

# Riktig, nært og helhetlig

Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelmissbruk  
i Helse Nord 2007 – 2014

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	7
2. Bakgrunn .....	9
3. Plangrunnlaget.....	10
<b>3.1. Sentrale føringer</b> .....	10
<b>3.2. Utviklingstrekk/forbruksmønster</b> .....	14
<b>3.3. Kunnskapsgrunnlaget</b> .....	18
<b>3.4. Aktivitet. Ventetider</b> .....	20
4 Oversikt over tjenestetilbudet.....	21
<b>4.1. Vurdering</b> .....	21
4.1.1. Nivåer.....	23
<b>4.2. Poliklinisk behandling</b> .....	23
<b>4.3 Avrusning og abstinensbehandling</b> .....	24
<b>4.4. Døgnbehandling</b> .....	25
<b>4.5. Legemiddelasistert rehabilitering - LAR</b> .....	26
<b>4.6. Tilbakehold i institusjon i medhold av Lost §§ 6.2,6.2a og 6.3</b> .....	28
<b>4.8. Oppsummering vedrørende status i Helse Nord</b> .....	29
5. Plan. Innhold, organisering og utvikling av tjenestetilbudet i Helse Nord .....	30
<b>5.1. Overordnede krav til behandlingstiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b> .....	30
5.1.1 Forslag til tiltak .....	31
<b>5.1. Prinsipper for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Nord</b> .....	32
5.1.1 Leon-prinsippet.....	33
5.1.2. Samhandling. Brukermedvirkning.....	33
5.1.3 Helhetlig kompetanseheving og – utvikling.....	33
5.1.4. Styrt og samordnet utbygging og utvikling.....	34
5.1.5. Spesialisering .....	34
<b>5.2. Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner. HF - funksjoner</b> .....	34
5.2.1. Polikliniske tjenester .....	34
5.2.2. Døgneheter.....	36
5.2.3. Vurdering .....	37
<b>5.4. Regionale funksjoner</b> .....	37
5.4.1. Overordnet faglig styring og samordning innen rusfeltet .....	37
5.4.2. Fagnettverk.....	38
5.4.3. Døgnbehandling .....	38
5.4.4. Koordineringsenheten.....	40
<b>5.5. Samordning av rusfeltet og med øvrig spesialisthelsetjeneste for somatikk og psykiatri</b> .....	41
<b>5.6. Spesifikke forhold knyttet til den samiske befolkning</b> .....	42
<b>5.7. Brukermedvirkning</b> .....	42
5.9.1. Kvalitetsforbedring som følge av rusreformen.....	44
5.9.2. Kontinuerlige forbedringsprosesser.....	45
5.9.3. Tiltak .....	46
<b>5.10. Dokumentasjon og dokumentasjonskrav</b> .....	46
5.10.1. Forslag til tiltak .....	47
6. Forskning og Utvikling (FoU) og kompetanseutvikling.....	47
<b>6.1. Situasjonen i Helse Nord</b> .....	48
<b>6.2. Forslag til tiltak</b> .....	49
7. Kompetanseheving og rekruttering .....	49
<b>7.1. Kompetanseheving</b> .....	49
7.2. Rekruttering.....	50
8. Samhandling med kommunene .....	51
<b>8.1. Helseforetakenes råd- og veiledningsfunksjoner</b> .....	52
9. Rullering og oppfølging av planen.....	52

## ***Sammendrag***

Denne handlingsplanen omhandler organisering, innhold i og videreutvikling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseregion nord. *Et hovedmål er å bedre tilgjengeligheten til tilstrekkelig dimensjonerte og differensierte spesialiserte tjenester med høy kvalitet.*

Dette innebærer tjenester som er reelt tverrfaglig sammensatt, er pasientnære, har høy kvalitet, tilbys til rett tid og preges av helhet og kontinuitet. Samhandling og samordning innen rusfeltet, innen spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenester er avgjørende for å kunne nå disse målene og for å kunne møte framtidige behov.

Nedenfor oppsummeres de viktigste forslagene:

### **1) Overordnet faglig styring og ledelse av rusfeltet.**

Det foreslås å opprette et *regionalt fagråd* innen rusfeltet direkte under medisinsk fagdirektør for å bistå i den faglige styringen og samordningen av rusfeltet i Helse Nord.

I forbindelse med at styret for Helse Nord nylig har besluttet å legge Nordlandsklinikken og Nord Norsk kompetansesenter-Rus inn i UNN, legges et viktig grunnlag for etablering av en sterk enhet som kan ha viktige oppgaver både i forhold til kompetanseutvikling og kompetansespredning.

Det anbefales derfor at UNN får et særlig ansvar for å etablere et *faglig nettverk* som omfatter all tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helseregion Nord. I tillegg får UNN ansvaret for å organisere veiledning, slik at veiledningsplikten kan overholdes og at kvaliteten på veiledningen blir god.

### **2) Faglige krav til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.**

*For å sikre god kvalitet i tjenestene foreslås følgende:*

- Helse Nord nedsetter et utvalg som skal utarbeide spesifiserte krav til alle rustiltak innen spesialisthelsetjenesten enten disse er private eller offentlige. Utvalget må også fremme forslag til hva og hvorledes det enkelte tiltak skal rapportere for å kvalitetssikre kravoppnåelse.
- Kravspesifikasjonen bør utformes som et mandat/arbeidsbeskrivelse for det enkelte tiltak på de ulike nivå og må omfatte:
  - Bemanningskrav
  - Krav til personalets faglige kvalifikasjoner og eventuell endring av disse
  - Ansvar og rutiner rundt inn- og utskrivning, herunder definisjon av målgruppe og eventuelle eksklusjonskriterier
  - Kvalitetssystemer og prosedyrer/rutiner
  - Kvalitetsmålinger
  - Samarbeid med private og offentlige instanser og tilsynsorganer
  - Informasjonsplikt
  - Overfor pasienten/henvisende instans
  - Overfor eksterne samarbeidspartnere
  - Offentligrettslige krav
  - Individuell plan
  - Organisering og ansvarsfordeling av det behandlingsfaglige arbeidet

### 3) Prinsipper for utviklingen av tjenester.

I forhold til organisering og utvikling av rusfeltet framover står en overfor fire viktige oppgaver, nemlig:

1. Å sørge for en så lik fordeling av behandlingstilbudet i regionen som mulig, fordelt etter befolkningens behov og rettigheter
2. få en organisering som sikrer så høy faglig kvalitet som mulig i hele tjenestetilbudet
3. Å få en organisering som kan ivareta behovet for kompetanse i hele regionen, og bidra til å utvikle gode og solide fagmiljø så vel i spesialisthelsetjenesten som i kommunene
4. Å utvikle tjenester som både henger sammen med og supplerer de kommunale tjenestene slik at det samlede tiltaksapparat er godt samordnet og bærer preg av kontinuitet over tid. Dette innebærer også at mer spesialiserte tiltak kan understøtte mer grunnleggende basistjenester i spesialisthelsetjenesten

Et uttalt mål må være at en størst mulig andel av behandlingen skal skje i Helseforetakene i Helse Nord, være lokalisert i regionen og at minst mulig av tilbudet skal kjøpes fra private tjenesteleverandører og andre helseregioner.

### 4) Organisering.

En ser det som viktig at den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen organiseres på samme måte som den øvrige spesialisthelsetjeneste, altså en organisering ved lokalsykehusfunksjoner, HF-funksjoner og regionale funksjoner.

*Følgende tiltak foreslås angående lokalsykehus- og HF-funksjoner:*

- Etablere separate rusteam ved hvert lokalsykehus.
- Alle HF i Helse Nord får ansvar for å etablere en døgnenhet for avlastning, avrusning, utredning og behandling.
- Saltenområdet er her i en særstilling. Det dreier seg om et stort DPS-område. Det finnes pr i dag ingen døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Salten. Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres en enhet med 8 døgnplasser for avlastning, avrusning, utredning og behandling i tilknytning til Salten Psykiatriske Senter, Nordlandssykehuset, Bodø.
- Etablering av enheten ved Salten Psykiatriske Senter og ved Helgelandssykehuset bør prioriteres foran de andre helseforetakene

*Følgende tiltak foreslås angående regionale funksjoner:*

- I pakt med oppbyggingen av lokalsykehusfunksjoner innen det enkelte HF legges det til rette for nødvendig strukturendringer og spesialisering av døgninstitusjonene
- Det skal legges til rette for at bruken av langtidsinstitusjoner skal være mer styrt av pasientens reelle behov og at institusjonene blir mer differensierte og tilpasset målgruppens behov og forutsetninger
- Det etableres akutt- og utredningsenheter med mulighet og bemanning for intensiv pleie, skjerming og mer spesialisert utredning og diagnostikk. Det foreslås etablert 12 plasser ved Nordlandsklinikken, 6 plasser ved Finnmarksklinikken og avd. KUEN ved UNN utvides til 10 plasser
- All døgninstitusjonene skal drive integrert behandling og være differensierte, fleksible og inkluderende. Institusjonen skal tilpasse seg pasientene og ikke omvendt.
- Innleggelser etter tvangsinstituttet hjemlet i LOST må i større grad, og inntil rusavdelingen ved UNN har fått nye lokaler, styres til Nordlandsklinikken. Innleggelser etter § 6-2a (gravide misbrukere) skal på permanent basis være Nordlandsklinikkens ansvar
- Etableringen av akutt-plasser ved Nordlandsklinikken prioriteres foran Finnmarksklinikken og UNN.

- Arbeidsgruppen anbefaler at Finnmarksklinikken får et formelt, overordnet ansvar for fagutvikling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling av den samiske befolkningen.
- Finnmarksklinikken får et ansvar for å utrede hvordan en best kan ivareta den samiske befolkning også på rusfeltet.

### **5) Brukermedvirkning.**

Det foreslås følgende:

- Brukermedvirkning skal sikres på alle tjenestesteder både gjennom ledelsesfokus og terapeutisk holdning
- Alle tjenestesteder skal gjennom kvalitetssystemet dokumentere hvordan brukerne skal sikres reell medvirkning
- Så langt det er mulig skal helseforetakenes brukerutvalg suppleres med en representant som har fokus på rusfeltet og dets utvikling
- Så langt det er mulig skal brukerorganisasjonene være representert i viktige plan- og utviklingsprosjekter
- Brukerorganisasjonene skal alltid være høringsinstans i plan- og utviklingsprosesser

### **6) Kvalitet og kvalitetsutvikling.**

*Følgende foreslås:*

- Alle tiltak innen rusområdet i Helse Nord skal være tverrfaglig bemannet med både sosialfaglig og helsefaglig (både somatisk og psykisk) personell. Den samme tverrfaglighet skal prege de enkelte vurderingsinstanser.
- Det må avklares hva som er forsvarlig bemanning på de enkelte tiltak sett i lys av tiltakenes oppgaver. Det bør også gjennomføres en vurdering av tiltakenes sårbarhet til grunnlag for forsvarlig bemanning og nødvendig rekruttering.
- Det skal innføres måling etter nærmere bestemte indikatorer i et gjennomgående styringssystem som omfatter alle tiltak i rusområdet i Helse Nord. Et arbeid pågår sentralt i vurdering av slike indikatorer. Det er ventet at opptrappingsplanen vil inneholde krav om rapportering i henhold til utvalgte kriterier. Disse skal implementeres straks de foreligger.
- Alle tiltak skal etablere formaliserte samarbeidsrutiner med både de kommunale helse- og sosialtjenester og med den øvrige spesialisthelsetjeneste både innen somatikk og psykisk helsevern. Rus skal innarbeides i HFenes formelle samarbeidsavtaler med kommunene. Tiltakene skal ha prosedyrer for forsvarlig utskrivningspraksis og særlig der utskrivning skjer etter avbrutt opphold.
- Diagnostisering etter ICD-10 innføres i alle tiltak.

### **7) Dokumentasjon og dokumentasjonskrav.**

*Følgende foreslås:*

- Stille krav om at det enkelte tiltak skal gi åpne beskrivelser av sine tilbud, arbeidsmåter og behandlingsmetoder i forhold til de funksjoner tiltaket er ment å dekke. Det bør etableres en felles mal for slik dokumentasjon. Beskrivelsene bør gjøres tilgjengelig for offentligheten ved å legge dem ut på internett, for eksempel på [www.rusbehandling.org](http://www.rusbehandling.org).
- Innføre kontinuerlige målinger av pasienterfaringer og -tilfredshet som en fast del av kvalitetssystemet.
- Alle tiltak skal dokumentere og rapportere viktige data til beskrivelse av pasientpopulasjonen, herunder komorbiditet basert på diagnostikk både i forhold til somatikk og psykisk helse.
- UNN får ansvar for å utrede og fremme forslag til verktøy og prosedyrer for å måle behandlingsresultater (oppfølgingsstudier) og for å implementere disse i alle tiltak innen rusfeltet.

## 8) Forskning og Utvikling (FoU) og kompetanseutvikling

*Følgende foreslås:*

- Det foreslås opprettet en FOU-enhet ved den ”nye” avdelingen for rusbehandling ved UNN. Avdelingen bør ha tilsatt personer med både klinisk og akademisk kompetanse
- NNK-rus integreres i denne enheten, men skal sikres autonomi i forhold til det mandat og de arbeidsoppgaver som bestemmes av Shdir og SIRUS
- UNN får ansvar for å nedsette en arbeidsgruppe som skal ha til oppgave å utarbeide et **forskningsprogram for rusfeltet i Helse Nord i løpet av 2007, herunder** blant annet:
  - Kartlegge status og samarbeidsrelasjoner vedr. forskning på rusfeltet i Helse Nord
  - Tiltak på kort og lang sikt
  - Nasjonale og internasjonale kontakter/nettverk
  - Konkretisere virkemidler for å skape maksimal effekt av satsingen
  - Gi oversikt over aktuelle prosjekter og planer
  - Foreslå veiledningsordninger og andre stimulerings tiltak for å stimulere til og understøtte forskning i de kliniske miljøene.

## 9) Kompetanseheving og rekruttering.

*Følgende foreslås:*

- Alle tiltak skal i sine kvalitetssystemer synliggjøre hvordan en ivaretar kompetanseheving og kompetanseutvikling; for eksempel gjennom systematisk bruk kompetansekartlegginger og kompetanseplaner
- Alle tiltak skal ha egne introduksjonskurs eller grunnutdanningsopplegg for alle nyansatte
- Alle tiltak skal ha egne opplegg for intern kompetanseheving. Det skal fokuseres særlig på oppdatering på nasjonal og internasjonal på forskning på rusområdet
- UNN får ansvaret for å etablere ordninger slik at ny kunnskap blir lett tilgjengelig
- Det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter fra Helse Nord, helseforetakene og fagrepresentanter fra hele rusfeltet som skal fremme forslag til en rekrutteringsplan for rusfeltet. Planen bør være konkret og ubundet i forhold til tilsvarende planer for andre fagområder.

## 10) Samhandling med kommunene.

Det foreslås at Helse Nord nedsetter en arbeidsgruppe som skal lage en strategisk plan for samhandling mellom den tverrfaglige spesialiserte rusbehandling og de kommunale tjenestene. Planen bør være konkret, foreslå rutiner og retningslinjer for en effektiv og funksjonell samhandling, utarbeide forslag til konkrete samarbeidsavtaler, vurdere opprettelse av spesifikke faglige møteplasser og kompetansedeling.

Det anbefales at denne planen sammen med de øvrige planer/utredninger som er foreslått inngår som delplaner i et helhetlig planverk eller program for rusfeltet.

## **1. Innledning**

Gjennom rusreformen overtok de regionale helseforetakene det ansvaret som fylkekommunene hadde hatt for tiltak og behandling av rusmisbrukere i medhold av sosialtjenesteloven.

Helse Nord overtok ansvaret for spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere fra 1.1.2004. Fra dette tidspunkt skulle tiltak og tjenester for rusmiddelmissbrukere integreres i den øvrige spesialisthelsetjeneste og ytes i henhold til det generelle ansvarsprinsippet og oppgavedelingen. Tjenestene ble hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven, men er i respekt for rusfeltets egenart og klare vekt også på det sosialfaglige definert som **”tverrfaglig spesialiserte tjenester”**.

Som en konsekvens av denne vektleggingen av det tverrfaglige perspektivet avviker spesialisthelsetjenesten innen rusområdet fra de øvrige spesialiserte tjenester på to områder. Det ene er at også sosialtjenesten er gitt henvisningsrett til tverrfaglig spesialisert behandling. Det andre er at de regionale helseforetakenes ”sørge for” – ansvar ble utvidet til å omfatte innleggelses etter ”tvangsinstuttet” hjemlet i sosialtjenestelovens §§ 6.2, 6.2a og 6.3.

Gjennom integreringen ble også rusmiddelavhengige gitt de samme pasientrettigheter som de øvrige pasientgrupper, og ved dette er vurdering og prioritering av pasienter henvist til behandling blitt en viktig del av spesialisthelsetjenestens oppgaver.

Det er lagt viktige føringer for Helse Nord RHF sin forvaltning av sitt sørge - for ansvar for rusmiddelmissbrukere. Disse føringene er forankret både i rusreformen, handlingsplaner mot rusmiddelproblemer og i de årlige bestillerdokumenter til RHF. Regjeringens hovedmål er en betydelig reduksjon i både de sosiale og helsemessige skadene knyttet til rusmiddelbruk. Det er videre, gjennom bestillerdokument, lagt nasjonale føringer på en høy prioritet på rusområdet. Blant annet ble det i dokumentet for 2005 krevd en større prosentvis ressursvekst innenfor både rus og psykisk helsevern enn innenfor det somatiske området. Det er bebudet en nasjonal opptrappingsplan for rusområdet tilsvarende den vi har innen psykisk helsevern.

Helse Nord gir i dag det alt vesentlige institusjonstilbudet gjennom de etablerte institusjoner som ble overtatt ved rusreformen i 2004. Dette er institusjoner som er pålagt å gi et tverrfaglig spesialisert tilbud. Imidlertid er det viktig å presisere at misbrukeres rett til spesialisthelsetjenester omfatter langt mer enn dette. På samme måte som den øvrige befolkning har misbrukere rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten innen somatikk og psykisk helsevern der behov og indikasjon tilsier dette. I tillegg har en valgt å organisere viktige tjenester spesifikt rettet mot rusmisbrukere innenfor det spesialiserte psykiske helsevernet blant annet gjennom rusteam og psykiatriske poliklinikker på de ulike ”Distriktpsikiatriske sentre” (DPS) i helseregionen. Det er innen psykisk helsevern etablert sengeposter henholdsvis i Tromsø og Bodø for pasienter med dobbeltdiagnose alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk.

I 2005 ble det etablert et regionsenter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved UNN, som har rådgiverstillinger både i Tromsø, Narvik og i Bodø.

Misbrukere og deres pårørende har samme rett til de kommunale helse- og sosialtjenester og blant annet tjenester fra utdanningssystemet og NAV - systemet som alle andre. I denne handlingsplanen vil disse tjenestene først og fremst bli omtalt som rusfeltets viktige samarbeidspartnere.

Denne handlingsplanen omhandler organisering, innhold og videreutvikling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseregion nord.

Med tverrfaglig spesialisert rusbehandling menes følgende:

1. De **tverrfaglige spesialiserte** tjenestene som stilles rusmiddelmissbrukere og deres pårørende til rådighet
2. Tjenester organisert innenfor det spesialiserte **psykiske helsevern** som er spesifikt rettet mot rusmiddelmissbrukere og deres pårørende
3. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Planen har fått navnet ”**Riktig, nært og helhetlig**”. Navnet synliggjør mye av de mål og den retning for videre utvikling som en tilsikter gjennom handlingsplanen.

**Riktig** for rett tjeneste som settes inn til rett tid med rett prioritet, på rett nivå og som er differensiert i henhold til pasientens kjønn, alder, problemutforming og behov og som har god faglig og relasjonell kvalitet.

**Nært** for desentraliserte tjenester som er pasientnære og tilgjengelige.

**Helhetlig** for tjenester som bærer preg av langsiktighet, sammensatthet og kontinuitet og som står i en effektiv og koordinert sammenheng med hverandre både horisontalt (innad i spesialisthelsetjenesten) og vertikalt (gjennom en effektiv og funksjonelle samhandling med spesialisthelsetjenestens viktige samarbeidspartnere). Pasienter med sammensatte behov skal få et sammensatt tjenestetilbud.

Fremover blir det viktig å strukturere tiltakene slik at den hjelp som gis blir av god faglig kvalitet, at hjelpetilbudene kan settes inn så tidlig som mulig, og at disse blir satt sammen i en helhet og med kontinuitet. Samhandling mellom spesialisthelsetjenester, og mellom disse og kommunale tjenester er avgjørende for å kunne møte behovene fremover. Der det foreligger rett og behov for dette bør det samlede hjelpetilbudet organiseres gjennom en individuell plan.

**Et hovedmål er å bedre tilgjengeligheten til tilstrekkelig dimensjonerte og differensierte spesialiserte tjenester med høy kvalitet.**

Til sist noen ord om begrepsbruk i planen. En har valgt å benevne brukerne av spesialisthelsetjenester innen rusområdet for **pasienter**. Pasientgruppen tiltakene i spesialisthelsetjenesten er rettet mot har en valgt å benevne som **rusmiddelmissbrukere**. Disse begrepene er verken entydige eller uproblematisk. For eksempel kan pasientbegrepet lede tanken henimot passive hjelpemottakere, som innenfor rusområdet blir direkte misvisende i forhold til den betydning pasientens egne mål, valg, handlekraft, vilje og medvirkning har for behandlingens resultater. Når en likevel har valgt denne begrepsbruken er dette vesentlig for å harmonisere begrepsbruken med den øvrige spesialisthelsetjeneste og med gjeldende lovverk på den ene siden, og fordi begrepene funksjonelt er innarbeidet og forståelige så vel i befolkning og hjelpeapparat.



