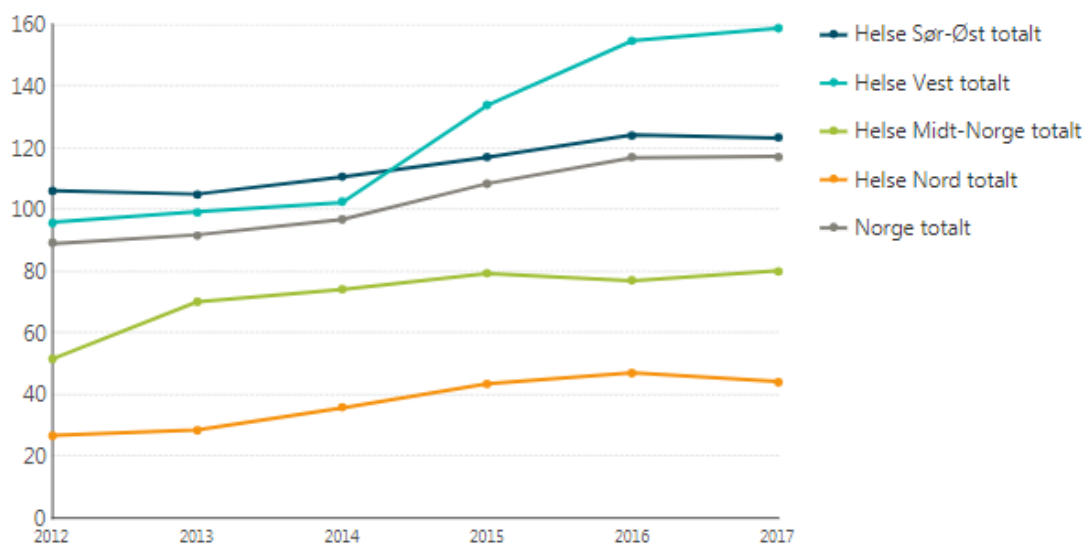
For å imøtekomme behov for akutt rus- og avhengighetsbehandling, anbefales det at det etableres åtte akuttsenger i Helse Nord, med fire plasser i Tromsø og fire plasser i Bodø. Det er da tatt hensyn til at akutttilbudet skal være innrettet slik at pasienten kan tilbys videre behandling direkte etter akuttinnleggelser.

Etablering av fire akutt plasser i Bodø styrker behandlingstilbudet i en av de mest befolkningsrike områdene i regionen, med et høyt antall pasienter med rus- og avhengiglidelser nært behandlingstilbudet. Gjennom 2018 har det vært et avgrenset akutttilbud ved Avrusning Tromsø, der ca. 30 pasienter er innlagt akutt siden mars måned. Siden planlegging og tilrettelegging for et akutttilbud er kommet lengst i Tromsø, anbefales det at utbygging av tilbudet i UNN gjennomføres først, mens Nordlandssykehuset parallelt planlegger tilsvarende tilbud i Bodø.

### **3.3 Styrke og utvikle det polikliniske tilbudet**

*Det polikliniske behandlingstilbudet foreslås bygget ut slik at det blir dimensjonert etter behovet i landsdelen.*

Som vist i kapittel 2, er den polikliniske aktiviteten i TSB betydelig lavere i Helse Nord enn i de andre helseregionene (Figur 2). Helse Nord har siden 2015 bevilget ekstra midler for å styrke tjenesten. Tall for 2016 viser imidlertid at veksten i de andre helseregionene er like sterk som veksten i Helse Nord og ulikhetene er derfor uendret.

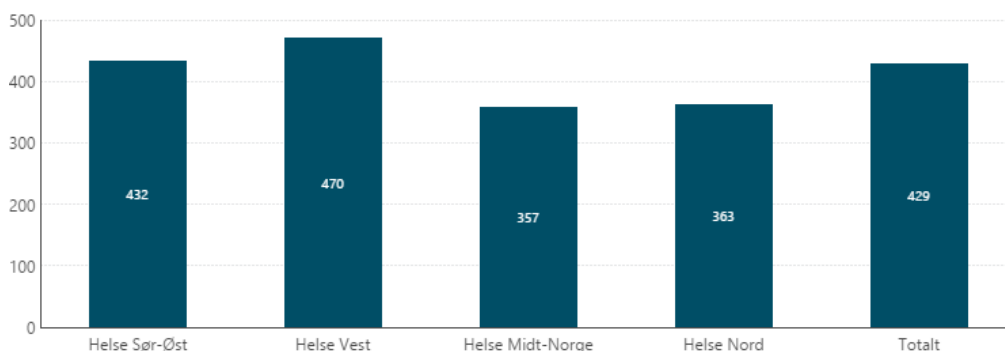


Figur 2 Polikliniske konsultasjoner TSB -rater per 1 000 voksne innbyggere (Samdata dashboard 2017).