## 2. Bakgrunn

Helse Nord startet en planprosess våren 2004 ved at en la ut planarbeidet til ekstern konsulent ved Rogalandsforskning. Det forelå et forslag til "Handlingsplan for rusfeltet 2005 - 2008" høsten 2004, som etter en høringsrunde ble besluttet konkretisert og utvidet gjennom en ny planprosess sent på året 2005. Det ble nedsatt en plangruppe som utarbeidet et nytt planutkast "Nært og helhetlig" som forelå i mai 2006.

Sommeren 2006 ble det besluttet å etablere ytterligere et prosjekt som med utgangspunkt i de to foreliggende planene skal ferdigstille en handlingsplan for rusfeltet for perioden 2007 – 2010 innen 1. november 2006.

Ansvarlig for prosjektet har vært klinikkisjef Knut Østvik, Hålogalandssykehuset HF. Det ble nedsatt en prosjektgruppe som under ledelse av Oddvar Larsen fra Helse Nord sammen med prosjektansvarlig nå har utarbeidet en endelig plan.

Foruten overnevnte består prosjektgruppen av **følgende representanter:**

Reidar Høifødt fra Rusavdelingen ved UNN HF

Lars Linderoth fra Rus og psykiatriposten ved Nordlandssykehuset HF

Sissel Hoseth fra sosialtjenesten i Bodø kommune

Andreas Holund, som representerer både indremedisin, allmenlegetjenesten og rusfeltet

Jostein Tørstad, primærhelsetjenesten i Kirkenes

Konrad Kummernes, Helgeland HF

### **Prosjektet har følgende mandat:**

Arbeidet skal ta utgangspunkt i foreliggende planutkast av 26.11.2004 med tilhørende høringsuttalelser og i foreløpig plan av mai 2006.

Planen skal gi en oversikt over de tiltak som finnes spesialisthelsetjenesten i Helse Nord og fremme forslag til faglig innhold og organisering av disse tjenestene for å sikre innbyggerne i Helse Nord kvalitetsmessig gode og tilgjengelige tjenester. Spesialisttjenester for rus skal ses i sammenheng med både den øvrige spesialisthelsetjeneste og med den kommunale helse- og sosialtjeneste. Eventuelle forslag til utvidelse av kapasitet og ressurser og/eller etablering av nye tiltak skal faglig begrunnes, prioriteres og det skal gis en oversikt over kostnader både med hensyn til investering og drift. Planen skal etter en høringsrunde legges fram for styret i Helse Nord i januar 2007 for godkjenning.

### **Utover dette skal planen gi svar på følgende:**

1. Planen skal gi svar på hvordan en best kan få til en overordnet faglig styring og samordning på rusområdet i Helse Nord. Det må klargjøres hvordan vi kan organisere rusfeltet for å få til en enhetlig og samordnet faglig ledelse på rusfeltet. Herunder om det for eksempel er hensiktsmessig å opprette et fagråd for rus.
2. Det ønskes en kort oppsummering av kunnskapsgrunnlaget for behandling av rusmiddelavhengighet (både for alkohol og narkotiske stoffer). Dette bes innarbeidet i kapittel 1 som et grunnlag for den funksjonen planen skal ha videre som styringsdokument.
3. Det er et stort behov for styrking av kunnskapsgrunnlaget for rusbehandling gjennom forskning og fagutvikling. Arbeidsgruppen bes gi råd om hvordan dette kan gjennomføres i Helse Nord. Man bør i denne sammenheng også vurdere hvordan vi kan sikre at fagmiljøet er i direkte kontakt med frontlinjen i fagutviklingen nasjonalt og internasjonalt.
4. Det er fra fagfeltet foreslått etablering av nye institusjonsplasser for avrusning og utredning. Planen må begrunne dette forslaget, og det må særlig vurderes om ikke ansvaret for avrusning fortsatt skal tilligge de medisinske avdelingene ved lokalsykehusene.
5. Koordineringsenheten ved Nordnorsk kompetansesenter må beskrives nærmere. Det må klargjøres hvilken organisatorisk plassering denne enheten skal ha, hvilke funksjoner den skal ha og hvordan den skal forankres faglig i de kliniske

kompetansemiljøene ved Universitetssykehuset og Nordlandsklinikken. I denne delen av planarbeidet må arbeidsgruppen følge med i den pågående innlemmelsen av Hålogalandssykehuset i Nordlandssykehuset og UNN, og gi råd om hvordan de funksjonene som nå ligger i Hålogalandssykehuset best kan videreføres.

6. Riktig prioritering er sentralt hvis man skal oppnå et godt kostnytteforhold innen rusbehandling. Det bør redegjøres for hvordan en skal utvikle en lik praksis som best mulig ivaretar prioriteringsforskriften og pasientrettigheter. Handlingsplanen må beskrive en organisering som sikrer individuell vurdering i spesialisthelsetjenesten etter prioriteringsforskriften og deretter individuelt tilpasset behandling. Under dette punkt må det klargjøres hvordan arbeidet i vurderingsinstansene skal utføres, hvordan forholdet mellom disse og henviser skal være og videre forholdet mellom vurderingsinstansene og koordineringsenheten. I den forbindelse bør retningslinjer for henvisning beskrives. Det må fremgå at behandlingsnivå bestemmes av spesialisttjenesten. Det er i tidligere planutkast hevdet at alle DPSer skal vurdere henvisninger fra primærhelsetjenesten. Det er grunn til å stille spørsmål ved om det er realistisk å bygge opp slik kompetanse ved alle DPSene. Arbeidsgruppen må vurdere alternative løsninger, samtidig som en ivaretar det overordnede prinsipp om nærhet og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestene.
7. I tidligere planutkast er det hevdet at lærings- og mestringssentrene kan gi et godt tilbud til rusmisbrukere. Hvis arbeidsgruppen mener dette, må innhold og organisering av dette tilbudet beskrives nærmere.
8. I tidligere planutkast er det foreslått oppretting av en rekke nye stillinger. Det ønskes beskrivelse av hvilke funksjoner og hvilken kapasitet som er nødvendig. Det må fremgå hvilke analyser som ligger til grunn for disse tilrådingene. Det er ikke ønskelig med konkretisering av antall forventede stillinger i planen. Hvilke stillinger som må opprettes, må Helse Nord fortløpende komme tilbake i forbindelse med gjennomføring av planen.
9. Det er ikke foreslått noen styrking av rusbehandlingstilbudet i Salten-regionen. Dette må vurderes nærmere og eventuelt begrunnes tatt i betraktning den relativt store befolkningkonsentrasjonen i dette området.
10. Planen skal spesifikt se på behov for tiltak rettet mot den samiske befolkning.

### ***3. Plangrunnlaget***

#### **3.1. Sentrale føringer**

Gjennom **sykehusreformen** ble de behandlingstiltak overfor rusmisbrukere som var organisert til psykiisk helsevern fra 2002 overført til staten ved de regionale helseforetakene.

To år senere, gjennom den såkalte **rusreformen**, fulgte de rustiltak som fram til da hadde vært organisert i fylkeskommunene. De regionale helseforetakene overtok fra 1.1. 2004 "sørge-for ansvaret" for **tværfaglig spesialiserte behandlingstiltak for rusmisbrukere**.

I Ot. Prp. Nr 3 (2002-2003) i oktober 2002 hevdes det at det særlig legges til grunn behovet for å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling av rusmisbrukere, og å styrke helsetjenestetilbudet for denne gruppen. Det framsettes som særskilt viktig å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud og en videreutvikling av dette innenfor en helhetlig statlig ramme. Samtidig ønskes det en opprydding og klargjøring av ansvaret mellom helsetjenesten på den ene siden og sosialtjenesten på den andre

Den overordnede målsettingen med rusreformen er å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, samt å bedre tjenestenes kvalitet og behandlingsresultat.

Rusreformen er tenkt som en fagreform og ikke bare et eier- og ansvarsskifte.

Av de faglige målsettingene ved reformen kan nevnes:

- Klargjøring av ansvarsforhold
- Bedret ressursutnyttelse
- Styrket tverrfaglig innsats
- Helseperspektivet skal styrkes
- Samarbeid mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer skal hindre gråsoner og potensial for ansvarsfraskrivelse som gjør rusmiddelmisbrukere og deres pårørende til kasteballer i systemet
- Styrke den delen av behandlingstilbudet som gjelder spesialisthelsetjenester
- Utvikle et **helhetlig tiltaksapparat som fanger opp brukernes individuelle behov**

Av de overordnede oppgaver for de medisinsk spesialiserte tjenester nevnes:

- Avrusning som krever tett medisinsk helsefaglig behandling
- Kvalifisert utredning og kartlegging av behandlingsbehov
- Spesialisert behandling poliklinisk eller i institusjon
- Tilbud til misbrukere med ulike psykiske lidelser
- Et ”sørge for” – ansvar med hensyn til institusjonsplasser for innleggelses på grunnlag av sosialtjenestelovens (LOST) §§ 6.2 og 6.2.a.

### Lovverket

De mest sentrale lovene som regulerer tjenestene til pasienter og klienter innefor rusomsorgen er:

- Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) (13.12.91)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (02.07.99)
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (02.07.99)
- Lov om helsetjenesten i kommunene (19.11.82)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (1999-07-02)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999-07-02)

Gjennomføringen av rusreformen medførte en del endringer i ansvar slik de er nedfelt i sentrale lover. De viktigste endringer i sosialtjenesteloven er § 6-1 om at sosialtjenesten skal ”bistå med” og ikke ”sørge for” et behandlingsopplegg og at retten til individuell plan ble nedfelt i lovens § 4-3a. I spesialisthelsetjenesteloven ble det gjort en tilføyelse til § 2-1a første ledd som gjelder plikten til å sørge for spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Spesialisthelsetjenesten fikk også ansvar for å vurdere all henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling. Tjenesten skal varsle sosialtjenesten i god tid ved utskrivning dersom pasienten ønsker det, og alltid ved innskriving med hjemmel i sosialtjenestelovens §§ 6-2 og 6-2a.

Regulering av tjenestene gjennom helselovgivningen innebærer at rusmiddelmisbrukere også omfattes av pasientrettighetsloven. Viktigst her er:

- Rett til øyeblikkelig hjelp
- **Rett til vurdering av henvisning**
- **Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten**
- **Rett til individuell frist for når helsehjelp senest skal gis**
- Rett til oppfyllelse ved fristbrudd
- Rett til fornyet vurdering
- Rett til valg av sykehus
- Rett til individuell plan
- Rett til syketransport.

### **Regjeringens bestillerdokument til helseregionene:**

I regjeringens bestillerdokument 2006 til Helse Nord RHF heter det at:

*”Helse Nord skal ha særlig styringsoppmerksomhet knyttet til følgende pasientgrupper slik at det prioriteres riktig:*

- *Mennesker med psykiske lidelser*
- *Rusmiddelmissbrukere*
- *Pasienter med kroniske sykdommer*
- *Pasienter som behøver rehabilitering – habilitering*

*Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres foran pasienter uten rett. Helse Nord må identifisere hvilke fagområder og for hvilke pasienter det er størst avvik mellom overordnede målsettinger og resultater for befolkningen i egen region. Helse Nord skal sørge for at alle som har rett på individuell plan, og ønsker det, får tilbud om det.”*

Det heter videre at *”de regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken”*. Departementet viser til at mange pasienter med psykiske lidelser har eller utvikler et rusproblem, og vil peke på behovet for nødvendig kompetanse for å kunne vurdere, eventuelt behandle pasienter med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser både innen rusvernet og psykisk helsevern.

Omfanget av rusmiddelmissbruk og antall rusmiddelmissbrukere er betydelig, og behandlingstilbudene er ikke kapasitetsmessig og kvalitativt sett innrettet mot å svare på behovene. Dette gjelder særlig legemiddelassistert rehabilitering. De regionale helseforetakene skal derfor sørge for at pasienter med disse sammensatte lidelsene får et helhetlig og sammensatt behandlingstilbud svarende til pasientenes behov.

Ventetiden for enkelte tverrfaglige spesialiserte behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere er fortsatt for lang, og det stilles krav til reduksjon i ventetid for disse. Det er i den sammenheng viktig å videreføre arbeidet med standardisering av rapporteringene som grunnlag for å følge utviklingen nærmere. De regionale helseforetakene skal bidra til samordning av planlagt ventelisteregistrering på rusområdet med øvrig system for ventelisteregistrering innen spesialisthelsetjenesten.

DPS-enes (Distriktpsikiatriske sentrenes) rolle betones spesielt ved at *”det skal iverksettes tiltak for å oppgradere DPS faglig og bemanningsmessig slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver”*.

Når det gjelder forskning skal Helse Nord RHF i henhold til bestillerdokumentet prioritere oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, særlig forskning på rusbehandling og psykisk helse.

### **Stortingsmelding nr. 25 1996-97- Åpenhet og helhet (Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet)**

Meldingen bekrefter at et stort antall rusmiddelmissbrukere har psykiske lidelser og at antallet her er økende. Meldingen deler pasienter som befinner seg i gråsonen mellom rusproblemer og psykiske problemer inn i tre grupper:

1. psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler.
2. misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon

3. vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten forventes å ha ansvaret for gruppe 1 og 3. Rusmiddeljenesten har ansvaret for gruppe 2 og er ansvarlig for å være tilbud til personer som plages av angst og depresjon men som ikke har utviklet alvorlige psykiske lidelser. Meldingen foreslår at det skjer en utbygging og kompetanseoppbygging av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten for å ta seg av gruppe 1 og 3. Rusvernet forventes å øke sin kompetanse og sine tjenester tilpasset til å kunne ta seg av rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser.

Departementet ser det som meget viktig med et tettere samarbeid mellom psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Meldingen understreker at det haster med å etablere særskilte tiltak for rusmiddelmissbrukere med alvorlige psykiske lidelser og vil støtte etableringer av tiltak. Støtten vil gies gjennom statlige øremerkede midler til omstrukturering og styrking av det psykiske helsevern. Det tæs til orde for minst et tilbud innenfor hver helseregion.

### ***St.meld. nr. 16 1996-97- Narkotikapolitikken***

Meldingen understreket en utvikling som viser en sterk økning av blandingsmisbruk med påfølgende økning av tilleggsproblematikk. Dette skjer i alle aldersgrupper også blant ungdom..

Meldingen la grunnlaget for revisjon av sosialloven med de endringer som trådte i kraft 1. januar 1999.

Nye forskrifter og retningslinjer skal i følge meldingen sikre minimumsstandarder på kvaliteten i behandlings- og rehabiliteringstiltak.

Forskriftene vil bli utformet med sikte på å:

- tydeliggjøre hjelpeapparatets plikt og ansvar til å sikre beboerne tjenester som er i samsvar med behovene
- stille krav til vurdering av tiltakets egnethet i forhold til misbrukerens situasjon
- tydeliggjøre tiltakets tilbudsinnhold
- kontraktinngåelse mellom misbrukeren, kommunen og institusjonen om tilbud, rettigheter og plikter, samt vektlegging av individuelle behandlingsplaner
- pålegge intern og ekstern evaluering
- hindre svingdørsklienter som stadig faller ut av langtidsbehandling

Departementet la til rette for å utforme en landsdekkende organisering og utarbeide forskrifter for legemiddelassistert rehabilitering.

I meldingen ble kompetansesentrene sikret en sentral plass i utviklingen av rusvernet for å styrke fagmiljøet og gi bedre kvalitet i tjenesten. Nordlandsklinikken og Rusavdelingen ved UNN ble tildelt et regionalt ansvar i Helseregion Nord for å gi råd og veiledning i saker etter § 6-2a (tvang overfor gravide misbrukere), og ta imot gravide misbrukere dersom fylkeskommunen ikke har plasser i eget fylke.

### **De psykiatriske ungdomsteamene. Utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering**

I utredning nr. 11-2000 gjennomgår Statens Helsetilsyn de psykiatriske ungdomsteamenes framtidige funksjon, og fremmer følgende forslag:

- Tilbudet skal rette seg mot ungdom og voksne opp mot 25-30 år, men slik at de yngste får høyest prioritet
- Muligheten for tidlig intervensjon skal økes gjennom nye samarbeidsmodeller med andre tjenester

- Problematikken omkring teamenes målgruppe er såpass sammensatt at dette krever en bredspektret behandlingstilnærming fra intensiv kriseintervensjon på den ene siden til tilrettelegging av både sosial og yrkesmessige (re)habilitering på den andre
- Teamet skal kartlegge og utrede den enkelte ungdom etter henvisning, og sammen med ungdommen finne tiltak som er tilpasset behov og muligheter
- Teamet har ansvar for oppfølging under og etter et eventuelt institusjonsopphold. Denne oppfølgingen skal skje i samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjeneste
- Teamet har ansvar både for oppfølging og veiledning av pårørende
- Teamet må få større kompetanse i behandling av kombinasjonen rus og psykiske lidelser
- Tjenesten teamet driver må få større omfang

I utredningen heter det også at BUP må få et klarere ansvar for ungdom med rus og psykiske lidelser.

### **Regjeringens handlingsplaner mot rusmiddelproblemer for perioden 2003-2005 og 2006-2008**

Sosialdepartementet ved daværende sosialminister Ingjerd Schou la i 2002 fram Regjeringens handlingsplan 2003-2005. Denne planen skulle være styrende for regjeringens politikk på rusområdet for planperioden. Planen gir et viktig grunnlag for rusmiddelpolitikken ved at den formulerer en politisk plattform, tydeliggjør verdigrunnlaget, formulerer mål, strategier og virkemidler både på det forebyggende og det behandlende området.

Regjeringen vil sørge for en helhetlig tilnærming til de sosiale og helsemessige problemer som befolkningen opplever i forbindelse med bruk av rusmidler.

Det varsles et mer samordnet og systematisk samarbeid om utforming av rusmiddelpolitikken på departementsnivå, og at regjeringen vil følge opp utviklingen av rusmiddelproblematikken nøye gjennom et eget oppfølgingssystem. Planen varsler også en årlig statusrapport om rusmiddelsituasjonen i Norge. Slike rapporter er utkommet for både 2003, 2004 og 2005.

I august 2005 ble det lagt fram en ny handlingsplan fra arbeids- og sosialdepartementet for perioden **2006-2008**. Planen viderefører de mål og strategier som var lagt til grunn tidligere, men framhever mange områder departementet mener det er behov for særlig innsats og som bør prioriteres i planperioden.

Planen omhandler områdene forebygging og tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling, forskning, kompetanseheving og nordisk og internasjonalt samarbeid.

I planen settes det særlig fokus på risikoutsatte barn og unge, arbeidsliv og rusmidler og rusmiddelmisbrukere i kriminalomsorgen.

Planen påpeker også det betydelige behovet for å styrke forskningen innen behandlings- og rehabiliteringsarbeidet i de kommende år.

### **3.2. Utviklingstrekk/forbruksmønster**

#### **Alkohol:**

Alkoholforbruket blant voksne har steget de siste 10 årene. For 2005 er det registrerte gjennomsnittforbruket per capita oppe i 6,37 liter ren alkohol pr år.

Alkoholforbruket er svært påvirket av pris/kjøpekraft og med det sterke presset det er på nedgang i avgiftsnivået, er det rimelig å forvente en økning i alkoholforbruket framover. Alkoholforbruket blant unge økte sterkt i perioden 1995-2001. I aldersgruppen 15-20 år var gjennomsnittforbruket ca. 5 liter ren alkohol pr. år, mot 3 liter for 10 år siden. Tallene for 2005 viser en liten nedgang til under 5 liter. Fra 2003 til 2005 viser særlig guttene en nedgang av forbruket (fra i overkant av 7 liter til i overkant av 5 liter). Det er også en nedgang hos

jentene, men den er relativt sett mindre. Generelt har kvinners alkoholkonsum hatt en tydelig negativ utvikling siden begynnelsen av 1990-årene. På dette tidspunkt var det gjennomsnittlige årlige alkoholkonsum blant kvinner ca halvpartene av mennenes. I dag er forskjellene blant de unge betydelig mindre.

### **Illegale stoffer:**

Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor stort omfanget av narkotikaproblemene er. Ved hjelp av ulike indikatorer som f eks offisiell statistikk og undersøkelser har vi allikevel anledning til en viss grad å følge utviklingen og problemenes omfang. Det store flertall i Norge har imidlertid aldri prøvd narkotiske stoffer.

Cannabis, hovedsakelig hasj, er fremdeles det mest utbredte narkotiske stoffet i Norge. Cannabis utgjør også hoveddelen av beslagstallene. I 2003 utgjorde således cannabis-beslagene 44 % av narkotiske stoffer som ble beslaglagt. Cannabis er beslaglagt i samtlige av landets politidistrikter. Avhengighetskapende legemidler og amfetamin utgjør de nest største beslagene (19 %).

Prisen på heroin gikk kraftig ned på nittitallet og er fortsatt relativt lav. Oslo-området er fremdeles sentrum for herointrafikken, men det er også opioid - miljøer i flere av de største kommunene, noe som blant annet framkommer i søkingen til Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I Helse Nord finner vi opioidmisbrukere godt spredt over regionen, men de største miljøene finner vi i Bodø og Tromsø.

**Antall sprøytemisbrukere** i Norge nådde en topp i 2001 og var da beregnet til et sted mellom 11 000 og 15 000, for så å gå ned i 2003. I perioden fra 2003 til 2005 ser det ut til at tallene har flatet ut. Etter nye beregninger (SIRUS - rapport nr 5, 2006) er det et sted mellom 8 200 og 12 500 sprøytemisbrukere i Norge i 2005. Den viktigste årsaken til fallet er trolig at mange sprøytemisbrukere ble tatt inn i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Det foreligger ikke tilsvarende beregninger på omfanget av andre problembbrukere.

Vi vet lite om bruken av illegale rusmidler i den voksne befolkningen, ut over de som har fått alvorlige avhengighetsproblemer. Flere undersøkelser tyder på at det er langt flere brukere av slike stoffer enn de som hjelpeapparatet identifiserer som rusmiddelbrukere (for eksempel undersøkelser av dem som mottar sprøyter fra "sprøytebussen" i Oslo og tilsvarende tiltak).

Men vi har i Norge et godt datagrunnlag for å følge utviklingen når det gjelder ungdom og bruk av rusmidler.

Resultatene fra 2004-undersøkelsen viser at det etter en økning av ungdom som noen gang har forsøkt de ulike narkotiske stoffene på slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, er andelen som oppgir at de noen gang har brukt de ulike stoffene, nå gått noe ned. Fram til 90-tallet var det under 10 % av ungdom på landsbasis som noen gang hadde forsøkt cannabis, mens andelen steg til 18-19% omkring tusenårsskiftet. I 2004 var den tilsvarende andelen redusert til i overkant av 13 %. Når det gjelder de "tyngre" stoffene er det 3-4 % som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin og mellom 1 og 3 % som oppgir at de noen gang har forsøkt ecstasy eller kokain. Andelen som har brukt heroin har ligget omkring 1 %, men har i de siste tre årene stabilisert seg noe i underkant av dette.

De årlige ungdomsundersøkelsene viste imidlertid en klar økning i positiv **holdning** til narkotika fra begynnelsen av 1990-tallet fram til tusenårsskiftet. Mens 2 % av ungdom i aldersgruppa 15-20 år i 1990 mente at cannabis burde selges fritt og 5 % oppga at de ville forsøkt cannabis dersom det ikke var fare for å bli arrestert, var de tilsvarende andelene i 2000 steget til henholdsvis 10 % og 13 %. I de siste par år har det imidlertid igjen vært en liten nedgang (henholdsvis 9 % og 10 %).

Det ser ikke ut til å ha vært noen økning i tilgjengeligheten på illegale rusmidler i de senere år, målt gjennom spørsmål om hvorvidt de unge er blitt tilbudt ulike stoffer. Andelen 15-20 åringer på landsbasis som sier at de noen gang er blitt tilbudt cannabis, har vært omkring 40 prosent i den siste 5-årsperioden, mens andelen som mener at de vil kunne klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager hvis de skulle ønske det, har vært omkring 60-65 prosent. Andelen på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt amfetamin og ecstasy har ligget på omkring henholdsvis 13-17 og 9-14 prosent.

### **Vanedannende legemidler:**

Andelen brukere av vanedannende legemidler synes å ikke ha endret seg vesentlig de siste 10 til 20 årene. Mest påfallende er den omfattende blandingsbruken av slike legemidler og andre rusmidler. Det viser både undersøkelser av pasienter i hjelpeapparatet og analyser av veitrafikksaker (2,6 stoff pr. sak i gjennomsnitt, utenom alkohol) og av overdosedødsfall (heroin alene i bare 10 % av de heroinrelaterte dødsfallene).

### **Skadevirkninger:**

Skadevirkningene av rusmiddelbruk og misbruk kan registreres på mange måter. De vanligste målene på dette er rusmiddelrelaterte dødsfall, sykdom, ulykker/skader og vold. Det er en omfattende dokumentasjon som viser at bruk av rusmidler spiller en omfattende rolle på alle disse områdene. I WHO's studie: "Global burden of Disease 2000", ble alkohol rangert som den tredje viktigste sykdomsfremkallende faktor (etter røyking og høyt blodtrykk).

En beregning som nylig er gjennomført ved Rokkan-senteret i Bergen, viser at alkoholbruk koster det norske samfunnet 20 milliarder kroner i året. Beregningen viser imidlertid at de største kostnadene er knyttet til arbeidsliv og kriminalitet. Utgiftene til helsevesenet utgjør en mindre andel. Velferdstap for misbrukere eller skadelidende tredjepart er ikke regnet med.

Det finnes generelt lite forskning både på omfanget av alkoholbruk og om skadevirkninger av dette. Forskningsleder Sverre Nesvåg<sup>1</sup> ved Forskningsinstituttet i Stavanger hevder imidlertid at den forskning som finnes på for eksempel arbeidsliv og alkoholbruk viser at hele 33 prosent av korttidssykefraværet og 15 prosent av langtidssykefraværet skyldes alkoholproblemer. Dette framkommer imidlertid ikke i offisielle statistikker da alkoholbruk nesten aldri blir oppgitt som sykemeldingsgrunn. Dette er mennesker som først og fremst vil være i behov av poliklinisk behandling, og tilgjengelighet og kapasitet på dette området vil derfor være viktig.

I 2005 ble det registrert en gledelig nedgang i såkalte overdosedødsfall sammenlignet med året før. Mens det i 2004 ble registrert 223 slike dødsfall var tallet i 2005 184. Sammenlignet med toppnoteringen i 2001 med 338 dødsfall er dette en betydelig nedgang, men i europeisk sammenheng er tallet fortsatt høyt.

Gjennom de siste årene er det i tillegg satt et stadig sterkere fokus på misbrukets konsekvenser for tredjepart med fokus på familie og spesielt barn.

SIRUS sin kost - nytte analyse basert på lang oppfølgingstid av ca. 500 rusmiddelmissbrukere (i hovedsak illegale rusmidler), viste også store kostnader knyttet til både kriminalitet og helsehjelp. SIRUS sin undersøkelse viste imidlertid også at det er nettogevinst å hente gjennom et omfattende rehabiliteringsarbeid, selv overfor de tyngste rusmiddelmissbrukerne.

<sup>1</sup> Sverre Nesvåg **Alkoholkultur i norsk arbeidsliv**. Doktoravhandling Universitetet i Oslo 2005



## Pasientpopulasjonen:

### Nasjonale tall:

Det er søkt opprettet et nasjonalt pasientkartleggingssystem som bearbeider datamateriell innsendt fra alle typer behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere i Norge. For 2004 leverte 107 behandlingstiltak inn data. Materialet omfatter 34 740 henvendelser.

Følgende forhold knyttet til pasientpopulasjonen framkommer:<sup>2</sup>

- 70 % er menn. Kvinneandelen er vesentlig større i yngre aldersgrupper
- Flertallet av henvendelsene dreier seg om pasienter i aldersgruppen 31-50 år
- 28 % av henvendelsene gjaldt akuttbehandling, 43 % annen behandling, 20 % utredning/vurdering og 10 % omsorg/bolig
- 72 % hadde vært inntatt tidligere i tiltak for rusmiddelmissbrukere. 48 % i samme tiltak
- For 40 % er grunnskolen høyeste fullførte utdanning og 75 % er uten beskjeftigelse; det vil si verken i arbeid eller noen form for utdanning
- Bare 13 % hadde egen arbeidsinntekt eller studiefinansiering. Resten hadde varige (24 %) eller midlertidige (29 %) trygdeytelser. 28 % hadde sosialhjelp som viktigste inntektskilde
- For **kvinnene** hadde 39 % alkohol som mest brukte rusmiddel, 30 % heroin/opiater, 13 % vanedannende legemidler, 9 % sentralstimulerende midler og 7 % cannabis
- Hos **mennene** var tallene litt annerledes; 46 % alkohol, 28 % heroin/opiater, 9 % cannabis, 9 % sentralstimulerende midler og 5 % vanedannende legemidler
- Vedrørende komorbiditet oppgav ca 80 % av utvalget å ha vært deprimert i løpet av livet og knappe 70 % hadde opplevd alvorlig angst. 44 % av kvinnene og 39 % av mennene oppgav å ha kroppslige sykdommer eller skader som påvirker livsførsel eller livskvalitet
- 72 % av kvinnene og 57 % av mennene oppgav å ha mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer tidligere
- Bare 52 % av henvendelsene avsluttes etter gjensidig avtale mellom pasient og tiltak. 35 % ble avsluttet ensidig fra pasient og 12 % ble avsluttet etter ensidig beslutning fra tiltaket

Disse tallene er ikke relatert til diagnoser, og reflekterer derfor ikke bredden i symptomatologien eller fordelingen av de ulike psykiske lidelsene i denne pasientpopulasjonen.

### Tall fra regionen:

Det finnes foreløpig ingen samlet dokumentasjon av pasientpopulasjonen i Helse Nord. Det følgende er basert på tall fra Nordlandsklinikken, men er supplert og delvis bekreftet av tall og skjønn både fra Finnmark og Troms.

- Kvinneandelen er økende og er i dag på vel 30 % (34 % ved Nordlandsklinikken)
- Høy komorbiditet med hensyn til psykiske lidelser de siste årene. På Nordlandsklinikken mellom 75 -80 %. Hyppigst forekommer angst og depresjon, men mellom 35 og 40 % av pasientene er diagnostisert innenfor den funksjonelle ”dobbeltdiagnose-gruppen”
- Mellom 40 og 50 % har til dels alvorlige somatiske lidelser. Hyppigst forekommer infeksjonstilstander, diabetes og traumer
- Gjennomsnittsalderen er synkende. Ved Nordlandsklinikken er 80 % av pasientene under 50 år. 30 % er under 30 år
- Hoveddelen av pasientene ved de tre offentlige institusjonene kommer fra det fylket institusjonene ligger i (ca 80 %)
- Majoriteten av innleggelsene etter tvangsinnleggelse i Lov om sosiale tjenester skjer ved Nordlandsklinikken (i alt 16 i 2005)

<sup>2</sup> Iversen E. m. fl.: **Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata.** Rapport for 2004

### 3.3. Kunnskapsgrunnlaget

Innenfor rusfeltet er kunnskapsgrunnlaget både mangelfullt og utilstrekkelig. Det er mange grunner til dette. Forskningen på feltet, og særlig den kliniske, er både relativt svak og av ny dato. Fagområdet har inntil nylig vært organisert som en særomsorg på siden av den øvrige spesialisthelsetjeneste og i for stor grad definert bare som sosiale problemer. Dokumentasjon har vært relativt lavt prioritert, og er først gjennom de siste tiår etablert i et slikt omfang at man har data å forske på både hva angår pasientpopulasjon og behandlingstiltak. I tillegg er det også slik at rusfeltet har metodiske problemer i forhold til forskning slik en kjenner den innenfor spesielt somatikken. Gullstandarden (RCT - studier) er lite egnet og vanskelig å anvende på rusmisbrukere,

For å få en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget innen rusfeltet fikk en "forskerkommisjon" i 2001 i oppdrag å gi en oppsummering av hva forskningen på feltet kan fortelle oss om blant annet effekter av behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere.<sup>3</sup>

Forskerkommisjonens arbeid hviler tungt på tilsvarende oppsummeringer gjort i utlandet, fortrinnsvis i Sverige og Skottland, og er her i Norge som i utlandet blitt kraftig kritisert. Grunnlaget for kritikken er at kommisjonen konsentrerte seg om å gi kunnskapsstatus vedrørende effekter av ulike behandlingstiltak for rusmisbrukere og ut fra et strengt vitenskapelig kunnskapssyn med strenge kvalitets- og relevanskriterier. Det man helt konkret vurderte var spesifikke effekter av avgrensede tiltak og metoder. En slik tilnærming vil selvsagt være solid der innsatsfaktorene er vel avgrenset, og der en har kontroll over de mulige andre faktorer som kan tenkes å påvirke resultatet. Men, situasjonen blir langt mer komplisert når det gjelder å måle effekt når tiltakene er sammensatt over tid.

Ut fra dette overraskes en ikke over at forskerkommisjonen konkluderer med at det nettopp er de mer velavgrensede tiltakene som har best effekt, som for eksempel:

- Enkle miniintervensjoner ved risikofyllt bruk av alkohol (screening og rådgiving)
- At medikamentassistert avrusning gir færre komplikasjoner og bedre symptomlindring enn avrusning uten bruk av medikamenter
- At legemiddelassistert behandling har stor effekt med hensyn til redusert dødsrate, redusert behandlingsfravall og redusert misbruk sammenlignet med ingen behandling
- At **spesifikke** psykososiale behandlingstiltak gir bedre resultat enn ikke - spesifikke behandlingstiltak. Her konkluderes det med at de best dokumenterte intervensjonene for lette til moderate alkoholproblemer er kognitiv atferdsterapi. Mens for de moderate til alvorlige alkoholproblemer er de beste dokumenterte intervensjonene både kognitiv atferdsterapi, parterapi, tolvtrinnsbehandling, "Community Reinforcement Approach" (CRA) og endringsfokusert rådgiving (motiverende intervju).
- At bruk av medikamenter som disulfiram og acamprosat kombinert med rådgiving reduserer alkoholkonsumet hos mennesker med problematisk alkoholkonsum, og at det er en viss dokumentasjon på at naltrexon og nalmefen har tilsvarende effekt.

En annen viktig studie er den såkalte "kost-nytte undersøkelsen" i regi av SIRUS<sup>4</sup>. I rapporten fra denne undersøkelse konkluderes det med at behandling nytter og at det er

<sup>3</sup> NOU 2003:4 **Forskning på rusmiddelfeltet.**

<sup>4</sup> SIRUS rapport nr. 4/2003: **Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad.**

nettogevinster å hente gjennom et omfattende rehabiliteringsarbeid, selv overfor de tyngste rusmiddelmissbrukerne.

I undersøkelsen samlet man informasjon om 482 pasienter i 20 ulike tiltak (poliklinisk behandling, døgnbehandling og legemiddelassistert behandling). Alle pasienter ble intervjuet 3 ganger gjennom et år. Man fant da at 40 % av pasientene var stoffrie (noe bruk av alkohol) og 34 % var rusfrie siste 30 dager ett eller to år etter behandling.

Selv om man i studien hadde en relativt tungt belastet gruppe stoffmisbrukere står dette resultatet seg godt i forhold til for eksempel tilsvarende tall for ulike livstilssykdommer innen somatikken hos normalbefolkningen (høyt blodtrykk, diabetes, overvekt, etc.)

Andre funn i undersøkelsen var at det var lite utbredt med systematisk bruk av behandlingsskjeder hvor tiltakene var planlagt og avpasset i forhold til pasientenes mange og sammensatte behov. Videre at det finnes en viss grad av "matching" i forhold til type behandlingstiltak, men at det her var store rom for forbedringer.

Et viktig funn var at personlighetsforstyrrelser var en av de viktigste prediktorene for behandlingsavbrudd uansett tiltak, og rapporten framhever at for noen pasienter vil for høye behandlingsforventninger (om nytte) bidra til at pasienter stadig mislykkes.

Et annet viktig funn var at de største forbedringer fant man hos de pasienter som hadde stabile relasjoner og god oppfølging etter døgnbehandlingen fra døgntiltaket i samarbeid med førstelinjen.

Ikke minst tydeliggjør kost-nytte undersøkelsen både hvor sammensatt og kompleks rusproblematikk er og av betydningen av et tett og godt samspill mellom behandlingstiltak og det øvrige hjelpeapparat og nærsamfunn. Det er derfor viktig at vi har et nøkternt forhold til både problemkompleksiteten og til oppgavene knyttet til behandling.

For å oppsummere i forhold kunnskapsgrunnlaget siteres det fra kontakt med professor Edle Ravndal ved SIRUS som i et internt notat<sup>5</sup> hevder;

**"Et hovedproblem er likevel at rusavhengighet nå defineres mer som et medisinsk problem, dvs. at rusavhengighet er en *helbredelig sykdom*, og som en ved de rette behandlingsvalg og behandlingsmetoder kan oppnå større effekt enn tilfellet er per i dag. Ingen forskning finnes i dag som kan underbygge dette. En bør være klar over at til tross for LAR, kunnskapsbasert behandling, nye og manualbaserte metoder, reformer, evalueringer og behandlingsforskning er fortsatt fullføringsprosenten i de fleste behandlingstiltak som for 20-30 år siden, det vil si et sted mellom 20-40 %. Dette gjelder både nasjonalt og internasjonalt. På samme måte viser behandlingsstudier, både nasjonalt og internasjonalt, at rundt 30-40 % av en behandlingspopulasjon er rusfrie 2 til 5 år etter behandling - uansett hvilken type tiltak pasienten har vært i."**

Dette sitatet skulle vel mer enn noe annet tydeliggjøre behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget innen rusfeltet. I denne sammenhengen er det vel så viktig å fokusere på problemområdets kompleksitet, på hvilken kunnskap og hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for hjelpetiltak og på selve behandlingsprosessen. Sannsynligvis vil relasjonen mellom misbruker og hjelper, sammenheng i tjenester og kontinuitet i tjensteytingen være av langt større betydning for behandlingens effekt.

Det er svært viktig at rusfeltet blir mindre ideologibasert og at de behandlingstiltak en iverksetter har sin rot i kunnskap og empiri. Men på den andre siden er ingen tjent med at man forenkler problematikken ved å søke å gjøre rusproblematikk til et enhetlig og vel avgrenset problem.

<sup>5</sup> Edle Ravndal: **Retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling. Kommentarer den 16.8.2006**

Rusproblemer er sammensatte psykososiale problemer som arter seg ulikt fra individ til individ. Først når behandlingen både bærer preg av langsiktighet og kontinuitet og hvor relasjoner mellom pasient og hjelpere er stabile over tid på den ene siden og hvor behandlingstiltak er differensiert i henhold til pasienten kjønn, alder, ressurser, kultur, behov og problemutforming på den andre siden, kan vi sies å ha kommet et godt stykke på vei i dette arbeidet.

### **3.4. Aktivitet. Ventetider**

#### **Aktivitet:**

Tabellen nedenfor viser at antall utskrevne pasienter i døgnbehandling økte fra 2004 til 2005. Vi ser at økningen i antall utskrivninger gjelder Hålogalandssykehuset, Sigma Nord og Finnmarkskollektivet, mens de øvrige har hatt en reduksjon.

<b>Antall utskreve pasienter – døgnbehandling RUS</b>	<b>2 004</b>	<b>2 005</b>	<b>Endring fra 04</b>
Finnmarksklinikken	52	50	-3,8 %
Rusavdelingen ved UNN	131	122	-6,9 %
Nordlandsklinikken	160	203	26,9 %
Sigma Nord	111	182	64,0 %
Finnmarkskollektivet	1	5	400,0 %
Klinikk Nord	59	41	-30,5 %

<b>Sum Helse Nord</b>	<b>514</b>	<b>603</b>	<b>17,3 %</b>
-----------------------	------------	------------	---------------

Det har vært en betydelig økning i antall liggedøgn i døgnbehandling rus. Alle registrerte enheter har hatt en økning, men den største økningen har vært ved UNN.

<b>Antall liggedøgn - døgnbehandling RUS</b>	<b>2 004</b>	<b>2 005</b>	<b>Endring fra 04</b>
Finnmarksklinikken	2 926	2 978	1,8 %
Rusavdelingen ved Unn	8 495	14 601	71,9 %
Nordlandsklinikken	6 894	7 347	6,6 %
Sigma Nord	7 515	9 986	32,9 %
Finnmarkskollektivet	1 846	2 528	36,9 %
Klinikk Nord	3 400	5 025	47,8 %

<b>Sum Helse Nord</b>	<b>31 076</b>	<b>42 465</b>	<b>36,6 %</b>
-----------------------	---------------	---------------	---------------

Tallene viser en betydelig økt kapasitetsutnyttelse ved døgnbehandlingstilbudene. Økningen i antall liggedøgn har ikke medført tilsvarende økning i antall utskrivninger ved alle foretakene. Dette kan skyldes flere forhold, men dette bør analyseres nærmere før en kan trekke sikre konklusjoner.

Den store kapasitetsutnyttelsen framkommer tydelig når en ser på beleggsprosenten ved tiltakene som vist i tabellen nedenfor.

<b>Beleggsprosent - døgnbehandling RUS</b>	<b>2 004</b>	<b>2 005</b>	<b>Hittil i 2006</b>
Finnmarksklinikken	88	88	97,5
Rusavdelingen ved Unn	79	89	92
Nordlandsklinikken	94	103	121
Sigma Nord	80	102	94

Når det gjelder polikliniske konsultasjoner er statistikkgrunnet mangelfullt. Dette skyldes først og fremst at det brukes ulike registreringssystemer i ulike deler av tjenesten, og ulik faglig praksis i diagnosesetting. Det rapporteres imidlertid om økning i polikliniske konsultasjoner i første halvår 2006. Det polikliniske tilbudet til rusmiddelmissbrukere er svært ulikt mellom helseforetakene. Ulikt forbruk av poliklinikk antas derfor i det alt vesentlige å skyldes ulik tilgjengelighet til tilbud, og ikke som følger av en systematisk skjev prioritering fra den enkelte poliklinikk.

#### **Ventetid:**

Hvis vi ser på utviklingen av ventesituasjonen i Helse Nord spesifikt for perioden mai 2005 til og med oktober 2006 framkommer følgende:

For **kortidsbehandling** i institusjon (nivå 3) har ventetiden for rettighetspasienter økt fra 6, 5 uker til 21,5 uker. For pasienter uten rettighetsstatus er ventetiden økt fra 19 til 45 uker.

For samme periode har ventetiden for **langtidsbehandling** i institusjon for rettighetspasienter vist en nedgang fra 43 uker til 19,5 uker. For pasienter uten rettighetsstatus er ventetiden økt fra 54 til 80 uker.

Med hensyn til det totale antallet henvisninger (uavhengig av nivå) viser dette en økning på 39 % i 2006 sammenlignet med samme periode i fjor. Størst økning gjelder avrusning/akutt behandling hvor henvisningsmengden er økt med 273 %. For kortidsbehandling er det en økning på 16 % og for langtidsbehandling er økningen på 8 %.

#### **Fristbrudd:**

Registreringen av fristbrudd er noe usikker da vi ikke får informasjon om alle pasientene som får inntak først etter behandlingsfrist ved alle tiltakene i Helse Nord. Registreringen baserer seg på meldte reelle fristbrudd, samt de tilfeller der pasienten får melding fra konkret institusjon om at de ikke vil få behandling innen behandlingsfristen. På bakgrunn av denne registreringen hadde vi 61 kjente fristbrudd i perioden 01.01. - 10.11.05, mens vi i samme periode i 2006 er kjent med 159 fristbrudd/meldinger om at tilbud ikke vil kunne gis innen fristen.

Vi ser her at andelen fristbrudd har gått betydelig ned i forhold til langtidsbehandling, mens den har økt betraktelig innen korttidsbehandling. Pr. oktober 2006 hadde 60 % av rettighetspasientene innen korttidsbehandling ikke fått behandling innen fristen, eller fått melding fra konkret institusjon om at tilbud ikke ville bli gitt innen fristen.