Det er vanskelig å anslå behov i befolkningen for behandlingstilbud i TSB. Forholdet mellom forekomst av rus- og avhengighetslidelser i befolkningen og adekvat omfang av tilbud er uklart. Det er til enhver tid et stort antall personer i landsdelen som oppfyller kriterier for å få rett til behandling i TSB, men som ikke henvises. Det er flere mulige årsaker til dette; eksempelvis at disse personene ikke fanges opp av lokalt hjelpeapparat, de ønsker ikke hjelp med sine vansker, eller det vurderes at det ikke finnes adekvate tilbud i spesialisthelsetjenesten. Den store forskjellen i gjennomførte konsultasjoner indikerer likevel at det er udekkede behandlingsbehov i landsdelen, og som gjør det nødvendig å bygge ut og utvikle det polikliniske tjenestetilbudet i hele regionen.

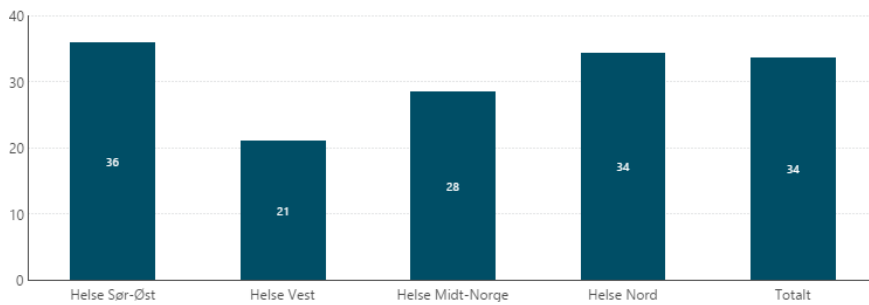
### 3.4 Behov for kvantitativ styrking av det polikliniske tilbudet

Antall konsultasjoner per årsverk i Helse Nord ligger lavere enn landsgjennomsnittet (tabell 3). Antall pasienter per årsverk er på nivå med landet for øvrig (tabell 4).



Tabell 3 Konsultasjoner per fagårsverk poliklinikk TSB, Samdata 2016





Tabell 4 Kilde: Pasienter per fagårsverk poliklinikk TSB, Samdata 2016

Den samme tendensen ser en også i psykisk helsevern. Lang reisevei, ustabile transporttilbud og andre lokale forhold kan forklare noe av variasjonen. På sikt kan faglig og teknologisk utvikling kompensere for denne variasjonen, ved at pasienter får poliklinisk behandling gjennom e-helsetjenester. Likevel vil ikke økning i antall konsultasjoner per årsverk ha tilstrekkelig effekt for det totale tilbudet. For å øke det polikliniske tilbudet, og for å utvikle det ytterligere foreslås det å øke antall årsverk tilknyttet TSB. Dette vil gi økt tilgang til polikliniske tjenester, både til personer som i dag mottar døgnbasert behandling, og til de som ikke mottar behandling på grunn av mangel på adekvate tilbud.

Det polikliniske behandlingstilbudet i TSB foreslås bygget ut tilsvarende landsgjennomsnittet, som kan legges til grunn som en indikator, eller et mål for riktig kapasitetsnivå på tjenesten.

### 3.5 Behov for faglig videreutvikling av poliklinisk TSB

Rus- og avhengighetslidelser er ofte sammensatte, og krever tverrfaglig tilnærming og samarbeid mellom ulike instanser. Det er derfor behov for ulike hjelpetiltak knyttet til bolig, psykisk- og somatisk helse, økonomi, jobb/utdanning, familie og sosialt nettverk. Hjelpetiltak er ofte påkrevd over en lang tidsperiode, og hvor ulike instanser har ansvar for ulike deler av forløpet. Behandlingsforløp der poliklinikker kan gå inn før, under, etter eller i stedet for døgnbehandling, kan redusere risiko for tilbakefall ved at pasientene ivaretas bedre ved overganger i behandlingsskjeden.

Behov for ivaretagelse av samtidige psykiske- og somatiske lidelser har også betydning for hvordan poliklinisk TSB bør utvikles. Anbefalinger omtales i kapittel 5.

For å sikre god forløpskoordinering av tilbudene som inngår, anbefales det at poliklinisk rus- og avhengighetsbehandling som hovedregel skal være veien inn og ut av TSB. Innføring av pakkeforløp (kapittel 6) skal bidra til at pasienter får sammenhengende tjenester og sikre individuelt tilpasset behandling og oppfølging.

Poliklinisk TSB vil, selv etter en betydelig utbygging, bestå av små polikliniske team. Mange av disse vil også være tilknyttet DPS-er, hvor hoveddelen av aktiviteten foregår

på et annet fagområde. En overordnet samordning og utvikling av poliklinisk TSB på helseforetaksnivå er avgjørende for å gi bedre kvalitet og mer robuste tilbud. Hvert helseforetak bør derfor utpeke en ruspoliklinikk som ivaretar veiledning og faglig støtte til øvrige team i eget helseforetak. I dette arbeidet bør også brukerkompetanse inngå. Aktuell ruspoliklinikk må være tilstrekkelig dimensjonert og med spesialistkompetanse tilknyttet for å ivareta ansvar for øvrige enheter.