### ***4 Oversikt over tjenestetilbudet***

#### **4.1. Vurdering**

En sentral pasientrettighet i medhold av Pasientrettighetsloven er rett til vurdering av sin tilstand. En slik vurdering skal i utgangspunktet foretas på bakgrunn av en henvisning innen 30 virkedager, men om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Pasienten har krav på at henvisningen vurderes, slik at vedkommende får vite om han/hun har rett til nødvendig helsehjelp. Har pasienten rett til nødvendig helsehjelp skal det settes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp.

Henvisningene må derfor inneholde de opplysninger som er nødvendige for å vurdere pasientens tilstand.

Henvisningen bør blant annet inneholde:

- En tydelig beskrivelse av problemet
- God anamnese som inneholder aktuelle problem/lidelser
- Informasjon om familie- og sosial anamnese
- Resultat av relevante utredninger og undersøkelser
- Hva er prøvd av behandling tidligere så vel i 1.linjen som i 2. linjen
- Uttalelser fra fastlege, sosialtjeneste mfl
- Status om individuell plan
- Forslag til og/eller ønske om type tiltak

Henvisingene må vurderes av vurderingsinstansen, selv om de er mangelfulle. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes. Det kan også være nødvendig å gjøre kliniske undersøkelser av pasienten. Foretas vurderingen av en henvisning på et offentlig sykehus eller etter avtale med helseforetak, skal eventuelle supplerende opplysninger og innhenting av nye opplysninger skje innenfor fristen på 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal det vurderes de henvisninger der pasientens hovedproblematikk knytter seg til rusmiddelmissbruk.

Henvisninger som er feilsendt skal videresendes uten opphold. Det kreves rutiner som sikrer at så skjer. Uttrykkes det i henvisningen at pasienten ønsker behandling det stedet henvisningen er sendt til, må det vurderes om pasienten har rett til fritt sykehusvalg.

Henvising til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er basert på et ønske fra pasienten om å få behandling. Om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp vil det dreie seg om et frivillig tilbud om å motta helsehjelp. Vurderinger av om det skal gis et tilbud om helsehjelp skal holdes atskilt fra vurderinger om bruk av tvang.

Vurderingsinstansen har ikke anledning til å avvise vurderingen fordi en mener pasienten heller skal vurderes etter tvangsinstituttet etter LOST §§ 6-2 og 6-2a.

Tilsvarende kan ikke vurdering av gjennomføring av straff i institusjon (straffegjennomføringsloven § 12) skje som et ledd i vurdering av en henvisning med ønske om frivillig helsehjelp. Vurderingsinstansen må tydeliggjøre sin vurdering av retten til nødvendig helsehjelp uten å blande inn vurderinger som skal baseres på helt andre regler (ev tvangsregler).

I Helse Nord utføres vurderingene ved følgende ti tiltak:

**Helse Finnmark HF**

Finnmarksklinikken.

**UNN HF**

Avdeling for behandling av rusmiddelmissbruk

**Hålogalandssykehuset HF (en del av UNN fra 1.1.2007)**

Nordlandsklinikken.

**Nordlandssykehuset HF**

Vesterålen DPS

Rusteamet ved Salten psykiatriske senter

Lofoten senter for psykisk helse

**Helgelandssykehuset HF**

Psykiatrisk senter Rana

Psykiatrisk senter Mosjøen

Psykiatrisk senter Ytre Helgeland, VOP Sandnessjøen

Psykiatrisk senter Ytre Helgeland VPP Brønnøysund

#### 4.1.1. Nivåer.

Helse- og omsorgsdepartementet påla i 2004 de regionale helseforetakene å innføre rett til fritt valg av behandlingssted innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere analogt med retten til fritt sykehusvalg i Pasientrettighetsloven.

Pasientrettighetslovens henspeiler til en inndeling mellom lokalsykehus, sentralsykehus, regionssykehus og landsfunksjoner, men disse nivåene fant man det vanskelig å operasjonalisere inn rusområdet. Som en midlertidig ordning valgte de regionale helseforetakene å inndele tjenesten nasjonalt i 4 nivåer, slik:

- *Nivå 1:* Poliklinisk behandling
- *Nivå 2:* Avgiftning / avrusning / abstinensbehandling
- *Nivå 3:* Korttids døgnbehandling inntil 6 mnd
- *Nivå 4:* Langtids døgnbehandling

Selv om denne inndelingen har vært et viktig og nødvendig virkemiddel for å muliggjøre fritt valg av behandlingssted, har en i økende grad opplevd problemer knyttet til denne inndelingen. For eksempel fungerer inndelingen for statisk og det er ikke noe godt funksjonelt forhold mellom dem slik det er innenfor den øvrige spesialisthelsetjenesten som innebærer en inndeling etter grad av spesialisering.

Det er derfor ventet at en om ikke lenge får en inndeling som er mer lik inndelingen for den øvrige spesialisthelsetjenesten.

#### **4.2. Poliklinisk behandling**

Poliklinisk behandling bør dekke alle faser i et behandlingsforløp, det vil si fra å foreta vurderinger i medhold av Pasientrettighetsloven via utredning/diagnostikk, tidlig intervensjon, korte behandlingsforløp og dagbehandling til langvarige behandlingskontakter gjerne over flere år. Poliklinikken kan delta i ansvarsgrupper for pasienter med individuell plan og inngå i ulike samarbeidsprosjekter med de kommunale helse- og sosialtjenester både med hensyn til oppfølging, råd- og veiledningsfunksjoner og kompetansehevende tiltak.

Poliklinikken må på sin side forvente støtte og bistand fra institusjoner og mer spesialiserte tjenester både innenfor rus, somatikk og psykiatri.

Poliklinikkene har ofte kontakt med pasientene før eventuelle institusjonsinnleggelse og de er, sammen med de kommunale helse og sosialtjenester en viktig del av oppfølgingen når institusjonsinnleggelsen er over. De er derfor sentrale aktører for å ivareta kontinuitet i behandlingen.

Flere poliklinikker har søkt å øke sin tilgjengelighet gjennom større fleksibilitet i forhold til åpningstid (akutteam) og gjennom oppsøkende tjenester, med god effekt. Slik sett er poliklinikkene viktige arenaer for modellforsøk og for utvikling av tilbud bedre tilpasset brukernes behov og livssituasjon.

#### **Situasjonen i Helse Nord**

I helse Nord er det polikliniske tilbudet til rusmiddelmissbrukere for dårlig utbygget. Noen steder er det nærmest fraværende, mens andre steder kan vise til relativt store aktivitetstall i forhold til behandling av rusmisbrukere.

Det er ulikt hvordan poliklinikkene har organisert arbeidet med pasienter med rusrelatert problematikk. Noen har øremerkede stillinger til rus, mens andre har valgt å ikke avsette særskilte stillinger til rusarbeid. Det er heller ikke alle poliklinikker som har ansatt personer med utdanning innen rusproblematikk, og kompetansebehovet er stort.

Før rusreformen hadde fylkeskommunene i Nord-Norge utviklet forskjellige modeller for sitt rusarbeid. For eksempel hadde Nordland valgt å desentralisere rusarbeidet ved å plassere en rekke russtillinger rundt om i fylket. De fleste ble integrert i DPSene i de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Dette skjedde med bakgrunn i at Nordland fra midten av 1980-årene gjennomførte en rusplan som hadde tittelen "Fra særomsorg til næromsorg". Denne satsningen ble evaluert i 2001 og det viste seg at de fleste ruskonsulentene i DPSene var pålagt allmennpsykiatriske arbeidsoppgaver, og bare et fåtall av ruskonsulentene jobbet med rus. Finnmark og Troms har ikke desentralisert rustjenestene i samme utstrekning. Etter rusreformen har alle DPSene fått tillagt ansvar for også å gi et tilbud til pasienter med rusproblematikk.

Pr. i dag er det ulik organisering av rusarbeidet ved poliklinikkene. Noen (et fåtall) er organisert som selvstendige ruspoliklinikker og andre (de fleste) er organisert som del av allmennpsykiatriske poliklinikker. Dette kan være medvirkende årsak til at poliklinikkene har utviklet seg forskjellig i forhold til hvilke pasientgrupper de jobber med. Det er av den grunn vanskelig å gi eksakte karakteristika av polikliniske pasienter som har rusrelatert problematikk.

Tre poliklinikker i Helse-Nord gir tilbud om behandling til personer med spilleavhengighet. Det er Psykiatrisk ungdomsteam i Karasjok, Ruspoliklinikken i Tromsø og VOP Mosjøen. Alle disse gir tilbud om gruppebehandling til denne pasientgruppen og er med i oversikten til "hjelpelinjen.no" over behandlingstilbud til spilleavhengige.

#### **4.3 Avrusning og abstinensbehandling**

Det meste av avrusningen skjer poliklinisk, enten av pasienten selv eller i samarbeid med fastlege eller andre. For mange vil imidlertid ikke poliklinisk avrusning være tilstrekkelig og/eller gjennomførbart.

I Ot.prp. 3 (2002-2003) fra Sosialdepartementet heter det om avrusning:

*"Avrusning og avgiftning innebærer i en del tilfeller medisinske komplikasjoner med behov for somatisk og psykiatrisk medisinsk overvåking. Dette er en naturlig oppgave for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må ha kompetanse i behandling av avrusning hvor det oppstår komplikasjoner som faller inn under øyeblikkelig hjelp - begrepet, og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter.*

*... De regionale helseforetakene må sikre at de institusjonene som forestår avrusning har et forsvarlig faglig nivå, blant annet med kompetanse i forhold til avrusning hvor det oppstår komplikasjoner som faller inn under øyeblikkelig hjelp – begrepet, og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter. Dessuten oppfølging av pasienter med alvorlig abstinensproblematikk og/eller psykoseutvikling og andre medisinske tilstander. Spesialisthelsetjenesten må også ha ansvar for å gi råd og veiledning til kommunen når den tar hånd om enklere avrusning eller følger opp i etterkant av en innleggelse."*

Etter departementets oppfatning framsettes det følgende **krav til hovedinnholdet i tiltak** for at de skal kunne karakteriseres som spesialisthelsetjeneste i denne sammenheng:

1. Før eller ved innleggelse skal det kunne gjøres en medisinsk vurdering (av lege) av pasientens tilstand i forhold til aktuelt rusbruk. Herunder type rusmidler, misbrukets varighet og forbruksmengde, fare for forgiftning/overdose, forventede abstinensplager og eventuell fare for komplikasjoner
2. Det skal kunne igangsettes tiltak for å forhindre alvorlige komplikasjoner i avrusningsfasen, herunder forebygging av delirtilstander, hallusinasjoner og kramper



3. Psykisk tilstand skal kunne vurderes og adekvate behandlingstiltak knyttet til somatiske og psykiske lidelser skal kunne igangsettes
4. Det skal ha nødvendig bemanning med døgnkontinuerlig sykepleiefaglig oppfølging og tilsyn
5. Det skal ha tilgang på lege gjennom nødvendige beredskapssystemer

I proposisjonen fastholder departementet også kravet om **henvisning** til avrusning i spesialisthelsetjenesten samtidig som dette ikke utelukker at øyeblikkelig hjelp – innleggelse kan skje uten slik henvisning.

**Videre hevdes det at helsedepartementet gjennom egen forskrift vil sikre at de klienter som oppsøker eller kontakter akuttinstitusjoner som overtas av staten ved de regionale foretakene, ikke skal måtte ha henvisning.**

Departementet framhever også at noen former for avrusning er av mer sosial karakter. Det tenkes da på ”opptørking” og omsorg for personer i forkommen tilstand og hvor det er nødvendig med hjelp innenfor områder som blant annet ernæring og hygiene. Slik avrusning mener departementet er oppgaver for kommunene sosialtjeneste med medisinsk oppfølging fra legevakt og primærhelsetjenesten.

Ot.prp. 3 (2002-2003) foretar ikke en tydelig avgrensning av hvilken ansvars – og funksjonsfordeling det skal være mellom somatiske sykehus, psykiatriske tjenester og rusmiddeltiltak som for eksempel akuttavdelinger. En antar at dette vil bli opp til det enkelte foretak å avklare.

### **Situasjonen i Helse Nord**

Ansvar for avrusning i Helse Nord har tradisjonelt vært tillagt lokalsykehusene ved de medisinske avdelingene. Men denne ordningen har med ganske få unntak ikke fungert på lang tid. Det er flere grunner til dette. De viktigste har vært at sykehusavdelingene har vist seg lite egnet til slik avrusning både i forhold til rammer, bemanning og kompetanse. Det har også vært vanskelig for sykehusene å gi avrusningstilbud over tilstrekkelig lang tid. Dette gjelder særlig ved de store sykehusene. Ved noen av de små sykehusene er det etablert ordninger som har fungert bedre.

Generelt er bildet i dag at sykehusene kun tar i mot pasienter ved intoksikasjonstilstander og ved livstruende tilstander hvor øyeblikkelig – hjelp plikten er utløst. Det anses lite hensiktsmessig å snu denne utviklingen.

I dag ivaretas avrusningen i stor grad av institusjonene selv og særlig ved Nordlandsklinikken og UNN som er tildelt ansvar for behandling på nivå 2 (avrusning/abstinensbehandling). UNN har 7 plasser til dette formålet mens Nordlandsklinikken har 3.

Det er alt for liten sengekapasitet i Helse Nord for avrusning og såkalt akutt behandling, og behovet er økende. Et godt utbygd tilbud for avrusning er avgjørende viktig for å få til en fleksibel og god utnyttelse av det totale behandlingstilbudet. Et mangelfullt avrusningstilbud skaper flaskehals og forlenger pasienters ventetid på adekvat behandling.

### **4.4. Døgnbehandling**

I stor grad er den tverrfaglige spesialiserte behandlingen av rusmisbrukere organisert til institusjoner som tilbyr både avrusning/akuttbehandling (nivå 2), differensiert døgnbehandling under 6 måneder (nivå 3) og langtidsbehandling over 6 måneder (nivå 4).

Den samlede kapasiteten i Helse Nord framgår av tabellen nedenfor.

	<b>Nivå 2</b>	<b>Nivå 3</b>	<b>Nivå 4</b>
Finnmarksklinikken		10 plasser	
<b>Rusavdelingen UNN</b>			
Tromsklinikken	7 plasser	10 plasser	10 plasser
Færingen			15 plasser
Nordlandsklinikken	3 plasser	24 plasser	
<b>Private</b> (med avtale)			
Sigma Nord		13 plasser	29 plasser
Klinikk Nord		12 plasser	
Finnmarkskollektivet			8 plasser
<b>Samlet antall plasser</b>	<b>10 plasser</b>	<b>69 plasser</b>	<b>62 plasser</b>

Som en ser er det nærmest likt antall plasser til korttidsbehandling (69 plasser) og til langtidsbehandling (62 plasser).

Det samlede plassantallet på 141 fordeler seg med 79 plasser på offentlige institusjoner og 62 på private institusjoner med avtale med Helse Nord. Private aktører er altså en betydelig tjenesteleverandør i Helse Nord.

For 2005 ble det i tillegg kjøpt i alt 9010 liggedøgn på institusjoner utenfor regionen. Dette kjøpet fordeler seg med 733 døgn på korttidsinstitusjoner og 8202 døgn på langtidsinstitusjoner. Det samlede kjøpet utenfor regionen er beregnet å tilsvare ca 25 døgnplasser.

Henvisninger til døgnbaserte tjenester viser en markert økning fra år til år. Omtrent hver 5. henvisning gjelder langtidsbehandling.

Det er ingen umiddelbar klar sammenheng mellom pasientens behov og bruken av langtidsbehandling. Sannsynligvis vil tradisjoner og ønsker fra henviser, pasient og pårørende bety mye for henvisningsgangen. Sannsynligvis betyr også mangelen på pasientnære tiltak samt kapasitetsmangel innen korttidsbehandling mye.

Det vil selvsagt være behov for langtidstiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling også i framtiden, men det er viktig å utvikle fleksible løsninger for bruken av døgnplasser. Dette innebærer først og fremst løsninger hvor det er pasientens behov og problemutforming som skal være bestemmende for oppholdets lengde.

Svært mange misbrukere vil være i behov av lang tids behandling, uten at dette nødvendigvis betinger et langtidsopphold på institusjon. Mer fleksibel bruk av korttids døgnplasser alternerende med polikliniske tjenester vil kunne redusere det samlede behovet for langtids døgnplasser, og gi en større andel av pasientene tilgang til behandling nært bosted.

#### **4.5. Legemiddellassistert rehabilitering - LAR**

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er et tiltak for personer over 25 år som har hatt en langvarig, opiattdominert avhengighet uten at andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak har forhindret at livssituasjonen domineres av opiatavhengighet.

LARiNORD ble etablert 01.01.05 ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og er organisert som en egen enhet i Avdeling for behandling av rusmiddelmissbruk. I tillegg til hovedkontoret i Tromsø, har tiltaket utøvende team i Nordland, med kontortilhørighet ved Nordlandsklinikken i Narvik og i Bodø sentrum.

Tabellen nedenfor viser antall pasienter i behandling ved utgangen av 2005 og ved utgangen av 1. tertial 2006. Opplysningene er hentet fra tertialrapporteringen til Helse Nord.

<b><u>TERTIALRAPPORTERING - HELSEREGION NORD</u></b>				
	<b>TOTAL</b>	<b>Nordland</b>	<b>Troms</b>	<b>Finnmark</b>
Antall pasienter i behandling pr. 31.12.05	<b>134</b>	<b>80</b>	<b>47</b>	<b>7</b>
Antall nye pasienter 1.tertialet 2006	26	18	5	3
Hvorav nyinkluderte	22	15	4	3
Hvorav reinkluderte	4	3	1	0
Antall pas. som har avsluttet beh. 1.tertialet 2006	0	0	0	0
Totalt antall pasienter i behandling pr. 30.04.06	<b>160</b>	<b>98</b>	<b>52</b>	<b>10</b>
Totalt antall pasienter på venteliste pr.siste dato i måneden	57	36	20	1
<i>Totalt ant. på søkerliste ved rapporteringstidsp.</i>	11	5	5	1
<i>Totalt antall som har vært inne i MAR pr. rapporteringstidspunkt</i>	<b>168</b>	<b>101</b>	<b>57</b>	<b>10</b>

Det kan synes som om søkerne til LAR representerer større medisinske og sosialmedisinske utfordringer enn tidligere. Somatiske og psykiske sykdommer, samt sammensatt rus- og medikamentavhengighet, betinger flere og parallelle helse- og rehabiliteringstiltak. Dette utviklingstrekket er ikke systematisk kartlagt.<sup>6</sup> Ikke alle institusjonene tar imot LAR - pasienter og det er nødvendig å kjøpe plasser utenfor regionen, selv om dette har lite omfang. Også kommunene bruker stadig mer ressurser på LAR og opplever at de har mangelfull kompetanse til å håndtere særlig gruppen med negativ atferd og dyssosial fungering.

Det er likevel grunn til å framheve gode resultater i forhold til livskvalitet og fungering i samfunn og familie i forhold til den største gruppen.

### **Organisering av LAR**

LAR har i noen grad hatt preg av en særomsorg. Utviklingen nasjonalt går i retning av å se på LAR som en av mange behandlingsformer i den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen og det er naturlig å integrere LAR i rusavdelingene i helseforetakene. Den gode kompetanse og erfaring som er ervervet i de regionale LAR -sentrene må bevares i denne prosessen. Som én av 6 behandlingenheter i Rusavdelinga UNN er en slik integrering langt på vei gjennomført i Helse-Nord. Når det gjelder LAR -konsulenter som isolerte satellittfunksjoner er dette ikke en optimal organisering. LAR -kompetanse bør tilføres DPS -nivået og sentralsykehusnivået i alle HF. I de DPS som eventuelt skal ha LAR -konsulent bør det sikres nødvendig lege- og psykologstøtte til arbeidet. LAR -konsulentene i Bodø bør inngå sammen med Rusteamet i en styrket rusbehandlingseenhet i Nordlandssykehuset.

### **Nye nasjonale retningslinjer**

SHdir arbeider med nye faglige retningslinjer for LAR i Norge. Et utkast vil antakelig gå ut på høring ved årsskiftet men et forskriftsarbeid vil ventelig forsinke prosessen slik at de neppe vil bli gjort gjeldende før 2008.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandlings oppgave i LAR**

Signalene fra arbeidet med retningslinjene så langt er at LAR fortsatt vil gi en spesialistbehandling der supplerende utredning og diagnostikk etter kartlegging i 1.linjen vil være sentrale oppgaver. Beslutning om iverksettelse av denne langvarige og kostbare behandlingsformen skal likeledes gjøres i spesialisthelsetjenesten.

<sup>6</sup> Universitetssykehuset i Nord-Norge (2005): Årsmelding 2005 – Avdeling for behandling av rusmiddelbruk – LARiNORD

LARiNord bør fremover dreie sin aktivitet fra løpende oppfølging av pasienter til kompetanseoverføring og veiledning av personell i de kommunale tjenester samt utvikling av rutiner, prosedyrer og veiledningsmateriell. Erfaringskompetanse bygges først og fremst gjennom pasientkontakt og LAR - personellet må sikres tilstrekkelig pasientkontakt til at slik kompetanse opprettholdes selv om utdannings- og veiledningsoppgavene øker.

### **Samarbeid med kommunene**

Samhandling med kommunene blir som ellers i rusfeltet: Det langsiktige rehabiliteringsarbeidet ivaretas i hovedsak av kommunene. Kommunene må ta et hovedansvar for oppstart av arbeidet med individuell plan. Oppfølging av den medikamentelle behandlingen, bivirkninger, doseendringer, etc. tilligger fastlegen i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Det må tilstrebes å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom LAR - spesialistnivået og kommunenivået slik at disse tjenestene utfyller hverandre. Tydeliggjøring av ansvarsforhold er en viktig forutsetning for godt samarbeid med kommunene.