## 4. Tilrettelegge for spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin

*Helse Nord må bli selvforsynt med RAM-spesialister.*

I 2014 ble ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin (RAM) etablert, og en overgangsordning for godkjenning i den nye spesialiteten ble gjort gjeldende i perioden frem til 1. desember 2016. I Helse Nord ble åtte spesialister godkjent gjennom denne ordningen. Per juni 2018 er antall spesialister redusert til 6. Ved UNN er det etablert fire LIS-stillinger<sup>7</sup>. Det har vist seg utfordrende å rekruttere/stabilisere leger i LIS-stillingene, og første mulige godkjenning av spesialist utdannet ved UNN er i 2022. Utdanning av nye spesialister krever betydelig innsats fra RAM-spesialister i Helse Nord. Det er ikke tilført nye stillinger knyttet til denne oppgaven.

Per juni 2018 er Rusavdelingen ved UNN godkjent for tre år av spesialistforløpet. Det betyr at leger ikke kan gjennomføre hele spesialiseringen ved UNN. Øvrige helseforetak i Helse Nord er ikke godkjent som utdanningsinstitusjoner.

### 4.1 Behov for spesialister i rus- og avhengighetsmedisin

Det er vanskelig å angi eksakt hvor mange spesialister det er behov for, men et forsiktig anslag kan gjøres ved å anta at en trenger én RAM-spesialist ved hver TSB-døgnetenhet, én ved hver ruspoliklinikk/overordnet rusteam, samt én LAR-lege i hvert HF. I tillegg kan det bli behov for RAM-spesialister tilknyttet øvrig spesialisthelsetjeneste (eksempelvis akuttpsykiatri/-somatikk) og kommunale øyeblikkelig hjelpopphold. På denne bakgrunn kan det anslås et behov for 23 RAM-spesialister i TSB. 25 RAM-spesialister samlet i regionen (i og utenfor TSB) kan være et realistisk anslag.

- Prosjektgruppen anslår behovet for RAM-spesialister i Helse Nord-området til å være 25 stk. mot dagens nevnte seks spesialister. Dette skal

---

<sup>7</sup> Leger i spesialisering

dekke behovet for spesialister i private og offentlige TSB-institusjoner i landsdelen, og i psykisk helsevern. I tillegg kommer eventuelt behov for RAM-spesialister i kommunale og somatiske helsetjenester.

- I første omgang må en få plass RAM-spesialister ved TSB døgnenhetene i HF-ene. Det er behov for flere LIS-stillinger for å sørge for stabilitet i overlegedekning, mulighet for kontinuerlig utdanning av nye spesialister, og for å imøtekomme nye oppgaver for spesialister knyttet til implementering av pakkeforløp.

## 4.2 Regionalt nettverk for spesialister i TSB

Helse Nord har erfaring med regionale utdanningsprogram for små og rekrutteringssvake spesialiteter. Selv om disse er organisert ulikt, har de som formål om å bistå helseforetakene i å rekruttere, utdanne og stabilisere antall legespesialister. Flere av utdanningsprogrammene har etablert nettverk og samlinger på tvers av foretaksgrenser. Disse tiltakene er etablert blant annet for å kompensere for små og spredte fagmiljø. I forbindelse med ny spesialistutdanning for leger<sup>8</sup> har Helse Nord RHF besluttet at disse utdanningsprogrammene skal evalueres.

I tillegg til helseforetakenes arbeid for å etablere utdanningsinstitusjoner og utdanne spesialister innen rus- og avhengighet er det i planperioden behov for en regional strategi for å rekruttere og opprettholde tilstrekkelig antall spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin. Det anbefales derfor at det etableres et regionalt nettverksprogram i en femårsperiode. Programmet skal sørge for at helseforetak og fagmiljø samarbeider om tiltak for å gi leger i spesialisering arenaer for å nå sine læringsmål. Det bør i denne perioden utformes tiltak for å skape nettverk og fagutvikling for spesialister innen TSB, herunder også psykologspesialister.

---

<sup>8</sup> <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning/lege/ny-spesialistutdanning/generell-informasjon-om-ny-spesialistutdanning-for-leger>

## 5. Ivaretagelse av pasienter med somatiske- og/eller psykiske helsevansker

*Pasientens helsetjeneste for pasienter med rus- og avhengighetslidelser krever tett samarbeid mellom somatiske helsetjenester, psykisk helsevern, og TSB.*

Pasienter i TSB har økt forekomst av både psykiske og somatiske lidelser. Det er ofte tilfeldig hvilken del av spesialisthelsetjenesten som først kommer i kontakt med pasientene. Pasientens helsetjeneste for pasienter med rus- og avhengighetslidelser krever tett samarbeid mellom somatiske helsetjenester, psykisk helsevern, og TSB.