### **4.6. Tilbakehold i institusjon i medhold av Lost §§ 6.2,6.2a og 6.3**

Ved rusreformen ble ”sørge for” – ansvaret for institusjonsplasser til rusmiddelmisbrukere som skal inntas i institusjon etter sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3 overført til staten ved de regionale helseforetakene. Dette innebærer at det regionale helseforetaket har ansvaret for at det finnes institusjonsplasser som kan ta i mot pasienter uten eget samtykke. Selv om de regionale foretakene har overtatt dette ansvaret innebærer dette ikke at utøvelsen av tvang defineres som en spesialisthelsetjeneste. Det presiseres også at et vedtak om tilbakehold ikke gir hjemmel for tvangsbehandling. Oppholdet skal derimot brukes til å tilrettelegge og motivere for senere tilbud om behandling.

Det presiseres at helseforetakets ”sørge for” – ansvar begrenser seg til den perioden selve tvangsoppholdet varer, med mindre at pasienten i bakkant av tvangsoppholdet har faktisk behov for spesialiserte helsetjenester og ønsker dette. Det framheves derfor at det er av avgjørende betydning at sosialtjenesten under tvangsoppholdet fortsatt har det grunnleggende ansvaret for oppfølgingen av pasienten.

Det er sosialtjenesten i kommunene som har ansvar for å fremme slike saker for behandling i fylkesnemnda. Sosialtjenesten har også anledning til å fatte vedtak om tilbakehold i hastesaker under forutsetning av godkjenning fra fylkesnemndas leder inn 24 timer.

Etter § 6.3 har en institusjon anledning til å stille som vilkår at misbrukeren samtykker i tilbakehold i inntil 3 uker fra inntaket. Dersom behandlingsoppholdet varer mer enn tre måneder kan dette vedtaket etter paragrafens 2. ledd forlenges to ganger, slik at pasienten kan holdes tilbake inntil 3 ganger 3 uker.

Vedtaket etter § 6-2 kan fattes ovenfor misbrukere som utsetter sitt liv og sin fysiske og psykiske helse for fare gjennom et omfattende og vedvarende misbruk. Et vilkår er at frivillige tiltak ikke anses som tilstrekkelig. Pasienten kan da holdes tilbake i institusjon i inntil 3 måneder.

Vedtaket etter § 6-2a kan fattes ovenfor en gravid misbruker dersom det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade som følge av misbruket om misbruket ikke stanses. Også her er vilkåret at frivillige tiltak ikke anses som tilstrekkelige. Et vedtak etter denne paragraf gir anledning til tilbakehold helt fram til fødselen.

Ved etableringen av § 6-2a i sosialtjenesteloven ble det også innført endringer i de daværende profesjonslovene og nå i helsepersonellovens § 32 som presiserer at;

*”Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med en skade”.*

Ved anvendelse av tvang stilles det store krav til både ivaretagelse av rettsikkerhet og personlige integritet. Det er derfor viktig at de institusjoner som skal ta i mot den tvangsinnlagte har stor faglig og etisk kompetanse. Det skal sørges for at oppholdet i størst mulig grad lykkes ved å motivere for behandling og for å tilpasse tilbudet den enkeltes egenart, problem og behov. Det stilles faglige krav til å identifisere problemområder (psykisk og fysisk) og behov, for så å kunne omsette dette i tiltak og tjenester innenfor de rammer loven setter. Det skal også tilrettelegges for en verdig og omsorgsfull ramme om oppholdet slik at de personlige omkostningene ved tvangsbruken blir minimalisert. Det er derfor grunn til å se på tvangstiltak som særlig spesialiserte tiltak.

Nasjonalt har det vært stor pågang på tvangsplasser de siste årene og det har kunnet være vansker med å skaffe plasser i perioder så vel i egen og i andre regioner.

### **Situasjonen i Helse Nord**

Nordlandsklinikken med inntil 3 plasser og Rusavdelingen ved UNN med inntil 2 plasser er utpekt av Helse Nord for å gi tilbud til misbrukere etter sosialtjenestelovens §§ 6-2,6-a og 6.3.

Etterspørselen etter disse plassene svinger meget over tid, men har gjennom det siste året vist en stigning. Fra rusavdelingen ved Unn er det rapportert at man bygningsmessig har begrensninger i forhold til å ta i mot pasienter uten deres samtykke, slik at hovedmengden av tvangsinnlagte har fått plass på Nordlandsklinikken.

Det er grunn til å anta at det er et visst underforbruk av innleggelses uten samtykke. Særlig gjelder dette for innleggelses etter § 6-2a. Det rapporteres om problemer i å avdekke misbruk hos gravide både i fødselsomsorgen og i primærhelsetjenesten.

Det er nok også grunn til å anta at det er en generell usikkerhet og kompetansesvikt i forhold til å avdekke og forholde seg til misbruksproblematikk i relevante yrkesgrupper som helsesøstere, jordmødre og leger.

### **4.8. Oppsummering vedrørende status i Helse Nord**

Status for tilbud til rusmiddelmissbrukere viser stor grad av sentralisering av tjenestetilbudet og stor mangel på desentraliserte tjenester som poliklinikktilbud og døgnplasser på lokalsykehusnivå.

Antallet henvisninger øker, ventelistene øker og i dag går 60 % av henvisningene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling til fristbrudd. Alt viser at kapasiteten er alt for lav innen hele rusfeltet og at misforholdet mellom behov og tilbudenes dimensjonering bare vil øke framover hvis ikke kapasiteten raskt øker.

Sammensetningen av døgnplasser er skjev ved at andelen langtidsplasser er relativt sett for høy i forhold til andelen korttidsplasser. Det er størst økning av henvisninger til døgnbehandling på korttidsinstitusjon.

Spesialiserte tilbud for noen pasientgrupper er fraværende eller mangelfullt utbygd. Dette gjelder blant annet tilbud til pasienter med dobbeltdiagnoser generelt og utagerendegruppen spesielt. Det forventes økt behov for tiltak etter tvangsinstituttet, tiltak for de aller yngste misbrukerne, for gravide og for familier. Det er viktig å utvikle tilbud spesifikt rettet mot kvinner og særlig kvinner med omsorg for barn. Tilbudet for de yngste misbrukerne er

mangelfullt. Akutt plasser er mangelvare både for grunnleggende avrusningsfunksjoner og for mer spesialiserte akutfunksjoner.

Kunnskapsgrunnlaget i tjenestene er mangelfullt og tjenesten vil fortsatt være rekrutteringsmessig sårbar. Det er derfor et betydelig behov for forskning, utdanning og opplæring i takt med oppbyggingen, både innad i rusfeltet, i tilgrensende fagområder og i kommunene.

## ***5. Plan. Innhold, organisering og utvikling av tjenestetilbudet i Helse Nord***

Ved gjennomføringen av rusreformen er viktige grep tatt for å bringe tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere inn i den ordinære spesialisthelsetjenesten, men fortsatt gjenstår mye for at tjenesten både kapasitetsmessig, faglig, organisatorisk og ressursmessig kan oppfylle de krav og forventninger som stilles både fra offentlige myndigheter, brukere og fagfeltet selv.

Som tidligere påpekt er tiltaksapparatet i dag for fragmentarisk, for institusjonsbasert, for lite samordnet både internt, med den øvrige spesialisthelsetjeneste og med de kommunale helse- og sosialtjenester. Fagfeltet mangler en overordnet faglig styring og koordinering. Det har derfor fram til i dag vært vanskelig å utvikle tjenestene i et helhetlig og samordnet perspektiv.

I denne planen har en søkt å holde et helhetlig og overordnet perspektiv på tjenester og på behov samtidig som en har stilt følgende nødvendige og kritiske spørsmål:

**Har vi det vi trenger – og trenger vi det vi har?**

### **5.1. Overordnede krav til behandlingstiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Stortingets overordnede mål med rusreformen var dels å bidra til større kapasitet i tjenesten og dels at kvaliteten av behandlingen skulle bedres. Videre at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skal bli bedre.

Ved rusreformen forutsettes det at *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* skal bestå av *medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse* og at den helsehjelpen som ytes holder et faglig nivå som *tilsvarer* den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Behandlingstiltakene skal gi utrednings- og behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere uavhengig av rusmiddel (alkohol, illegale stoffer og legemidler). Det understrekes at det viktigste **inklusionskriteriet** er at det foreligger rusmisbruksproblematikk som pasienten ønsker hjelp med å få løst.

I tillegg har mange misbrukere ulike former for psykiske vansker og lidelser, somatiske sykdommer og sosiale problemer.

I utgangspunktet kreves det da at pasienten skal tilbys behandlingssopplegg som integrerer disse områdene. Det må forutsettes at tjenestestedene i tillegg til avhengighetsproblematikk kan gjennomføre behandling av ulike former for psykiske vansker (angst, depresjon, tvangslidelser, selvmordstanker, tilpasningsforstyrrelser, adferdsavvik, psykoser m.m.) og kunne diagnostisere, behandle og følge opp somatiske sykdommer.

For mange pasienter vil det være aktuelt å trekke inn familie/pårørende i behandlingen når pasienten samtykker til dette. Det er derfor viktig at familiearbeid er en del av behandlingsopplegget ved de ulike tjenestestedene.

Med hensyn til personalets kompetanse heter det i Ot.prp. nr. 3:

”Etter departementets oppfatning innebærer dette at hovedinnholdet i tiltak, som i denne sammenhengen skal karakteriseres som spesialisthelsetjeneste, skal tilfredsstillende følgende krav:

- **Det må inneha kompetanse til å kartlegge med hensyn på klientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon, samt generell psykisk og fysisk tilstand**
- **Det må inneha kompetanse til å vurdere pasientens motivasjonelle, relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon**
- **Det må inneha kompetanse til å vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy**
- **Det må inneha kompetanse til å foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og evt. somatiske tilleggslidelser, herunder ha kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og evt. andre nødvendige spesialistutredninger**
- **Det må inneha kompetanse til å foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnose og anbefale adekvate behandlingstilbud.**

Etter departementets mening innebærer dette at tiltak som skal karakteriseres som spesialisthelsetjeneste, skal tilfredsstillende følgende krav: - ”det skal ha personell med kompetanse innen medisin og psykologi/psykiatri som kan stille diagnose, samt iverksette og følge opp medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling”.

Det stilles åpenbare krav både i forhold til antall stillinger og til kompetansesammensetning av personalet i disse sentrale kravene. Videre stilles det krav til faglig kompetanse på et bredt grunnlag, både i forhold til utredning, diagnostikk og behandling, både i forhold til rus, psykiske lidelser og til somatiske tilstander.

Det er et behov å operasjonalisere disse kravene tydelig gjennom klare kravspesifikasjoner og arbeidsbeskrivelser i forhold til de enkelte tiltak innenfor rusfeltet.

### 5.1.1 Forslag til tiltak

- Helse Nord nedsetter et utvalg som skal utarbeide spesifiserte krav til alle rustiltak innen spesialisthelsetjenesten enten disse er private eller offentlige. Utvalget må også fremme forslag til hva og hvorledes det enkelte tiltak skal rapportere for å kvalitetssikre kravoppnåelse.
- Kravspesifikasjonen bør utformes som et mandat/arbeidsbeskrivelse for det enkelte tiltak på de ulike nivå og må omfatte:
  - Bemanningskrav
  - Krav til personalets faglige kvalifikasjoner og eventuell endring av disse
  - Ansvar og rutiner rundt inn- og utskrivning, herunder definisjon av målgruppe og eventuelle eksklusjonskriterier
  - Kvalitetssystemer og prosedyrer/rutiner
  - Kvalitetsmålinger
  - Samarbeid med private og offentlige instanser og tilsynsorganer
  - Informasjonsplikt
    - Overfor pasienten/henvisende instans
    - Overfor eksterne samarbeidspartnere
  - Offentligrettslige krav
  - Individuell plan
  - Organisering og ansvarsfordeling av det behandlingsfaglige arbeidet

## **5.1. Prinsipper for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Nord**

Det er viktig at rusmiddelfeltet organiseres og utvikles i pakt med de samme prinsipper som gjelder for den øvrige spesialisthelsetjenesten.

I forhold til organisering og utvikling av rusfeltet framover står en overfor fire viktige oppgaver, nemlig:

1. Å sørge for en så lik fordeling av behandlingstilbudet i regionen som mulig, fordelt etter befolkningens behov og rettigheter
2. Å få en organisering som sikrer så høy faglig kvalitet som mulig i hele tjenestetilbudet
3. Å få en organisering som kan ivareta behovet for kompetanse i hele regionen, og bidra til å utvikle gode og solide fagmiljø så vel i spesialisthelsetjenesten som i kommunene
4. Å utvikle tjenester som både henger sammen med og supplerer de kommunale tjenestene slik at det samlede tiltaksapparat er godt samordnet og bærer preg av kontinuitet over tid. Dette innebærer også at mer spesialiserte tiltak kan understøtte mer grunnleggende basistjenester i spesialisthelsetjenesten

Et uttalt mål må være at en størst mulig andel av behandlingen skal skje i Helseforetakene i Helse Nord, være lokalisert i regionen og at minst mulig av tilbudet skal kjøpes fra private tjenesteleverandører og andre helseregioner.

Oppfyllelsen av dette målet vil innebære at nye ressurser vil måtte brukes til å bygge opp basisfunksjonen desentralisert i helseforetakene, samtidig som de eksisterende spesialiserte tjenester må omstilles og styrkes for å ivareta behovet for mer spesialiserte regionale funksjoner.

Ved nedleggelsen av Hålogalandssykehuset omfatter foretakstrukturen i Helse Nord fire helseforetak, som yter psykiatriske og somatiske spesialisthelsetjenester med utgangspunkt i geografisk tilhørighet. Innenfor hvert HF ytes det basistjenester tilknyttet lokalsykehusene blant annet ut fra ønsker om nærhet og tilgjengelighet til tjenestene.

Tjenester til rusmiddelmissbrukere må organiseres på samme måte. Det innebærer at hvert HF har et helhetlig lokalt ansvar også for rusmiddelmissbrukere ved å tilby grunnleggende basistjenester. Ved dette skapes nærhet til tjenestene, letter tilgangen til tjenestene og legger et viktig grunnlag for kontinuitet i tjenesteytingen. Det legges ved dette et viktig grunnlag for samordning av tjenester både innad i det enkelte lokalsykehus og legger til rette for samhandling innad og med de kommunale tjenestene.

Et viktig mål er å få til behandling så tidlig som mulig ved tidlig intervensjon. Forskning viser at tidlig intervensjon gir best resultater av behandlingen. Et godt utbygd tjenesteapparat lokalt vil være en klar forutsetning for å komme til så raskt som mulig. Skoleverket (med skolehelsetjenesten) og barnevernet er to instanser som raskt fanger opp risikoutsatt ungdom. Samarbeid med slike instanser utenfor helse- og sosialvesenet er helt nødvendig for å komme til tidlig, og fordrer at de lokale behandlingstiltakene er godt utbygd og kompetente. Det er derfor viktig at det i organiseringen av lokalsykehusfunksjonene tas med at samarbeidet med ulike kommunale instanser, som barnevern, skoler, fastleger, helsestasjon for ungdom og helsesøstertjeneste, slik at spesialisthelsetjenesten kan bistå kommunen med hvordan en kan identifisere risikoutsatte barn ungdommer så tidlig som mulig, slik at de tidlig kan motiveres til behandling.

Å starte opp motivasjonsgrupper som et samarbeid mellom kommune og DPS, kan være en måte å nå ungdom så tidlig som mulig på. Oppsøkende arbeid og arbeid gjennom ambulante team/ambulant virksomhet er en annen.



Helhetsbildet i organiseringen av tjenestetilbudet innen rusvernet skal være så likt organiseringen av det psykiske helsevernet som mulig. Polikliniske funksjoner og øvrige basisfunksjoner legges til lokalsykehusene. Langtidsbehandling i institusjon kan også med fordel legges dit, da det i stor grad tilsvarer den døgnbehandlingen ved DPS som allerede eksisterer. I tillegg beholder pasienten da kontakten med det lokale tjenesteapparatet og de utfordringene som knytter seg til å befinne seg på eller nær hjemstedet. Korttidsbehandling i institusjon representerer andre utfordringer og er mer krevende å etablere, og disse institusjonene bør derfor organiseres mer sentralisert.

### 5.1.1 Leon-prinsippet.

Et hovedprinsipp i all spesialistbehandling er prinsippet om ”Lavest Effektive Omsorgsnivå”. Det vil si prinsippet om at behandlingen skal foregå på så lavt nivå i behandlingsskjeden og så nært hjemstedet som mulig. Dette vektlegger opprettelsen av pasientnære spesialisthelsetjenester i form av polikliniske tjenester, ulike dagtilbud og grunnleggende lokalsykehusfunksjoner for behandling og oppfølging. Det er viktig at dette prinsipp også legges til grunn for den videre organisering og utvikling av rusmiddelfeltet.

Dette er også et prinsipp for organisering som er gjennomført i psykisk helsevern. For at dette prinsippet skal kunne gjennomføres, er det nødvendig at kompetansen på dette feltet også i kommunene økes. Dette vil være en oppgave der ansvaret må fordeles på ulike deler av spesialisthelsetjenesten, men lokalsykehusets rolle vil stå mest sentralt.

For at behandlingen kan foregå så nært hjemstedet som mulig, er det viktig at tilbudet i lokalsykehuset utbygges og differensieres, slik at man får økt den polikliniske behandlingsskapasiteten, og samtidig utvikler dagtilbud, ulike gruppetilbud og rehabiliteringstiltak i lokalsykehusenes regi.

### 5.1.2. Samhandling. Brukermedvirkning.

Videre er et annet grunnleggende prinsipp innen rusmiddelfeltet at pasientene, deres pårørende, nettverk og hjemkommune skal være viktige premissleverandører for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og at all spesialistbehandling må skje i samarbeid med disse. Det er derfor viktig at rusfeltet har gode samhandlingsarenaer med alle sine premissleverandører.

Behandlingen vil ofte være sammensatt og langvarig, og det er derfor nødvendig at de ulike delene av spesialisthelsetjenesten samarbeider nært og løpende med alle aktuelle deler av kommunenes helse- og sosialtjeneste slik at tilbudet til den enkelte blir godt integrert. Arbeidet med Individuell plan vil stå svært sentralt i dette arbeidet.

I et rettighetsperspektiv er det naturlig at brukermedvirkning står sentralt. Med bruker - medvirkning menes den innflytelse en pasient har i både i forhold til utformingen av og beslutningen om sitt eget behandlingsopplegg (behandlingsplan) og vedrørende andre forhold der han selv er berørt. Dette perspektivet vektlegger at pasienten ikke er en passiv mottaker av helsetjenester, men derimot en aktiv samarbeidspartner og den viktigste aktøren i behandlingsprosessen. Dette er avgjørende for hvordan hjelpeapparatet blir i stand til å yte god behandling og blir således en sentral del av selve behandlingen

### 5.1.3 Helhetlig kompetanseheving og – utvikling

En nødvendig forutsetning for å utvikle gode tjenester er at kommunenes helse- og sosialtjeneste og rustiltakene på lokalsykehusnivå har god kunnskap om rusbehandling og utvikler gode fagmiljøer for slik behandling. Denne kunnskapen er i dag for liten på alle nivå i tjenesteapparatet. Ved et bedre utbygd tilbud i kommunene og ved lokalsykehusene vil en større del av pasientene kunne behandles lokalt. For at kommunene skal kunne klare å utvikle slik kompetanse, er de helt avhengige av et godt samarbeid med lokalsykehusene, og at kompetansenivået der er høyt. Presset på institusjonsplassene, spesielt på langtidsstiltak, vil

dermed kunne bli mindre, likeledes presset på å kjøpe gjesteplasser. Det vil gjennom dette kunne frigjøres midler som kan brukes til utbygging av rusfeltet lokalt så vel som regionalt.

#### 5.1.4. Styrt og samordnet utbygging og utvikling.

En utbygging av tjenesteapparatet i spesialisthelsetjenesten skal først og fremst skje ved en utbygging av det polikliniske behandlingstilbudet, i minst utstrekning av langtidsplasser. En omstilling og utbygging av tjenestetilbudet må gå hånd i hånd med en systematisk og omfattende kompetanseheving i tillegg til utvikling av overbyggende strukturer for å sikre et nettverk der de ulike tiltakene i kommunene og ved lokalsykehusene er med.

Utbyggingen og omstillingen av tjenestetilbudet for rusmisbrukere må skje etter en helhetlig vurdering av hvilket behov befolkningen i Helseregion Nord har, og den må reflektere disse behovene. Det finnes ingen samlet oversikt over dette, og en utredning er vanskelig. De ulike poliklinikkene må derfor få ansvar for å kartlegge sitt eget opptaksområde, slik at de sammen med de kommunene de har ansvar for kan utvikle tjenestetilbudet slik at det tilpasses befolkningens behov. En slik kartlegging kan innebære kontakt med politiet og ulike kommunale instanser, samtidig som en gjennom løpende klinisk arbeid som er aktivt oppsøkende, ambulant og utadrettet vil få bedre kunnskap om hvilke behov som finnes. Poliklinikkene må også som et ledd i dette, kartlegge behovet for kompetanseutvikling i sitt opptaksområde.

#### 5.1.5. Spesialisering

Som tidligere påpekt har behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere i hovedsak vært institusjonsbasert. Institusjonstilbudet har både ivaretatt basistjenester og i ulik grad mer spesialiserte funksjoner. Når en nå legger opp til å etablere basistjenester i de enkelte HF er det ønskelig parallelt med dette å dreie institusjonstilbudet mer mot klarere definerte regionalt spesialiserte oppgaver. Eksempler på slike spesialiserte oppgaver kan være innleggelser etter tvangsinstituttet i LOST (som forventes å øke), mer alvorlige og omfattende akutt- og avrusningsfunksjoner, tilbud til pasienter med dobbeltdiagnoser, tiltak for gravide og familier og tilbud til de aller yngste misbrukerne. Det er også viktig å utvikle tilbudet spesifikt rettet mot kvinner og særlig kvinner med omsorg for barn.