### 5.1 Sikre tilgang til somatiske helsetjenester

Mennesker med rus- og avhengighetslidelser har vesentlig lavere forventet levealder enn befolkningen for øvrig. De dør hovedsakelig av somatiske sykdommer som kan forebygges. Omfang av rusrelaterte sykehusinnleggelseser er betydelig, og oppsummeres her med følgende oversikt:

1. Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelseser enn pasienter uten ruslidelse (25).
2. Nesten halvparten av traumapasienter i somatisk akuttmottak har rusmidler i blodbanen (26).
3. 25 % av de pasientene som bruker alkohol, og som er innlagt i somatisk sykehus, har alkoholavhengighetssyndrom eller skadelig bruk av alkohol.
4. Alkohol kan være medvirkende faktor til mer enn 60 ulike sykdommer (27).
5. Opptil 15-30 % av alle sykehusinnleggelseser kan skyldes rusbruk (28).
6. 5-20 % av alle alkoholavhengige pasienter innlagt i sykehus utvikler abstinensstilstander som krever medikamentell behandling.
7. 8- 40 % av pasienter i intensiv avdeling utvikler alkoholabstinensstilstand.
8. Regelmessig bruk av rusmidler og abstinensstilstand kan øke fare for komplikasjoner og forlenge behandlingsforløp når mennesker blir somatisk syke (29).

Helsetjenesten til personer med rus- og avhengighetslidelser må også inneholde somatisk utredning, oppfølging og behandling. Det må sikres at rutiner for utredning og behandling av somatiske helseproblemer er etablert i TSB-enheter.

## **Tiltak for å ivareta somatiske helse til pasienter med rus- og avhengighetslidelser**

TSB har et avgrenset ansvar for å ivareta pasienter med rusrelaterte vansker innlagt ved somatiske avdelinger. Somatiske helsetjenester har et selvstendig ansvar for å ha rutiner og kompetanse for å avdekke rusmiddelmissbruk. Erfaringsmessig skjer dette i alt for liten grad, og det er behov for økt oppmerksomhet omkring denne problematikken. Samlokalisering av somatisk spesialisthelsetjeneste og TSB kan gjøre det lettere å se sammenhenger, og gi bedre tilgang til tjenester på tvers av fagområder.

Når rusmiddelmissbruk avdekkes i somatiske avdelinger, er det viktig at TSB er lett tilgjengelig for å yte bistand, enten gjennom veiledning, tilsyn eller å ta pasienten inn i rusbehandling etter at den somatiske tilstanden er avklart og stabilisert. For mange pasienter er dette avgjørende for å forhindre forverring av somatiske helsevansker.

TSB bør også bidra i avklaring av oppgaver og ansvar for pasientgruppen i helseforetakene. Det bør utarbeides klare og gode rutiner for samhandling, som forhindrer unødvendig venting og høye terskler inn i rus- og avhengighetsbehandling.

## **5.2 Deltakelse i kvalitetsforbedringsprosjekt –somatisk helse og rus**

Norsk kompetansetjeneste TSB skal sammen med Helse Nord RHF og Helse Sør Øst RHF gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt med forskningstilnærming. Prosjektets driftsfase forventes å vare i tre år, med oppstart i 2019. Prosjektets målsetting er å etablere prosedyrer og rutiner som sikrer at pasienter som behandles for somatiske lidelser med rusrelatert problematikk får tilbud om oppfølging og behandling innen TSB.

Kvalitetsforbedringsprosjektet tar utgangspunkt i en samhandlingsmodell der lokale prosjektledere har ansvar for å implementere ruskartlegging og oppfølging av pasienter med rus- og avhengighetsproblemer i hvert sitt helseforetak, under felles prosjektledelse for koordinering og opplæring. I forskningsprosjektet skal Nasjonal kompetansetjeneste TSB sammenligne utvalgte somatiske enheter som får tilbud om et strukturert kvalitetsforbedringssystem og enheter som har vanlig praksis.

## **5.3 Sikre tilgang til psykiske helsetjenester**

God ivaretagelse av pasienter med samtidige rus- og avhengighetslidelser og psykiske lidelser (ROP) er en stor utfordring for helsetjenesten. ROP-retningslinjen (30) inneholder anbefalinger om kartlegging, behandling og oppfølging til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med pasientgruppen, og klargjør roller og ansvar mellom dem. Den anses som særlig viktige for å ivareta pasientgruppen i planperioden. Hovedtrekkene i retningslinjen presenteres her kort:

## **Forekomst av ROP-lidelser**

- Blant personer med alvorlig psykisk lidelse er livstidsforekomsten av rusmisbruk mellom 40 prosent og 60 prosent (31).
- En tverrsnittsundersøkelse av voksne pasienter i alle typer norske psykiatriske poliklinikker viste at 11 prosent av dem hadde rusdiagnose, enten som hoveddiagnose eller som bidiagnose (32). Registreringspraksis i elektronisk pasientjournal er ulik mellom DPS-er. Dette kan være årsak til ulik andel registrerte pasienter i poliklinikkene (33). Sannsynligvis tyder disse funnene på at det har vært en underdiagnostisering av ROP-lidelser i psykisk helsevern.
- I TSB er det høy forekomst av psykiske lidelser, særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon. I Norge er det gjennomført få studier hvor det er kartlagt symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser hos pasienter i rusbehandling. De studiene som finnes, viser høy forekomst og samsvarer med studier fra Europa og USA (34) (35).
- ROP-undersøkelsen i Hedmark og Oppland registrerte symptomlidelser ved bruk av standardiserte diagnostiske verktøy og avdekket at pasienter som burde vært til behandling i russektoren har en høy forekomst av agorafobi (48 prosent), sosial fobi (47 prosent) og depresjon (44 prosent) (36). To tredjedeler av disse lidelsene debuterte minst ett år før ruslidelsen (37). Man fant også at 40 prosent av pasientene tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern.

## **Roller og ansvar overfor ROP-pasienter**

Følgende anbefalinger fra ROP-retningslinjen gir klare føringer for roller, ansvar og samhandling omkring ROP-pasienter.

- Ut fra dagens organisering er det mest vanlig at hovedansvaret for behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig rus- og avhengighetslidelse. Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan pasienten behandles i TSB. Det forutsettes da et nært samarbeid med psykisk helsevern, og at psykisk helsevern har vurdert dette som forsvarlig behandling av alvorlig den psykisk lidelsen.
- TSB skal ha kompetanse til å behandle personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig rus- og avhengighetslidelser.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og at pasienten blir skadelidende.

## 5.4 Tiltak for å ivareta den psykiske helsen

Tilsvarende som ved sammensatt somatisk lidelse, kan ikke TSB alene ivareta alle pasienter med sammensatte tilstander med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser. Øvrig spesialisthelsetjeneste må kunne kartlegge avhengighetsproblematikk og overføre pasienter til TSB når det er hensiktsmessig, for å unngå unødvendig forlengelse/forverring av den psykiske lidelsen.

### Kompetanseoverføring mellom psykisk helsevern og TSB

Etablering og styrking av rusteam på DPS-nivå er hittil omtalt som et tiltak for å øke tilgjengelighet til poliklinisk rus- og avhengighetsbehandling. I tillegg kan tiltaket føre til bedre ivaretagelse av pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. Rusteamene kan bidra med generell styrking av oppmerksomhet og kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk på DPS-ene. Samtidig vil samlokalisering med psykisk helsevern legge til rette for gode overganger mellom fagområdene for pasienter som overføres, eller som har behov for behandlingstiltak fra flere av DPS-ets tjenester. For å sikre kompetanseoverføring mellom TSB og psykisk helsevern, anbefales det å etablere/videreutvikle kompetansenettverk som omfatter personell fra både rene TSB-enheter og DPS-nivået.

### ACT/FACT-team

Det er dokumentert gode behandlingsresultater ved behandlingstilbud som er organisert som ACT-team<sup>9</sup>, og *Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB*<sup>10</sup> anbefaler etablering av ACT/FACT-team på DPS-ene. ROP-retningslinjen anbefaler også slike samhandlingsteam for pasienter «med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå». ACT-modellen er opprinnelig utviklet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og lavt funksjonsnivå, med eller uten samtidig rus- og avhengighetslidelse. Innføring av FACT innebærer en utvidelse, både metodisk og med tanke på målgruppe – slik at flere pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse er i målgruppen for tilbudet. Etablering av samhandlingsteam legger til rette for integrert behandling av disse samtidige lidelsene.

Det pågår forskning på nytten av FACT for pasienter med primært rus- og avhengighetslidelser (NAPHA)<sup>11</sup>. Ut fra erfaringer knyttet til ordinær poliklinisk behandling av rus- og avhengighetslidelser, og den høye drop-out raten herfra (38) anbefaler vi at pasienter med primært rus- og avhengighetslidelse og lavt funksjonsnivå med tilhørende høy drop-outrisiko, inkluderes i målgruppen for FACT-team på DPS-ene. Behandling av ROP-lidelser i døgninstitusjoner er et alternativ når ambulante og polikliniske tiltak ikke har tilstrekkelig effekt. Føringer fra ROP-retningslinjen brukes for

---

<sup>9</sup> Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

<sup>10</sup> Styresak 74-2016 Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025

<sup>11</sup> Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid

å avgjøre hvorvidt det er psykisk helsevern eller TSB, eller begge, som skal yte helsehjelpen.