En slik utvikling må skje gradvis i pakt med oppbyggingen av basisfunksjoner og styrt i henhold til framkomne og rapporterte behov.

## **5.2. Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner. HF - funksjoner**

Det foreslås at hvert HF skal yte følgende basistjenester:

- Diagnostikk og vurdering
- Poliklinisk behandling
- Avrusning, akutttilbud og døgnbasert stabilisering
- Døgnbasert behandling
- Oppfølging av LAR - pasienter
- Mulighet for tilbakehold uten eget samtykke etter LOST §§ 6-2a og 6-3 (med samtykke)

#### 5.2.1. Polikliniske tjenester

De grunnleggende lokalsykehusfunksjonene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling består i dag av poliklinisk virksomhet knyttet til DPSene (de distriktpsikiatriske sentrene). Tjenesten er organisert dels som egne rusteam, dels som integrerte stillinger i allmennpsykiatriske team. Denne tjenesten er gjennomgående svært lavt dimensjonert og det er nødvendig med en styrking på dette feltet, for å øke behandlingsskapiteten og andelen av

pasientene som behandles lokalt, oppfylle veiledningsplikten til kommunene og for å være i stand til å utvikle gode fagmiljøer lokalt.

I Nordland, som har hatt en integrert modell for den polikliniske delen av rusvernet, er det tidligere integrert flere stillinger i både de voksenpsykiatriske poliklinikkene og i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

Ved en utbygging av tjenestetilbudet på lokalsykehusnivå, er det naturlig å starte der det finnes en eksisterende virksomhet fra før, en kjerne av virksomhet som en kan bygge videre på. Det gjelder alle DPSene i Nordland, Ruspoliklinikken i Tromsø og PUT Karasjok.

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres separate rusteam ved alle lokalsykehusene i Helseregion Nord.

Rusteamene må organiseres som selvstendige enheter i lokalsykehusene og ha en relativ autonomi, samtidig som de må samarbeide tett med de andre enhetene i DPS.

Det er viktig å presisere at de voksenpsykiatriske poliklinikkene også skal forholde seg til pasienter med ulike former for og grader av rusmisbruk. Rusteamene må dimensjoneres etter befolkningstall, omfanget av problemer på dette feltet i opptaksområdet og om det foreligger særlige forhold, som for eksempel at det finnes fengsel i opptaksområdet (gjelder Mosjøen, Bodø, Kabelvåg, Tromsø og Vadsø). Et rusteam bør ikke ha mindre enn fire fagstillinger, da det ellers blir for lite til å kunne arbeide fleksibelt og til å kunne opparbeide seg den nødvendige kompetansen i tillegg til at mindre team blir for sårbare.

Rusteamene bør ha en fleksibel nedre aldersgrense på 15 år. Dette vil være mer hensiktsmessig enn å bygge ut et tilsvarende behandlingsapparat i Barne- og ungdomspsykiatrien, da kompetansen her er lav. Det er imidlertid viktig å understreke betydningen av et godt samarbeide mellom rusvernet og barne- og ungdomspsykiatrien, likeledes med barnevernet, skoleverket og andre instanser som har kunnskap om og kontakt med barn og ungdom.

Den konkrete dimensjoneringen av de ulike teamene og hvilke prioriteringer som skal ligge til grunn for en utbygging av tjenestetilbudet bør defineres i et eget prosjekt.

Etableringen av slike team skal prioriteres bredt i regionen, slik at en får en utbygging som er godt spredt.

Det skal påpekes at en forutsetning for kompetanseheving og muligheten til å utvikle gode, robuste fagmiljøer lokalt, er at det etableres fagmiljøer av en viss størrelse ved alle lokalsykehusene. Dette er spesielt viktig i de to største bysamfunn i regionen.

Nordlandssykehuset har det største lokalsykehusområdet i Nordland, i tillegg til at problematikken der er størst. Teamet i Salten sektor må derfor være større enn de andre teamene i fylket, og det vil være naturlig at dette teamet får en sentral rolle i et nettverk som omfatter DPSene i Nordlandssykehusets sentralsykehusområde.

Tilsvarende resonnement gjelder for ruspoliklinikken i Tromsø.

Rusteamene ved avdeling for rusbehandling ved UNN og ved Salten Psykiatriske Senter i Bodø foreslås begge utvidet til 8 behandlerstillinger.

Det er særlig i utviklingen av behandlingstilbudet ved lokalsykehusene en spesiell utfordring å få spesialister, og særlig psykiatere, ved alle rusteamene. Behovet for slik spesialistkompetanse kan møtes gjennom et eksplisitt fokus på rusbehandling gjennom den

regionale utdanningen av legespesialister i psykiatri og gjennom et fokus på denne problemstillingen i linjen. Det er viktig også å fokusere på rekrutteringstiltak av psykologspesialister blant annet ved et særlig fokus på å legge til rette for forskning og kvalifiserings- og spesialiseringsordninger innen regionen.

### 5.2.2. Døgneheter.

I tillegg til rusteam må lokalsykehusfunksjonene forsterkes med døgntilbud for avlastning, avrusning, utredning og behandling som ikke krever det kompetansenivået som finnes i tiltakene med regionalt opptaksområde på nivå 2 og 3. Avrusning lokalt kan være både et tiltak i akuttbehandling av kriser og et planlagt tiltak i forkant av et videre behandlingsopplegg poliklinisk, ved enheten eller regionalt.

Utredningsfunksjonen skal bestå av diagnostisk utredning (rus, psykiatri og somatikk) og skal vurdere hva som er rett behandlingstiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Slik kan en innleggelse her være en del av det vurderingsarbeidet som allerede er lagt til DPS der dette er tilfelle. Disse enhetene skal være små med få plasser og de skal primært ha relativt kort liggetid. De skal av ressurs hensyn etableres i tilknytning til allerede eksisterende døgnbemannede enheter i DPSene. Det er i denne sammenhengen viktig å understreke at etableringen av slike døgneheter ikke skal medføre at andre døgneheter ved DPS skal ha rusmisbruk som eksklusjonskriterium. Døgnplassene må kunne ta imot pasienter både etter LOST (Sosialtjenesteloven) og PHL (Psykisk helsevernloven). Døgneheterene skal samarbeide nært både med vurderingsenhetene og rusteamene i HFet, somatikken ved lokalsykehuset og hjemkommunen til den enkelte pasient.

Når det gjelder innleggelser etter LOST §§ 6-2,6-2a og 6-3 er det ikke ønskelig med et omfattende bruk av HFenes døgneheter til dette. Enheten bør likevel ha anledning til innleggelser i medhold av LOST. Særlig gjelder dette innleggelser i medhold av § 6-3 og i noen grad at enhetene kan overta ansvaret for innleggelser i medhold av § 6-2a for eksempel i forbindelse med fødsel eller når andre grunner taler for flytting fra de institusjoner som er utpekt til å ivareta ansvaret for slike innleggelser.

Ved å etablere gode rutiner for de ulike tiltakene på lokalsykehusnivå, kan en sikre at psykiatriske pasienter og rusmisbrukere får en god utredning av og behandling for sine somatiske lidelser.

Arbeidsgruppen anbefaler at alle HFene i Helse Nord får ansvar for å etablere en døgnerhet for avlastning, avrusning, utredning og behandling.

Saltenområdet er her i en særstilling. Det dreier seg om et stort DPS-område, både når det gjelder befolkningens størrelse (75 000 - 80 000), avstander og omfang av behov for dette behandlingstilbudet. Det finnes pr i dag ingen døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Salten.

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres en enhet med 8 døgnplasser for avlastning, avrusning, utredning og behandling i tilknytning til Salten Psykiatriske Senter, Nordlandssykehuset, Bodø.

Etablering av enheten ved Salten Psykiatriske Senter og ved Helgelandssykehuset bør prioriteres foran de andre helseforetakene.

De medisinske avdelingenes rolle i avrusning har tidligere vært omfattende. Over tid er praksis imidlertid endret slik at de medisinske avdelingene nå kun behandler intoksikasjonstilstander og ikke tar seg av avrusning, med noen få unntak. Noe av bakgrunnen for rusreformen var at rusmisbrukere skulle få bedre behandling for sine psykiske og sine somatiske lidelser. Det er viktig at de medisinske avdelingene ved etablering av døgntiltak ved lokalsykehusene, bistår disse med sin kompetanse. Motsatt er det viktig at tiltakene i den lokalbaserte tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen bistår somatikken. Slik vil rusmisbrukerne få bedre helsehjelp for sine somatiske lidelser mens de er i behandling i psykiatrien og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og bedre hjelp for sine psykiske lidelser og sitt rusmisbruk mens de er pasienter i somatikken.

Øyeblikkelig hjelp for denne pasientgruppen vil omfatte indremedisinske tilstander, hvor øyeblikkelig hjelp-plikten ligger til medisinsk avdeling, og akutte psykiatriske tilstander, hvor øyeblikkelig hjelp-plikten ligger i psykiatrien. Døgninstitusjoner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ikke øyeblikkelig hjelp-plikt.

Akutt avrusning bør foregå så nært hjemstedet som mulig, dersom det ikke er indikasjon for at avrusningen krever kompetanse på regionalt nivå. Avrusningen må knyttes til en avdeling som fra før har lege i døgnvakt. Ved lokal avrusning vil det være mulig å spille på de instansene i kommunen og lokalsykehuset som kjenner pasienten fra før av og som skal ta over behandling og oppfølging senere. Det vil da også være lettere å prioritere hvem som skal inn til avrusning når, i og med at samarbeidet med det lokale tjenesteapparatet vil være tettere ved avrusning lokalt. Sannsynligheten for at avrusning blir en løsrevet del av behandlingen blir dermed mindre.

### 5.2.3. Vurdering

Når det gjelder strukturen for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bør denne være så lik tilsvarende strukturer i den øvrige spesialisthelsetjeneste som mulig. Den struktur som hittil er valgt (10 vurderingsenheter) bør inntil videre beholdes, men det er naturlig at det på sikt blir slik at vurderingen blir foretatt på nærmeste spesialistnivå. Etter hvert som rusteamene etableres og kompetanse tilkommer er det viktig at henvisninger blir vurdert så desentralisert som mulig. Et viktig prinsipp i organiseringen av henvisningsbehandlingen, er prinsippet "en dør inn". Så langt det er mulig, bør alle henvisninger sendes samme sted, nemlig lokalsykehuset, slik at det er spesialisthelsetjenesten og ikke henviser, pasient og pårørende som får ansvaret for å koordinere de spesialiserte tjenestene.

En forutsetning for dette er at vurderingsenhetene opptrer uavhengig av egne tjenester og er reelt tverrfaglig sammensatt. De skal videre være nært knyttet sammen i det etablerte nettverket for vurderingsenhetene som driftes av koordineringsenheten, for å sikre en enhetlig og lik praksis av prioriteringsforskriften. Som et viktig hjelpemiddel vil SHdir innen kort tid utgi en nasjonal veileder for "**Vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere**". Denne er foreløpig under utarbeidelse med grunnlag i forslag fra en arbeidsgruppe nedsatt av alle de regionale helseforetakene. Når veilederen foreligger skal den kunne danne et felles grunnlag for lik praksis så vel nasjonalt som innad i Helse Nord RHF.

## 5.4. Regionale funksjoner

### 5.4.1. Overordnet faglig styring og samordning innen rusfeltet

Den videre utvikling av rusfeltet vil måtte skje i pakt med de behov og utviklingstendenser en til en hver tid er i stand til å dokumentere, samt se disse i lys av utviklingen av spesialisthelsetjenesten generelt og rusfeltet spesielt. Innen rusfeltet er det viktig at tjenestene utfyller hverandre både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom denne og den kommunale helse- og

sosialtjenesten. Helseforetakene blir gitt et tydeligere ansvar til å dimensjonere, utvikle og drifte tiltak for rusmiddelmissbrukere innenfor sitt geografiske dekningsområde, og for å samordne disse tiltakene med de somatiske tjenestene og det psykiske helsevernet. Samtidig skal man få til en god arbeidsdeling mellom offentlig hjelpeapparat og private tjenesteytere. Det er en stor utfordring å samordne disse tjenestene på tvers av forvaltningsmessige, organisatoriske og eiermessige skillelinjer.

Det foreslås å opprette et regionalt fagråd innen rusfeltet direkte under medisinsk fagdirektør for å bistå i den faglige styringen og samordningen av rusfeltet i Helse Nord.

I et slikt råd er det viktige at alle foretakene er representert, gjerne ved linjeledere og sentrale fagpersoner. Videre representanter fra private avtaleparter, kommuner og brukerorganisasjoner.

#### 5.4.2. Fagnettverk

Behandlingstiltakene, særlig de polikliniske tjenestene, vil komme til å bestå av relativt små fagmiljøer, i tillegg til at de får en spredt lokalisering.

Det må derfor etableres en struktur, et fagnettverk, som er regionsovergrepene og som ivaretar fagutvikling; veiledning, kompetanseheving for øvrig, blant annet ved å implementere evidensbasert behandling, og utvikle et kolleganettverk for de tverrfaglig spesialiserte tjenestene. Dette nettverket må også inkludere de private avtalepartene.

Arbeidsgruppen anbefaler at UNN får et særlig ansvar for å etablere et faglig nettverk som omfatter all tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helseregion Nord. I tillegg får UNN ansvaret for å organisere veiledning, slik at veiledningsplikten kan overholdes og at kvaliteten på veiledningen blir god.

#### 5.4.3. Døgnbehandling

Etablering av ruspoliklinikker gir en ny mulighet til å etablere aktive samarbeidsforhold mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten og mellom denne og de kommunale tjenestene.

Dette betyr at det allerede før innleggelse i døgninstitusjon foreligger planer om videre oppfølging etter utskrivning. *Den tidligere sekvensielle modellen med forvern - behandling - ettervern bør i fremtiden erstattes av en modell der flere instanser arbeider samtidig, og der behandlingsinnsatsen dimensjoneres i et langsiktig perspektiv.*

Det er en forutsetning at den kommunale innsatsen og de aktuelle deler av spesialisthelsetjenesten hele tiden er i et aktivt forpliktende samarbeid. Det kommunale tjenesteapparatet bør sammen med spesialisthelsetjenesten fungere som et profesjonelt nettverk for pasienten.

Behandlingstilbudet må bygges opp rundt den enkelte pasients behov og den enkelte pasients endringsprosess, i kombinasjon med faglig funderte og godt dokumenterte behandlingsmodeller.

Fremtiden vil derfor kreve fleksible institusjoner med fokus på den enkelte pasients totale behov, mer enn standardiserte behandlingsprogrammer.

Fortsatt skal rusmiddelavhengighet og alvorlige rusrelaterte problemer være hovedinklusionskriteriet for døgnbehandling, men pasienten og institusjonen skal anlegge et *helhetsperspektiv* for behandlingen slik at pasientens samlede behandlingsbehov i større grad

er styrende. Dette innebærer at behandlingssinnsatsen må være fullt ut differensiert i forhold til pasientens kjønn, alder, kulturelle bakgrunn, behov, problemutforming og ressurser.

Institusjonen må i utgangspunktet lage færrest mulig eksklusjonskriterier (dersom det foreligger behandlingstrengende avhengighet eller rusrelaterte problemer), men heller tilpasse egne rammer og rutiner til de pasienter som søker institusjonens tilbud.

Den enkelte institusjon bør også ha mindre rigide aldersgrenser. Det bør være større mulighet for fleksibilitet og individuelle vurderinger knyttet til forholdet mellom behandlingsbehov og forventet nytte av behandlingen. Dette innebærer også at lengden på institusjonsoppholdet i større grad må tilpasses den enkelte pasient. Det er avgjørende at det etableres et samarbeid med både ruspoliklinikkene og kommunens helse- og sosialtjeneste før, under og etter behandlingen. Dette bør nedfelles i en individuell plan.

Som tidligere påpekt er det i dag et stort misforhold mellom behov og kapasitet når det gjelder døgnbehandling. Henvisningsmengden til korttidsinstitusjonene og antallet fristbrudd viser en foruroligende økning.

Det har tradisjonelt vært et stort fokus på langtidsbehandling, men tegn tyder nå på at henvisningspresset for langtidsbehandling er for nedadgående. Det er all grunn til å anta at en ved etableringer av polikliniske tjenester fordelt jevnt over hele regionen vil få et markert redusert behov for døgnplasser, og kanskje særlig for langtidsplasser.

En tydelig utvikling viser at institusjonene må bli mer differensierte, fleksible og inkluderende enn det som tradisjonelt har vært vanlig, slik at de i større grad enn til nå kan dekke befolkningens behov.

Dette krever en vesentlig strukturendring innen institusjonshelsetjenesten i tråd med de prinsipper som er angitt tidligere (integreerte tilbud, differensiering, spesialisering, fleksibilitet og inkludering).

Institusjonene har i dag stort sett åpne avdelinger og små muligheter for å håndtere pasienter som er alvorlige abstinente, utagerende eller som av andre grunner er i behov av skjerming og mer intensivt tilsyn og pleie.

Det er derfor stort behov for både å øke antallet senger og å tilpasse tilbudene i tråd med oppgaver og behov.

En slik strukturendring har lenge vært etterspurt og ønsket, og foreslått allerede mens fylkeskommunene hadde ansvaret for rusinstitusjonene. Dette er kommet til syne i tidligere planutkast som behov for å etablere avrusnings-, akutt- og utredningskapasiteten ved de offentlige institusjonene i regionen.

Når en nå legger mer av avrusningsfunksjonene til det enkelte HF, er det selvsagt grunn til å anta at behovet for regionale senger til dette bruk vil gå noe ned, men samtidig ser vi over det siste året en svært stor henvisningsøkning til slike tilbud (nesten 300 %).

Institusjonene vil fortsatt måtte kunne tilby avrusning til pasienter som skal innlegges, kunne tilby mer spesialiserte behandlings- og tilsynskrevende avrusninger, være i stand til å inkludere pasienter som ikke kan fungere innenfor åpne avdelinger (på grunn av psykiske lidelser eller utagering) eller som trenger omfattende utredning og diagnostikk. Kapasiteten for denne viktige og mye etterspurte funksjonen, er i dag alt for liten ved de 7 plassene som i dag er lagt til UNN og de tre plassene ved Nordlandsklinikken.

Det foreligger allerede konkrete planer<sup>7</sup> i Hålogalandssykehuset HF for etablering av en akutt- og utredningsenhet ved Nordlandsklinikken i en allerede eksisterende bygningsmasse ved nåværende Ofoten psykiatriske senter med i alt 12 plasser. I tillegg er det planlagt et

---

<sup>7</sup> Hålogalandssykehuset Narvik: **Etablering av en akutt- og utredningsenhet ved Nordlandsklinikken.**  
24.6.2006

samarbeid med DPS for Ofoten som i tillegg skal disponere to plasser i enheten som et lavterskeltilbud for psykiatrisk beredskapsteam. Det foreslås at det etableres en lignende enhet ved Finnmarksklinikken (6 plasser) og at UNN ved avd. KUEN videreutbygges til 10 plasser. Avdelig KUEN trenger omfattende bygningsmessige endringer for å kunne fungere optimalt i henhold til målsettingen. Av denne grunn foreslås det å prioritere etableringen ved Nordlandsklinikken siden bygningen finnes allerede og krever relativt små investeringer.

Langtidsinstitusjonene i regionen må tilpasses de pasientgrupper som en i dag har kunnskap om best profiterer på lang institusjonsbehandling (vesentlig de yngste og de tyngste).

Kortidsinstitusjonene må i pakt med utbyggingen tilpasse og spesialisere sine tilbud bedre til de pasienter som ikke profiterer på polikliniske tjenester eller som i perioder trenger å forsterke dette tilbudet med en eller flere innleggelser på institusjon i nært samarbeid med både kommunale tjenester og lokalsykehus.

Med hensyn til innleggelser uten pasientens samtykke i medhold av LOST §§ 6-2,6-2a og 6-3 er det som kjent rusavdelingen ved UNN og Nordlandsklinikken som av Helse Nord er satt til å ivareta disse funksjonene. Imidlertid har rusavdelingen ved UNN møtt store begrensninger i å ivareta slike innleggelser på grunn av bygningsmessige begrensninger. Av denne grunn har hovedtyngden av tvangsinnleggelsene vært på Nordlandsklinikken. På kort sikt, og inntil rusavdelingen har fått ny eller renoverert bygningsmasse, vil det være nødvendig i større grad å sentralisere tvangsinnleggelser på Nordlandsklinikken. Dette gjelder særlig 6-2a-innleggelser hvor Nordlandsklinikken i tillegg til funksjonelle (men begrenset foreløpig) bygningsmessige forhold også har nødvendig spesialisert personell (for eksempel jordmor). Det anbefales at slike innleggelser blir et spesialisert ansvar for Nordlandsklinikken på permanent basis.

#### **Forslag til tiltak:**

- Det etableres et fagråd for rusfeltet i RHF direkte underlagt fagdirektør
- UNN gjøres ansvarlig for å etablere og drive et fagnettverk som omfatter hele rusfeltet i Helse Nord
- I pakt med oppbyggingen av lokalsykehusfunksjoner innen det enkelte HF legges det til rette for nødvendig strukturendringer og spesialisering av døgninstitusjonene
- Det skal legges til rette for at bruken av langtidsinstitusjoner skal være mer styrt av pasientens reelle behov og at institusjonene blir mer differensierte og tilpasset målgruppens behov og forutsetninger
- Det etableres akutt- og utredningsenheter med mulighet og bemanning for intensiv pleie, skjerming og mer spesialisert utredning og diagnostikk. Det foreslås etablert 12 plasser ved Nordlandsklinikken, 6 plasser ved Finnmarksklinikken og avd. KUEN ved UNN utvides til 10 plasser. Etableringen ved Nordlandsklinikken prioriteres foran Finnmarksklinikken og UNN.
- All døgninstitusjonene skal drive integrert behandling og være differensierte, fleksible og inkluderende. Institusjonen skal tilpasse seg pasientene og ikke omvendt
- Innleggelser etter tvangsinstituttet hjemlet i LOST må i større grad, og inntil rusavdelingen ved UNN har fått nye lokaler, styres til Nordlandsklinikken. Innleggelser etter § 6-2a (gravide misbrukere) skal på permanent basis være Nordlandsklinikkens ansvar

#### **5.4.4. Koordineringsenheten.**

Koordineringsenhetens virksomhet er i dag regulert av Helse Nord. Følgende primæroppgaver er definert fra Helse Nord:

- Koordinere pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord – oppfølging av alle enkeltsaker; inklusive kjøp av gjesteplasser utenfor regionen
- Dokumentere pasientstrøm



- Fakturabehandling gjestepasienter (kvalitetssikring og attestering)
- Kvalitetssikring henvisningsrutiner og vurderinger
- Kvalitetssikring av private avtaleinstitusjoner
- Intern venteliste Helse Nord

Koordineringsenheten har ingen klinisk funksjon, men er en administrativ, byråkratisk saksbehandlerenhet, som effektuerer de faglige vurderinger og beslutninger som vurderingsenhetene har gjort. Koordineringsenheten har imidlertid et faglig fokus i arbeidet med enkeltsaker, men rammene for det faglige arbeidet er lagt ved oversendelse fra vurderingsenhetene. Øvrige oppgaver er på systemnivå, og Koordineringsenheten skal koordinere pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i hele regionen.

Det er med bakgrunn i dette ikke naturlig at Koordineringsenheten knyttes nærmere til de kliniske miljøene i forhold til denne funksjonen. Det er imidlertid svært viktig at Koordineringsenheten har en fortløpende dialog med de kliniske miljøene i regionen for til enhver tid å være oppdatert på hvilke kliniske tilbud som gis innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen. Koordineringsenheten håndterer enkeltsaker fra hele regionen, og mottar vurderinger fra regionenes 10 vurderingsenheter. I Koordineringsenhetens håndtering av enkeltsaker ligger det også et prioriteringsansvar. Det er derfor viktig for Koordineringsenhetens habilitet og troverdighet, både overfor pasienter, henvisere og vurderingsenheter at Koordineringsenheten ikke er nærmere knyttet til ett miljø enn andre.

#### **Utvikle en lik praksis som best mulig ivaretar prioriteringsforskriften og pasientrettigheter:**

Det er i dag etablert et faglig nettverk for vurderingsinstansene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, og dette nettverket koordineres av Koordineringsenheten. Nettverket har faste møter. Mandatet og formål til dette forumet er som følger:

- **Faglig nettverk for vurderingsenhetene** er et forum for de som til daglig jobber med vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Målsettingen er å etablere felles forståelse av lover og forskrifter, og mest mulig omforent praksis i vurdering av henvisningene
- Det skal være et forum for diskusjon og informasjonsutveksling vurderingsenhetene imellom
- På hvert møte deltar maksimum to deltakere fra hver vurderingsenhet. Det er ønskelig med mest mulig kontinuitet i deltakelsen

#### **Forholdet mellom vurderingsinstansene og Koordineringsenheten:**

Det må understrekes at det faglige ansvaret for vurdering ligger hos vurderingsenhetene. Det er det koordinerende administrative ansvar som tilligger Koordineringsenheten. Koordineringsenheten har ingen overprøvende faglig myndighet ovenfor vurderingsinstansene. Dette betinger en fortløpende informasjonsflyt og dialog mellom vurderingsinstansene og koordineringsenheten. Dette både for å kunne effektuere vedtakene fra vurderingsinstansene på en best mulig måte for pasienten, samt i forbindelse med dokumentering av pasientflyten i Helse Nord.

### **5.5. Samordning av rusfeltet og med øvrig spesialisthelsetjeneste for somatikk og psykiatri**

Intensjonen med Rusreformen var at rusmisbrukere skulle få bedre psykiatrisk og somatisk spesialistbehandling. Det er en stor utfordring å gjøre behandlingstilbudet innen psykiatri og somatikk mer tilgjengelig for rusmisbrukere, slik at de får et tilbud om spesialisthelsetjeneste som er reelt og på lik linje med befolkningen for øvrig. Rusmisbrukere har store udekkede behov for slike helsetjenester og tradisjonelt ser ikke spesialisthelsetjenesten i psykiatri og somatikk at de skal ha en veldig sentral rolle i behandlingen av denne pasientgruppen. Således

vil det være svært viktig og en stor utfordring å få til et tett, løpende samarbeide mellom de tre delene av spesialisthelsetjenesten: tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykiatri og somatikk.

Den mest naturlige måten å samordne de ulike delene av spesialisthelsetjenesten på, vil være på lokalsykehuset/ved DPSet. I en slik setting vil det bli lettest å få til et samarbeid med primærlegen og hjelpeapparatet for øvrig i kommunen. I tillegg er det på DPS muligheter for å utvikle et nærere samarbeid med spesialisthelsetjenesten i indremedisin.

### **5.6. Spesifikke forhold knyttet til den samiske befolkning**

Språk og ulike kulturuttrykk er viktige deler av menneskes identitet. Språk er en viktig del av behandlingen som kommunikasjonsmiddel mellom behandler og pasient, og kanskje spesielt viktig innen rusbehandling. Kompetanse innen samisk språk og kultur vil derfor være av største betydning innen behandlingsapparatet for de rusmiddelavhengige og deres pårørende.

Spesiell kompetanse i behandling av den samiske befolkningen eksisterer i dag ved Finnmarksklinikken. Det er naturlig at denne kompetansen bygges videre ut, og at en i tillegg gir Finnmarksklinikken et overordnet regionalt ansvar for fagutviklingen på dette feltet.

- Arbeidsgruppen anbefaler at Finnmarksklinikken får et formelt, overordnet ansvar for fagutvikling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling av den samiske befolkningen.
- Finnmarksklinikken får et ansvar for å utrede hvordan en best kan ivareta den samiske befolkning også på rusfeltet.

### **5.7. Brukermedvirkning**

I "Veileder til lokal samarbeidsavtale" utgitt av KS og Arbeids- og velferdsetaten defineres brukermedvirkning slik: "Med brukermedvirkning på **individnivå** menes her: "den innflytelsen bruker har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet der han selv er berørt".

Videre betyr brukermedvirkning at det er "en forutsetning at brukeren betraktes av hjelpeapparatet som en aktiv deltaker i egen prosess" og at dette relateres til "at brukeren må gjøres myndig, og at krefter som bevirker avmakt må nøytraliseres".

Brukermedvirkning på **individnivå** anbefales særskilt i forhold til individuell plan. Planen forplikter de involverte, også brukeren. Dette vurderes som positivt. Noen utfordringer kan knyttes til brukermedvirkning på individnivå som:

#### **Brukermedvirkning som terapeutisk holdning**

I all tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør brukermedvirkning være en terapeutisk holdning som skal prege relasjonen til pasienten og behandlingstilbudet som helhet til enhver tid. Brukermedvirkning betyr å ta utgangspunkt i den enkelte pasients egenopplevelse, individuelle behov og målsettinger med behandlingen. Dette betyr at både tjenestested og den enkelte tjenesteyter formidler en åpenhet rundt, og samarbeid om, de ulike behandlingsmetodene og å lytte aktivt til hvordan pasienten opplever å nyttiggjøre seg disse.

#### **Pårørendes rolle**

Det er en akseptert oppfatning at pårørende skal ivaretas i forhold til rusavhengige. I hvilken grad pårørende skal medvirke og på hvilken måte er ikke tydeliggjort. Et viktig prinsipp er at de pårørende skal høres så sant pasienten samtykker i dette. Tjenesteytere må investere mye i å skaffe seg slikt samtykke til beste for både pasient og pårørende. Men, en kan likevel se for

seg at der pårørendes ønsker står i motsetning til brukerens kan de pårørende oppleve seg som ikke ivaretatt. Det anbefales at pårørende oppfordres til kursing og veiledning i forhold til egen situasjon, gjerne via pårørendes organisasjoner. Spesialisthelsetjenesten bør også i noen grad selv ta initiativ til slik kursing gjennom ”lærings- og mestringssentrene” ved lokalsykehusene. Dermed styrkes selvhjelpsprinsippet og pårørende kan sikres hjelp til å takle en vanskelig livssituasjon.

Med brukermedvirkning på **systemnivå** forstår vi her ”en kollektiv medvirkningsform der brukerorganisasjonene peker ut representanter som deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak”.

Det kan ses som en fordel at rusfeltet samkjører begrepsforståelse og innhold angående brukermedvirkning. Brukermedvirkning på systemnivå er i ferd med å bli godt innarbeidet i pågående planarbeid både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene også på rusfeltet. Selv om en ser at tidspress av og til setter noen begrensninger i forhold til å invitere inn flere brukerorganisasjoner, og utøve et mer aktivt samspill med disse. Det anbefales at kjente brukerorganisasjoner innen rusfeltet rutinemessig involveres i planarbeid, representeres i aktuelle referansegrupper og deltar i evalueringer av tjenestene. Det bør også vurderes om brukere utenfor de etablerte brukereorganisasjonene kan involveres på ulike måter både i planarbeid og i evaluering av tjenestetilbudet.

#### **Forslag til tiltak:**

- Brukermedvirkning skal sikres på alle tjenestesteder både gjennom ledelsesfokus og terapeutisk holdning
- Alle tjenestesteder skal gjennom kvalitetssystemet dokumentere hvordan brukerne skal sikres reell medvirkning
- Så langt det er mulig skal helseforetakenes brukerutvalg suppleres med en representant som har fokus på rusfeltet og dets utvikling
- Så langt det er mulig skal brukerorganisasjonene være representert i viktige plan- og utviklingsprosjekter
- Brukerorganisasjonene skal alltid være høringsinstans i plan- og utviklingsprosesser

### **5.9. Kvalitet og kvalitetsutvikling**

Arbeidet for å sikre forsvarlig praksis og tjenester med høy kvalitet har høy prioritet generelt så vel i helsevesenet som i sosialtjenesten. I planperioden vil dette arbeidet innenfor rusområdet bli prioritert høyt.

I forbindelse med rusreformen var det lagt klare føringer om at en ved reformen skulle etablere og videreutvikle tjenester ved at man stiller de samme krav om forsvarlighet og kvalitet til behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere som for den øvrige spesialisthelsetjenesten.

En overordnet målsetting for rusreformen var å utvikle bedre tjenester og at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Videre ble det påpekt at en slik kvalitetsheving også måtte bety:

- Bedre ansvarsavklaring mellom forvaltningsnivåene
- Bedre ressursutnyttelse
- At rusmiddelmissbrukeres brukerrettigheter og status må styrkes
- Bedre samordning innad i spesialisthelsetjenesten (rus- psykiatri – somatikk)

I samarbeid med fagmiljøene har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en ” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten” ”Og bedre skal det bli” for perioden 2005 – 2015.

Her defineres kvalitetstjenester som tjenester som:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Samlet sett blir kvalitetstjenester etter dette tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester som leverer gode og virkningsfulle innsatser, som gis i respekt for den enkeltes pasient verdighet, egenart og rettigheter i et system som fremmer helhet.

### 5.9.1. Kvalitetsforbedring som følge av rusreformen.

Gjennom rusreformen fokuseres det på kvalitet og kvalitetsforbedring på vesentlig to områder:

1. Ved integreringen av rustiltakene i den øvrige spesialisthelsetjenesten skal tiltakene oppfylle spesialisthelsetjenestens lover og myndighetskrav
2. Oppfylning av de overordnede og konkrete faglige målsettinger og krav som gjennom ulike statlige føringer er formulert i tilknytning til rusreformen

#### **Ad 1.**

Kvalitets absolutte startpunkt er oppfyllelsen av de innholds- og forsvarlighetskrav som framsettes gjennom lov og myndighetskrav. Kvalitet og kvalitetsforbedring kan en først tale om etter at disse krav er innfridd.

Herunder er det viktig at alle tiltak innfrir krav om internkontroll, etablering av kvalitetsutvalg og at en har gode systemer for avviksregistrering og avviksbehandling.

Helselovgivningen har krav om at det rundt hver pasients behandlingstilbud er knyttet et koordineringsansvar, behandlingsansvar, informasjonsansvar og journalansvar. Det er viktig at alle tiltak, også de private tiltak som Helse Nord har avtale med, dokumenterer hvordan dette ansvaret er ivaretatt innen tiltaket. Med hensyn til journalansvaret er det viktig at det enkelte tiltak har, eller har tilgang til, kompetanse og forsvarlige systemer for å sette diagnoser som grunnlag for den behandling som gis.

Tiltak må også etablere rutiner for å sikre pasientenes samtykke og rett til medvirkning. Et hovedprinsipp med hensyn til pasienters rettigheter under behandling er at pasienten selv skal bestemme i personlige gjøremål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt dette er forenlig med formålet med oppholdet og med institusjonens ansvar for driften. Dersom det, ut fra institusjonen formål og driftsansvar, skulle foreligge grunn til å begrense disse rettighetene må dette informeres om og begrunnes slik at informert samtykke kan foreligge fra pasientens side.

I forhold til samhandling med kommunene er det viktig at det enkelte tiltak har etablert rutiner for å sikre at varslingsplikten til sosialtjenesten blir ivaretatt og har rutiner for at de pasienter som har rett, og gir sitt samtykke til en individuell plan, faktisk kan få den.

#### **Ad 2.**

Rusrelaterte problemer er sammensatte og har både somatiske, psykiske og sosiale komponenter. Dette gjenspeiles også i de statlige føringene i tilknytning til rusreformen om at spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere skal være tverrfaglige.

Det daværende Helsedepartementet ga i strateginotatet ” Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier” i 2004 uttrykk for at;

*”Målet er at behandling av rusmiddelmissbrukere skal utvikles til en tverrfaglig spesialisttjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, og der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver skal vektlegges”.*

En generell konsekvens av dette blir at tiltak innenfor den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbrukere må styrke sin helsefaglige kompetanse både gjennom stillingsstruktur, bemanning og gjennom systematiske opplegg for kompetanseutvikling, -heving og -spredning. Det må settes større fokus på å sikre en forsvarlig bemanning og på utforming av konkrete kravspesifikasjoner til spesialiserte tiltak enten disse er polikliniske eller døgnbaserte og enten de er private eller offentlige.

I regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2010 heter det (s 10):

*”Et av de viktigste bidragene til å heve kvaliteten i tjenestetilbudet, er å bedre samordningen og koordineringen av tjenestene slik at rusmiddelmissbrukeren kan få hjelp med sin avhengighet, helseproblem og sosiale problemer på samme tid. Det er dokumentert at samtidighet i innsatsen bidrar til bedre behandlingsresultat”.*

Oppfyllelsen av dette målet forutsetter et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Et slikt samarbeid vil fungere best når det er nærhet mellom tjenestene både i tid og rom. Og er derfor et vesentlig ansvar for de spesialiserte tjenestene som finnes i det enkelte lokalsykehus og helseforetak som polikliniske tjenester og døgnplassene på DPSene. Disse desentraliserte tjenestene vil spille en nøkkelrolle både i forhold til å ivareta spesialisthelsetjenestens råd- og veiledningsplikt, men også som viktig samarbeidspartner i forhold til arbeid med enkeltpasienter for eksempel i forhold til individuell plan.

Rus må være et sentralt element i de samarbeidsavtaler som helseforetakene har med kommunene. Det henvises for øvrig til kapittel 8.

I Helse Nord er det 10 tjenestesteder som har fått til ansvar å ivareta vurderingsplikten i medhold av pasientrettighetsloven. Siden disse vurderingsinstansene er satt til å vurdere rett til nødvendig helsehjelp eller helsehjelp innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det viktig at også vurderingene er tverrfaglige. For å sikre en slik tverrfaglighet og god kvalitet i vurderingene bør det i vurderingsenhetene i tillegg til ruskompetanse være både somatisk, psykologisk/psykiatrisk og sosialfaglig kompetanse representert.

Innenfor rusområdet er det foreløpig ikke fastsatt måleindikatorer for kvalitet, såkalte kvalitetsindikatorer slik det er innfor den øvrige spesialisthelsetjenesten. Det foreligger forslag til flere slike (Sosial- og helsedirektoratet desember 2004), og det er ventet at slike indikatorer vil bli fremmet i den bebudede opptrappingsplanen.

### 5.9.2. Kontinuerlige forbedringsprosesser.

Å øke kvalitet er ikke et engangsprosjekt, men et kontinuerlig arbeide hvor en hele tiden søker å forbedre egen praksis i henhold til ny viten, erfaring og kunnskap. For å få dette til må det på det enkelte tiltak, både i ledelsen og hos den enkelte medarbeider, være høy bevissthet om kunnskapsgrunnlaget for egen virksomhet og at det er sammenheng mellom dette grunnlaget og den behandlingsaktivitet som til enhver tid foregår. Det må være rutiner for å overvåke egne behandlingsprosesser for å kunne identifisere forbedringsområder. Der en har innført slike rutiner blir forbedringsarbeid en del av den ordinære virksomhet og medfører ofte en høyere bevissthet både om kvalitet og kvalitetsforbedring.

Ethvert valg av behandlingsmetode eller behandlingstilnærming må ha en forankring i en eller annen form for kunnskap (klinisk og teoretisk) og (helst) vitenskapelig evidens. Men, det er viktig å overvåke behandling og behandlingsprosesser for å skaffe oss kunnskap om det er samsvar mellom kunnskap og praksis. Der det avdekkes ”et gap” mellom hva vi ønsker å

gjøre og hva vi faktisk gjør identifiserer vi forbedringsområder som kan rettes ved ny eller endret praksis.

Et eksempel på en slik endringsmetodikk er den såkalte **gjennombruddsmodellen** som er tatt i bruk i Norge (blant annet av Den Norske Lægeforening) med stor suksess. Modellen er utviklet ved *Institute for Healthcare Improvement* i USA og bidrar til å skape kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring på den enkelte arbeidsplass. Gjennom arbeid med modellen lærer deltakende behandlingstiltak å bruke innsatsressurser mer hensiktsmessig og å igangsette system- og prosessendringer som gir dokumenterbare resultater. Sentrale elementer i modellen er opplæring i forbedringsteori og bruk av metoder som såkalte ”tidsplott” og statistisk prosesskontroll for å måle resultater ev endring.

### 5.9.3. Tiltak

#### **Tverrfaglighet:**

Alle tiltak innen rusområdet i Helse Nord skal være tverrfaglig bemannet med både sosialfaglig og helsefaglig (både somatisk og psykisk) personell. Den samme tverrfaglighet skal prege de enkelte vurderingsinstanser.

#### **Bemanning:**

Det må avklares hva som er forsvarlig bemanning på de enkelte tiltak sett i lys av tiltakenes oppgaver.

Det bør også gjennomføres en vurdering av tiltakenes sårbarhet til grunnlag for forsvarlig bemanning og nødvendig rekruttering.

#### **Kvalitetsindikatorer:**

Det skal innføres måling etter nærmere bestemte indikatorer i et gjennomgående styringssystem som omfatter alle tiltak i rusområdet i Helse Nord. Et arbeid pågår sentralt i vurdering av slike indikatorer. Det er ventet at opptrappingsplanen vil inneholde krav om rapportering i henhold til utvalgte kriterier. Disse skal implementeres straks de foreligger.

#### **Samordning/samarbeid:**

Alle tiltak skal etablere formaliserte samarbeidsrutiner med både de kommunale helse- og sosialtjenester og med den øvrige spesialisthelsetjeneste både innen somatikk og psykisk helsevern. Rus skal innarbeides i HFFenes formelle samarbeidsavtaler med kommunene. Tiltakene skal ha prosedyrer for forsvarlig utskrivningspraksis og særlig der utskrivning skjer etter avbrutt opphold.

#### **Diagnostisering:**

Diagnostisering etter ICD-10 innføres i alle tiltak.

## **5.10. Dokumentasjon og dokumentasjonskrav**

Et klart formulert krav til all spesialisthelsetjeneste er at behandling skal dokumenteres og rapporteres. Kravet om at spesialisthelsetjenesten både driver og utvikler sin behandlingspraksis på bakgrunn av systematisert og dokumentert kunnskap gjelder selvsagt også for rusfeltet.. Ut over den vitenskapelig dokumenterte kunnskap som tilkommer gjennom forskning, må feltet utvide, systematisere og dokumentere sitt kunnskapsgrunnlag på bakgrunn av den kunnskap som tilkommer gjennom fagmiljøenes, fagpersonenes og brukeres erfaringsbaserte kunnskap. Denne kunnskapen er i svært liten grad samlet inn, analysert og dokumentert.

Videre er det viktig at sentrale data vedrørende pasientpopulasjonen systematisk samles inn og dokumenteres.

Ved oppfyllelsen av plikten til å føre journal har tiltakene innhentet og registrert relevante data både om pasient og om helsehjelpen, men lite av disse dataene er systematisert, analysert og dokumentert.

På samme måte må de enkelte behandlingstiltakene kunne beskrive sine tilbud både med hensyn til innhold, målsettinger, arbeidsmåter, målgrupper og behandlingsmetodikk. Slike beskrivelser må være åpent tilgjengelig for både brukere og samarbeidspartnere i den øvrige spesialisthelsetjeneste og i kommunene.

Rusfeltet mangler felles standarder for evaluering av behandlingstiltak. Evalueringsverktøy finnes, men i dag er det opp til den enkelte virksomhet å ta slike i bruk eller eventuelt etablere sine egne. Dette er et klart hinder for å etablere kunnskap om resultater av ulike behandlingstiltak og behandlingsopplegg.

En annen kilde til kunnskapsgrunnet kan være dokumentasjon av brukererfaringer og brukertilfredshet. Brukermedvirkning og åpenhet ovenfor brukerens erfaringer og deltakelse kan gi viktige innspill til videreutvikling og forbedring av behandlingstiltak og behandlingsprosess.