## 6. Innføring av pakkeforløp

*Med innføring av pakkeforløp blir behandlingstilbudet styrket på viktige områder, som brukermedvirkning, samhandling, og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner.*

Helsedirektoratet utarbeider, i samarbeid med brukerorganisasjoner og personell fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, nasjonale normgivende pakkeforløp for psykisk helse og rus (39). Pakkeforløpene skal bidra til økt brukermedvirkning, bedre samhandling, likeverdig behandling og bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Pasienter skal få rett hjelp, på rett sted til rett tid. Dette stiller krav til tjenestene om god og forutsigbar samhandling for å sikre gode og helhetlige utrednings- og behandlingsforløp.

I løpet av 2018 publiserte Helsedirektoratet 6 pakkeforløp. Et av disse er pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pakkeforløpet gjelder fra 1. januar 2019. Det planlegges også å innføre et pakkeforløp for gravide som bruker/har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler i løpet av 2019.

### Regional implementeringsplan

I Helse Nord er det utarbeidet en regional plan for implementering av pakkeforløp (40). Planen skal bidra til at innføring av pakkeforløpene når følgende målsettinger om pasientens helsetjeneste:

- God informasjon til pasienter og pårørende om behandling og tiltak
- Unngå unødig ventetid
- Involvering av pasienter i hele forløpene ved henvisning, behandling, evaluering og avslutning
- Bruk av tilbakemeldingsverktøy
- Informasjon og oppfølging av pårørende og barn som pårørende

For å nå disse målene må helseforetak og private leverandører:

- Styrke arbeidet knyttet til henvisningsrutiner. Det må gjøres i samarbeid med fastleger og andre med rett til å henvise, samt med kommunale helsetjenester og andre relevante aktører



- Etablere forløpskoordinatorene for pakkeforløp for psykisk helse og rus. Disse bør ha ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid
- Organisere tjenestene slik at de følger de forløpstidene som er satt, blant annet for utredning, etablering av behandlingsplan og stoppunkter med evaluering
- Sikre brukermedvirkning både på systemnivå ved involvering av brukerutvalg, og på individnivå gjennom samarbeid med bruker- og pårørende organisasjoner

Innføring av pakkeforløp blir ivaretatt gjennom opprettede nasjonale, regionale og lokale arbeidsgrupper/prosesser. De målsettinger/tiltak som blir utført gjennom pakkeforløpene understøtter eller harmonerer med flere av fagplanens tiltak. Med innføring av pakkeforløp styrkes behandlingstilbudet på områder som brukermedvirkning, samhandling, og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Regional plan for implementering av pakkeforløp og regional fagplan TSB anses å utfylle hverandre.

## 7. Økonomi

Tabell 5 viser oversikt over budsjett for prioriterte satsinger som følger av tiltak i fagplanen. I planperioden er det anslått omstillingsbehov på 48,7 millioner kroner. 13,3 millioner kroner planlegges finansiert gjennom økte poliklinikkinntekter og omstilling av eksisterende døgnbehandling. Satsingen fører til behov for å styrke fagområdet med 31,2 millioner kroner frem til 2025. Endelige rammer vedtas i Plan for Helse Nord, som rulleres årlig.

Tiltak	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Styrke poliklinisk TSB</b>		10.087	10.087	15.131	20.175	25.219	28.445
<b>Etablere akutt plasser Tromsø</b>	4.582	6.110	6.110	6.110	6.110	6.110	6.110
<b>Etablere akutt plasser Bodø</b>			3.457	6.914	6.914	6.914	6.914
<b>Etablere nettverksprogram</b>	125	250	250	250	250	125	
<b>Styrke legestillinger</b>			1.450	2.900	4.350	5.800	7.250
<b>Prosjekt somatisk helse og rus</b>	200	300	300				
<b>Regional konferanse TSB<sup>12</sup></b>	221						
<b>Sum kostnader</b>	<b>4.907</b>	<b>16.747</b>	<b>21.654</b>	<b>31.305</b>	<b>37.799</b>	<b>44.168</b>	<b>48.719</b>

<sup>12</sup> Regional konferanse TSB arrangeres 13- 14 februar 2019. Konferansen er ikke omtalt i planen.

<b>Finansiering</b>							
<b>Økte poliklinikk-inntekter</b>		4.036	4.036	6.054	8.072	10.090	11.379
<b>Omstilling av døgnaktivitet UNN/NLSH</b>	968	1290	1613	1935	1935	1935	1935
<b>Disponering av budsjetterte midler</b>	4160	4160	4160	4160	4160	4160	4160
<b>Styrking</b>		<b>7.261</b>	<b>11.845</b>	<b>19.156</b>	<b>23.632</b>	<b>27.983</b>	<b>31.245</b>

Tabell 5: Budsjett for styrking av feltet i planperioden (tall i kr. 1.000).

Med 56 stillinger knyttet til poliklinisk TSB har vi i dag en måloppnåelse på ca. 43 %. Med samsvarende aktivitet som i dag, må vi styrke fagfeltet med 69 stillinger for å komme på nivå med resten av landet. Planen legger opp til å styrke TSB med 40 stillinger, noe som betyr at fagfeltet må gjennomføre omstillingstiltak for å komme i mål. Det er allerede etablert noen rusteamstillinger ved UNN som vi ikke har sett full effekt av i tilgjengelig statistikk. Full måloppnåelse krever også økt poliklinisk aktivitet ved døgnenheter gjennom omstilling av drift ved private og offentlige døgninstitusjoner. I tillegg kan det forventes økt antall konsultasjoner per fagstilling som følge av forventet utvikling av e-helsetilbud og økt aktivitet i kommuner knyttet til opptrappingsplan for rusfeltet.

Akutt plasser i Nordlandssykehuset forutsettes etablert i eksisterende døgninstitusjon. Etablering av helt ny sengepost i Bodø vil kreve en betydelig større kostnadsramme.

Budsjett for nettverksprogrammet antas å dekke utgifter til to årlige nettverkssamlinger.

## 8. Oppsummering

Fagplanen gir en kort oppsummering av status for fagfeltet per i dag, og foreslår tiltak for å møte utfordringene frem mot 2025. Tiltakslisten består av 17 punkter. Etablering av akutttilbud, styrking av poliklinisk TSB, og å bli selvforsynt med RAM-spesialister vurderes som viktigst å få gjennomført i planperioden. Det anslås at de høyest prioriterte tiltakene vil koste ca. 48,7 millioner kroner, hvorav ca. 13,3 millioner tas inn gjennom omstilling av eksisterende døgntilbud. Tiltakspunktene følger i listen under, med høyest prioriterte tiltak i kursiv.

- Brukermedvirkning skal sikres i arbeidet med å realisere tiltak som foreslås i fagplanen gjennom å invitere brukerorganisasjoner til gjensidig samarbeid om faglig utvikling av tiltakene.

### **Døgnbehandling**

- *Det må etableres døgntilbud som bidrar til å ivareta helseforetakenes ø-hjelpsplikt på fagområdet. Dette gjøres ved at åtte døgnplasser etableres, likt fordelt mellom Bodø og Tromsø. Plassene er regionale, men tilbudet i Bodø skal primært benyttes av Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, mens tilbudet i Tromsø skal benyttes av Finnmarkssykehuset og UNN.*
- Det foreslås at det etableres behandlingsforløp som sikrer oppfølging over lang tid på riktig behandlingsnivå. Økt fokus på sekvensielle behandlingsforløp, innføring av pakkeforløp og redusert bruk av lange sammenhengende innleggelse bidrar til dette.

### **Polikliniske tilbud**

- *Det polikliniske behandlingstilbudet foreslås bygget ut slik at det blir dimensjonert etter behovet i landsdelen. Landsgjennomsnittet for dekningsrate bør brukes som et mål på riktig nivå på tjenesten.*
- For å sikre god forløpskoordinering, vurdering og iverksetting av riktige behandlingstiltak, samhandling og samarbeid med lokalt tjenesteapparat, og oppfølging etter døgnbehandling anbefales det at poliklinikk skal være veien inn og ut av TSB.
- Ambulante tjenester ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS-ene) skal ivareta akutt TSB når det ikke er nødvendig med innleggelse i døgninstitusjon.
- Hvert HF bør utpeke en ruspoliklinikk som ivaretar veiledning og faglig støtte til sine øvrige enheter. Aktuell ruspoliklinikk må være tilstrekkelig dimensjonert, og med nødvendig tverrfaglig kompetanse for å ivareta ansvaret for øvrige enheter.

### **Ivaretagelse av RAM-spesialiteten**

- *Helse Nord må bli selvforsynt med RAM-spesialister.*
- I første omgang må det prioriteres å få på plass RAM-spesialister ved TSB døgnenhetene i HF-ene. Det er behov for flere LIS-stillinger for å sørge for stabilitet i overlegedekning, muligheter for å kontinuerlig utdanne nye spesialister og for å imøtekomme nye oppgaver for spesialister knyttet til implementering av pakkeforløp.
- Det foreslås å etablere et nettverksprogram for lege- og psykologspesialister i TSB.

### **Ivaretagelse av psykiske og somatiske lidelser hos pasienter med rus- og avhengighetslidelser.**

- Det foreslås å etablere ordninger i HF-ene for tilsyn fra TSB til pasienter innlagt i somatiske avdelinger, eksempelvis konsultasjonsteam.
- Det foreslås å etablere rutiner som sikrer at pasienter i TSB får likeverdig utredning og behandling av somatiske helseproblemer. Samlokalisering ved

bygging av nye sykehusbygg bidrar til bedre tilgang til tjenester for pasienter som har behov for det.

- Det foreslås å i større grad å utvikle felles kompetansekrav knyttet til rus- og avhengighetslidelser på tvers av fagområder (PHV, somatikk, og TSB).
- Det foreslås å etablere ACT-, FACT-, eller samhandlingsteam som ivaretar lokal oppfølging av pasienter med rus- og avhengighetslidelser eller ROP-lidelser, på spesialisthelsetjenestenivå.
- Det foreslås å etablere/videreutvikle kompetansenettverk i HF-ene bestående både av personell fra rene TSB-enheter og fra DPS-nivået.
- Deltakelse i kvalitetsforbedringsprosjekt somatisk helse og rus i samarbeid med Helse Sør-Øst og Nasjonal kompetansetjeneste for TSB.

### **Pakkeforløp**

- Regional plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018 - 2020 gir en overordnet beskrivelse av målsettinger og tiltak for innføring av forløpene (40).

## 9. Referanser

1. Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten 2014*.
2. *Psykisk syke lever kortere*. Tidsskrift for Den norske legeforening (nr. 2) 2015.
3. Norsk kompetansetjeneste TSB. *En randomisert studie av implementering av systematisk ruskartlegging i somatiske avdelinger*, 18. september 2018.
4. *Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. SIRUS rapport (nr. 2)/2004, Alver med flere, side 9.
5. Stortingsmelding 30. Se meg! *En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012)*: side 74/15.
6. Styresak 74-2016 i Helse Nord. *Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025*.
7. Styresak 74-2016 i Helse Nord. *Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025*. Vedtak, punkt 6.
8. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>.
9. Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet. (2016–2020)*.
10. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>.
11. Samdata spesialisthelsetjenesten. 2015 (side 149).  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1219/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015%20IS-2485.pdf>
12. *Riktig, nært, og helhetlig – Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelmisbruk 2007-2014 i Helse Nord*.
13. Samdata 2017, hentet fra <https://statistikk.helsedirektoratet.no>
14. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
15. Lovdata.no: *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
16. Brown J M, Miller, W R (1993). *Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment*. Psychology of Addictive Behaviors, 7, 211-218.
17. Stortingsmelding 30 (2011-2012) *Se meg? Alkohol narkotika doping*.
18. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (NIMH).  
<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
19. Fra forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven, Ot.prp. nr. 53 2006-2007.
20. Behandlingsretningslinjen, Helsedirektoratet, 2016.
21. Samdata spesialisthelsetjenesten. 2015 (side 148).
22. Oppdragsdokument 2015 Fra Helse Nord RHF til helseforetakene, (side 11).
23. Sykehustalen 2018, *Behandlingsretningslinjen*, Helsedirektoratet. 2016.
24. Cherpitel, C.J. and Ye, Y, 2015: *Risky drinking, alcohol use disorders, and health services utilization in the U.S. general population: Data from the 2005 and 2010 national alcohol surveys*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39(9)1698-1704.

25. Vederhus, J.K. et al. 2015: *Assessing alcohol use and smoking among patients admitted to the medical ward*. Tidsskrift DNLF.
26. Rehm, Room et al. 2003: *The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview*. *Addiction*, 98(9), 1209-28.
27. Øvrige opplysninger hentet fra prosjektet Somatisk helse og rus v/NKTSB (se TSB.no).
28. <https://docplayer.me/41678766-Forekomsten-av-delirium-i-to-norske-intensivavdelinger-gf2010-hilde-woien.html>
29. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser>.
30. Duke P J, Pantelis C, Barnes T R. South Westminster schizophrenia survey. *Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset*. *Br J Psychiatry* 1994; (164): 630-636.  
Fowler I L, Carr V J, Carter N T, Lewin T J. *Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia*. *Schizophr Bull* 1998; (24): 443-455. 1998,  
Mueser K T, Yarnold P R, Rosenberg S D, Swett C, Jr., Miles K M, Hill D. *Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups*. *Schizophr Bull* 2000; (26): 179-192.
31. Gråwe R, Ruud T, 2006, *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Rapport. [Tilgjengelig fra SINTEF](#).
32. Statens helsetilsyn. *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. 2000a. Oslo.
33. Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. *Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren*. *Norsk Epidemiologi* 2002; (12): 309-318.  
Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway* 18. *Eur Addict Res* 2003; (9): 8-17.
34. Lauritzen G, Waal, H., Amundsen, A. og Arner, O. (1997). *A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 43-63.
35. Landheim A S, Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. *Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren*. *Norsk Epidemiologi* 2002; (12): 309-318.  
Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway* 18. *Eur Addict Res* 2003; (9): 8-17.  
Lauritzen G, Waal, H., Amundsen, A. og Arner, O. (1997). *A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 43-63.

- Melberg, H., Lauritzen, G. og Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. SIRUS-rapport nr. 4/2003. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Ravndal E, Vaglum P. *Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: a prospective study of drug abusers*. Journal of Substance Abuse Treatment, 1998, 15, 1-8.
36. Bakken K, Landheim A S, Vaglum P. *Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?* 19. Alcohol Alcohol 2003; (38): 54-59.
37. Hanne H. Brorson m. fl.: *Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors*. Science Clinical Psychology Review, Volume 33, Issue 8, desember 2013.
38. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>.
39. <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-plan-for-innforing-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-2018-2020>.