#### 5.10.1. Forslag til tiltak

- Stille krav om at det enkelte tiltak skal gi åpne beskrivelser av sine tilbud, arbeidsmåter og behandlingsmetoder i forhold til de funksjoner tiltaket er ment å dekke. Det bør etableres en felles mal for slik dokumentasjon. Beskrivelsene bør gjøres tilgjengelig for offentligheten, for eksempel ved å legge dem ut på internett, for eksempel på [www.rusbehandling.org](http://www.rusbehandling.org).
- Innføre kontinuerlige målinger av pasienterfaringer og -tilfredshet som en fast del av kvalitetssystemet.
- Alle tiltak skal dokumentere og rapportere viktige data til beskrivelse av pasientpopulasjonen, herunder komorbiditet basert på diagnostikk både i forhold til somatikk og psykisk helse.
- UNN får ansvar for å utrede og fremme forslag til verktøy og prosedyrer for å måle behandlingsresultater (oppfølgingsstudier) og for å implementere disse i alle tiltak innen rusfeltet.

## 6. Forskning og Utvikling (FoU) og kompetanseutvikling

Rusfeltet har tradisjonelt vært et forskningssvakt fagfelt både nasjonalt og ikke minst regionalt. Det dominerende forskningsmiljøet i Norge har vært SIRUS (tidligere SIFA) som i det alt vesentlige har drevet med kvantitativ epidemiologisk forskning siden 1960-tallet. På nittitallet var det et eget rusforskningsprogram i Norges forskningsråd (NFR) som gikk over to programperioder<sup>8</sup>. Innenfor denne "paraplyen" vokste det opp fagmiljø for rusmiddelforskning flere steder i landet (vesentlig i Helse Øst og i Helse Vest) og som alle har bidratt til utvikling av ny kunnskap og ikke minst nye perspektiver i norsk rusmiddelforskning. Etter at de to programperiodene ble avsluttet har det vist seg vanskelig å opprettholde og videreutvikle disse fagmiljøene. Forskningsaktiviteten har igjen falt tilbake

<sup>8</sup> Norges Forskningsråd: **Program for rusmiddelforskning**. 1) 1990-1995 2) 1996-2000

med noen få hederlige unntak. Det er i dag nesten ikke forskning på rusmiddelfeltet ved universitetene i Norge.

Ved siden av SIRUS er det viktige forskningsmiljøer ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt og miljøet for klinisk rusmiddelforskning ved Universitetet i Oslo

I ”Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008” varsles det en større satsing på forskning innen rusfeltet og at Norges forskningsråd har fått i oppdrag ” ... å gi råd og komme med forslag til hvordan det kan bygges opp en base for langsiktig forskning og undervisning på rusmiddelfeltet” (s. 14).

Som et resultat av dette er det besluttet å utlyse midler til et universitetstilknyttet forskningscenter for rusmiddelforskning. I tillegg har Norges forskningsråd vedtatt å starte opp et nytt eget forskningsprogram.

Det er et økende krav til at tiltak og behandlingsmetoder skal utformes og utvikles på grunnlag av dokumentert kunnskap om relevans og effekter. Det er tidligere vist til NOU 2003:4 som en innfallsvinkel til dokumentert kunnskap, nemlig den vitenskapelig baserte kunnskapsutviklingen. I tillegg til dette må kunnskap også bygges på brukere, fagpersoner og fagmiljøers erfaringsbaserte kunnskap. Denne kunnskapen er i mindre grad enn den vitenskapelig baserte kunnskapen blitt systematisk samlet inn, analysert og dokumentert. På den annen side har den sin styrke i at den daglig blir brukt og vurdert i den konteksten som kunnskapen anvendes (fra kunnskap til kompetanse). I gjennomgangen av hvilke behov det er for kompetanseutvikling og hvilke tiltak som bør prioriteres for en å få til en slik utvikling, er det denne breie tilnærmingen til kunnskap og kompetanse som er lagt til grunn.

### **6.1. Situasjonen i Helse Nord**

Når det gjelder forskning på rusfeltet i Helse Nord har dette ikke hatt noe omfang ut over en del spredte enkeltprosjekter delvis innenfor det kliniske arbeidsfeltet og delvis innenfor forskningsmiljøer knyttet til Universitet og høyskoler. De siste årene er dokumentasjonen blitt relativt god når det gjelder pasientpopulasjonen, pasientstrøm og behandlingstiltak innen spesialisthelsetjenesten. På denne måten er en i ferd med å utvikle en informasjonsbase det etter hvert kan la seg forske på.

Nord-norsk kompetansesenter rus (NNK-rus) har etter hvert ervervet seg kompetanse på FOU-arbeid, men da vesentlig på det forebyggende området. Senteret har imidlertid startet et utviklingsprosjekt, vesentlig knyttet til kommunene, om individuell plan, og har ytterligere planer om FOU-arbeid innen så vel kommunenes helse- og sosialtjeneste som spesialisthelsetjenesten. Senteret har foreløpig ikke fått igangsatt noen klinisk forskning, og er vesentlig samfunnsvitenskapelig bemannet.

Det finnes ikke noe definert FOU-miljø innen det kliniske miljø som har ansvar for forskning innen rusfeltet, og de definerte forskningsmiljøene innen somatikk og psykiatri har verken ansvar, kapasitet eller evne/vilje til å prioritere rusfaglig forskning.

De rusfaglige miljøene har hittil vært relativt små og sårbare med få eller ingen ressurser til FOU-arbeid.

Når styret i Helse Nord nå har besluttet å legge Nordlandsklinikken og NNK-rus inn i UNN er det lagt et viktig grunnlag for etableringen av et sterkt fagmiljø som kan være ledende i å utvikle kunnskapsgrunnlaget, samt å redusere fagfeltets sårbarhet betydelig. Ved å gi dette miljøet et særlig ansvar for etablering av en definert FOU-enhet og for opprettelse av fag- og fagutviklingsnettverk i regionen, kan en legge til rette viktige forutsetninger for samordning av rusfeltet, fagutvikling, forskning og til en viktig understøttelse av etableringen av de



viktige desentraliserte basisfunksjoner som finnes og som skal videreutbygges ved lokalsykehus og DPS-er.

Mulighetene for forskning og utvikling vurderes styrket gjennom å innlemme både Nordlandsklinikken og NNK-rus i UNN. På denne måten oppnår man å knytte et sterkt kompetansemiljø innen rus til både et sterkt klinisk miljø, Universitet i Tromsø og til andre regionale og nasjonale kompetansesentra. Det er imidlertid viktig at dette også knyttes opp mot forskningsmiljøet ved Nordlandssykehuset og ved høyskolene i regionen slik at forskningen kan skje så spredt og praksisnært som mulig, men samtidig med høy kvalitet.

I sitt fredagsbrev skrev administrerende direktør i Helse Nord den 3.11.06 følgende:

*”Det er et faktum at målt både i forskningsaktivitet og i bruk av ressurser, så henger Nord-Norge etter. Våre fagmiljøer er mindre og sårbare. Det eneste som nytter, også på dette felt, er å ta ansvar for egen situasjon, sette forskning på dagsorden, prioritere ressurser, understøtte sterke fagmiljøer slik at de blir enda bedre og stimulere områder hvor forskningsaktiviteten ennå er for lav.”*

Dette utsagnet rommer i det store og hele både status og veien videre for forskning på rusfeltet. Viktige skritt for å styrke fagfeltet er tatt ved å etablere kliniske sterkfunksjoner. Det viktige nå er å prioritere ressurser, etablere et FOU senter både med eget budsjett og egne lokaler, styrke hele rusfeltet med kompetanse og gjennom kompetanseheving og veiledningsfunksjoner stimulere til både å sette forskning på dagsorden og til økt forskningsaktivitet i hele rusfeltet.

## **6.2. Forslag til tiltak**

- Det foreslås opprettet en FOU-enhet ved den ”nye” avdelingen for rusbehandling ved UNN. Avdelingen bør ha tilsatt personer med både klinisk og akademisk kompetanse
- NNK-rus integreres i denne enheten, men skal sikres autonomi i forhold til det mandat og de arbeidsoppgaver som bestemmes av Shdir og SIRUS
- UNN får ansvar for å nedsette en arbeidsgruppe som skal ha til oppgave å utarbeide et **forskningsprogram for rusfeltet i Helse Nord i løpet av 2007, herunder** blant annet:
  - Kartlegge status og samarbeidsrelasjoner vedr. forskning på rusfeltet i Helse Nord
  - Tiltak på kort og lang sikt
  - Nasjonale og internasjonale kontakter/nettverk
  - Konkretisere virkemidler for å skape maksimal effekt av satsingen
  - Gi oversikt over aktuelle prosjekter og planer
  - Foreslå veiledningsordninger og andre stimuleringsiltak for å stimulere til og understøtte forskning i de kliniske miljøene

## **7. Kompetanseheving og rekruttering**

### **7.1. Kompetanseheving**

Å sikre at personalet har den nødvendige kompetansen for å utføre sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig og kvalitetsfull måte er et eier- og ledelsesansvar. Det er derved også de samme som er ansvarlig for å ta de nødvendige initiativ til, og legge til rette for, kontinuerlige kompetansehevingstiltak og kompetanseutvikling.

Alle i rusfeltet skal ha kunnskap om ”tverrfaglig spesialisert rusbehandling” og hvilke forventninger og krav det stilles til ansatte i spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil det være

nødvendig hele tiden å sørge for at personalet blir oppdatert på ny kunnskap som fortløpende tilkommer og for at nyansatte får den nødvendig opplæring.

Reell tverrfaglighet forutsetter faglighet. Dette betyr at personell innenfor ulike fag og profesjoner må oppleve at de har en faglig identitet innenfor sitt bestemte fagområde. De ulike fag og profesjoner har hver sin fagspesifikke grunnutdanning og videreutdanning/spesialisering i tillegg til at det finnes videre- og etterutdanningsprogrammer som tar inn personale med ulike grunnutdanninger. Det finnes ingen videre- og etterutdanning for leger i rusbehandling.

I tillegg til denne fagspesifikke kompetansen må det legges til rette for at de ansatte tilegner seg **felles**faglige kunnskaper og ferdigheter. Eksempler slik fellesfaglighet kan være:

- Kunnskap om utvikling av avhengighetstilstander
- Rusmidlenes egenskaper og skadevirkninger
- Epidemiologi og folkehelseperspektiver
- Kjennskap til målgruppens sosiale og generelle livsvilkår
- God kompetanse i psykiske vansker/lidelser
- Rusrelatert somatikk
- Kjønnsspesifikk kunnskap
- Pårørendes situasjon og livsvilkår
- Kulturelle aspekter og etnisitet
- Individuell plan

Det bør etableres *felles introduksjonsdager for alle nyansatte* hvor faglig plattform og introduksjon til alle deler av rusfeltet gjøres tydelig.

Alle ansatte i rusfeltet i Helse Nord bør være oppdatert på så vel nasjonal som internasjonal forskning på rus og avhengighet. Det er et overordnet mål at et høyt kunnskapsnivå skal prege behandlingsvirksomheten. For å øke gjennomførbarheten av dette, er det viktig at denne kunnskapen gjøres lett tilgjengelig. Dette kan for eksempel skje gjennom et nettsted som oppdateres regelmessig.

Et viktig mål må også være å skape, og vedlikeholde, en felles forståelse av hva tverrfaglig spesialisert rusbehandling er både innad i rusfeltet, men også i den øvrige spesialisthelsetjeneste. I denne sammenheng er det viktig å bidra til at rusfaglige problemstillinger blir satt på dagsorden i alle Helseforetak.

### **Forslag til tiltak:**

- Alle tiltak skal i sine kvalitetssystemer synliggjøre hvordan en ivaretar kompetanseheving og kompetanseutvikling; for eksempel gjennom systematisk bruk kompetansekartlegginger og kompetanseplaner
- Alle tiltak skal ha egne introduksjonskurs eller grunnutdanningsopplegg for alle nyansatte
- Alle tiltak skal ha egne opplegg for intern kompetanseheving. Det skal fokuseres særlig på oppdatering på nasjonal og internasjonal på forskning på rusområdet
- UNN får ansvaret for å etablere ordninger slik at ny kunnskap blir lett tilgjengelig

### 7.2. Rekruttering

Rusfeltet er generelt rekrutteringsmessig sårbart. Stilt overfor den foreslåtte relativt omfattende oppbyggingen av rusfeltet i Helse Nord, samtidig med den pågående opptrapping av det psykiske helsevernet, vil en møte store utfordringer i de kommende år med å rekruttere tilstrekkelige personell med nødvendig kompetanse. Utfordringene vil være størst i å rekruttere leger og psykologer og særlig personell med spesialistkompetanse.

Rekrutteringsproblematikken representerer en kritisk faktor for om den absolutt nødvendige opprustingen av rusfeltet overhode kan la seg realisere.

Ved siden av generelt viktige rekrutteringsfaktorer som faglige utfordringer, varierte arbeidsoppgaver, mulighet for forskning, utviklingsoppgaver, veiledning, kompetansehevingstiltak osv er det et stort behov for å finne fram til særlige stimulerings- og rekrutteringstiltak som for eksempel egne utdannings- og kompetanseprogrammer, stipendordninger, hospitering, gunstige lønnsvilkår, osv..

Det foreslås at det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter fra Helse Nord, helseforetakene og fagrepresentanter fra hele rusfeltet som skal fremme forslag til en rekrutteringsplan for rusfeltet. Planen bør være konkret og ubundet i forhold til tilsvarende planer for andre fagområder.

### ***8. Samhandling med kommunene***

De kommunale helse- og sosialtjenestene er grunnmuren i det samlede hjelpetilbudet for rusmiddelmissbrukere, mens spesialisthelsetjenesten skal gi tilbud der det er behov for dette. Spesialisthelsetjenesten skal representere en forsterkning av det kommunale tilbudet og ikke en erstatning for dette. Spesialisthelsetjenesten skal altså utvikle gode tjenester som dekker både brukernes og de kommunale tjenesters behov.

Derfor er det av kritisk betydning at både de kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestens tilbud er godt tilrettelagt og at de fungerer i en helhetlig sammenheng i et samspill mellom forvaltningsnivåene.

Dette fordrer gode samhandlingsrutiner mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten både på overordnet nivå, men også i samarbeid om enkeltpasienter for eksempel organisert gjennom Individuell plan der pasienten har rett og ønske om dette.

Hvor godt kommunale tjenester fungerer ovenfor den enkelte pasient vil i stor grad være avhengig av spesialisthelsetjenesten og av samhandlingen på tvers av forvaltningsnivåene. Det samme gjelder motsatt vei fordi kommune og spesialisthelsetjeneste er to gjensidig avhengige parter. Det har lenge vært påpekt betydningen av god samordning og samhandling, men dette representerer fortsatt en stor utfordring. Det er derfor viktige både å konkretisere gjensidige behov, konkrete samhandlingsstrukturer og samhandlingsformer, ansvarsfordeling, retningslinjer for ansvars- og oppgavedeling, osv.

En godt fungerende og differensiert samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenester er en kritisk suksessfaktor i rusmiddelfeltets videre utvikling. Det er derfor viktig å fokusere spesielt på samhandlingsaspektet innenfor en formell og konkret ramme.

Det foreslås at Helse Nord nedsetter en arbeidsgruppe som skal lage en strategisk plan for samhandling mellom den tverrfaglige spesialiserte rusbehandling og de kommunale tjenestene. Planen bør være konkret, foreslå rutiner og retningslinjer for en effektiv og funksjonell samhandling, utarbeide forslag til konkrete samarbeidsavtaler, vurdere opprettelse av spesifikke faglige møteplasser og kompetansedeling.

Det anbefales at denne planen sammen med de øvrige planer/utredninger som er foreslått inngår som delplaner i et helhetlig planverk eller program for rusfeltet.

### **8.1. Helseforetakenes råd- og veiledningsfunksjoner**

Disse funksjonene må anlegges bredt. Det er behov for at det enkelte HF gir råd og veiledning til partene i arbeidslivet og til kommunene i opptaksområdet. Kommunene er i behov av dette både når det gjelder etablering av tjenester til den enkelte rusmisbruker og i planarbeid for utvikling av tjenestetilbud og strategier. Videre er det behov for å konsultere i enkeltsaker, som ikke er aktuelle for henvisning til spesialisert behandling og i utarbeidelsen av søknader. Kommunene må bli flinkere til å drive motivasjonsarbeid, likeledes kan spesialisthelsetjenesten bidra til større fleksibilitet og kreativitet i oppfølgingen av denne gruppen og i tillegg bidra til at det blir satt realistiske målsetninger for tiltakene.

Den kontakten og det kjennskapet som utvikler seg i slike prosesser vil også bidra til å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet, målrette behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten bedre og trygge kommunen slik at den kan ta på seg mer krevende oppgaver, som ellers ikke ville vært forsvarlig.

Gjennom ulike former for kontakt med kommune kommer følgende behov ofte fram:

- Kompetanseheving på behandling av ruslidelser generelt og integrert behandling spesielt
- Veiledning, primært basert på kliniske eksempler, hospitering
- Tilbud om innleggelse til avrusning og utredning av en bredt definert gruppe, for eksempel i 3 måneder
- Tilbud til utagerendegruppen eller bistand til å gi et godt tilbud til denne gruppen utenfor institusjon, herunder personer med personlighetsforstyrrelser og ADHD
- Tilgang på kriseplasser
- Maler og rutiner for avrusning, utredning, behandling, nedtrapping og somatisk utredning og behandling savnes

Noen kommuner spekulerer i at problematiske innbyggere vil flytte, og etablerer derfor ikke noe tilbud til dem. Politikere og byråkrater er derfor også en målgruppe for informasjon og påvirkning i tillegg til helse- og sosialtjenesten og den desentraliserte delen av psykiatrien.

I kommunene er det også stor forskjell på hvordan rusreformen har slått ut. Noen steder er ansvaret for rusmisbrukerne flyttet fra sosialkontorene til hjemmetjenesten, slik at oppgavene er flyttet uten at nødvendigvis kompetansen er flyttet med. I andre kommuner er den gamle arbeidsfordelingen beholdt, men de har utfordringer knyttet til samordning av det kommunale tjenesteapparatet.

Kunnskapen om hvilke behandlingstilbud som finnes og hvor søknadene skal sendes, er varierende. Det er derfor viktig å få utarbeidet en oversikt over eksisterende behandlingstilbud og hvilke pasientgrupper de ulike behandlingstiltakene kan ta imot, som publiseres på en måte som gjør opplysningene lett tilgjengelig. Oppfatningen av hvilke pasientgrupper de ulike institusjonene kan ta imot til behandling, er svært forskjellig og hvilken institusjon pasienten dermed søkes til, kan være helt tilfeldig.

## ***9. Rullering og oppfølging av planen***

For å sikre at planen fungerer som styringsverktøy må den løpende oppdateres og debatteres. Både egne vedtak og beslutninger i Helse Nord RHF, helseforetakene og ved det enkelte tjenestested og ytre endringer i rusmiddelsituasjonen, klient/pasientgrupper og beslutninger på nasjonalt nivå, vil løpende endre forutsetningene for gjennomføring av planens mål. Kunnskap om slike endringer må oppdateres. På grunn av kontinuerlige endringer i rammebetingelsene for driften er det i hovedsak de kortsiktige målene som kan være presise og konkrete. Det betyr at planen jevnlig må rulleres.

En rullering består av

- ”utkvittering” av mål og tiltak i foregående periode (eks. siste driftsår)
- analyse av eventuelle avvik
- gjennomgang av endringer i forutsetninger for driften
- justering av de langsiktige mål og ambisjoner
- beslutning om konkrete kortsiktige mål og tiltak

Arbeidet med rullering av planen gjennomføres av plangruppen som har stått bak det foreliggende plandokument. Helse Nord RHF står ansvarlig for å samle plangruppen. Arbeidet påbegynnes desember hvert år og fullføres snarest mulig i nytt kalenderår. Gjennomføring av rulleringen må bygge på erfaringsmateriale og dokumentasjon fra foregående driftsår. Nye mål og tiltak vil derfor ikke foreligge før slikt materiale er på plass.

## **Referanser**

- Gjeldsvik, O.** (2004): *Utredning av de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til alkoholbruk.* Rokkan-senteret.
- Helsedepartementet** (07/2004): *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier.*
- Helse Nord** (2006): *Nært og helhetlig. Forslag til handlingsplan for tiltak mot rusmiddelmisbruk i Helse Nord 2006 – 2009.*
- Helse Nord** (2006) *Sluttrapport delprosjekt rus. Hålogalandsprosjektet.*
- Hålogalandssykehuset Narvik** (2006) *Etablering av akutt- og utredningsenhet ved Nordlandsklinikken.*
- Iversen E. m. fl.** (2005): *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2004*
- Melberg, HO, Lauritzen, G. & Ravndal, E.** (2003): *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? SIRUS - rapport nr. 4/2003.*
- Nesvåg, Sverre** (2004): *Handlingsplan for rusfeltet 2005 – 2008 Helse Nord RHF. Grunnlagsdokument. Rapport fra Rogalandsforskning – 2004/202.*
- Sverre Nesvåg** (2005) *Alkohol kulturer i norsk arbeidsliv. Doktoravhandling Universitetet i Oslo.*
- Norges Forskningsråd:** *Program for rusmiddelforskning. 1990-1995 og 1996-2000*
- NOU 2003:4:** *Forskning på rusfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.*
- Ramstedt, M.** (2004): *The role of alcohol in the global and regional burden of disease. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. Vol. 21 s. 97-107*
- Edle Ravndal** (2006): *Retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling. Kommentarer den 16.8.2006*
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.** Sosialdepartementet.
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008.** Arbeids og sosialdepartementet
- SINTEF Helse** (2003): *Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere.*
- SINTEF Helse** (2004): *Rusklienter og tjenester før ”rusreformen”. En tverrsnittsundersøkelse.*
- Tungland, E.** (1998): *Behandling, hjelper det? Evaluering av 4 behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere. Rogalandsforskning 1998/136*

**RHF kontaktforum rus (2006):** *Retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere.* Arbeidsgrupperapport.

**SIRUS rapport nr. 4/2003:** *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad.*

**SIRUS (2006):** *Rusmidler i Norge. Statistikk '05.*

**Sosial- og helsedirektoratet (2004):** *Kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere.* Forslag til kvalitetsstrategi fra en arbeidsgruppe.

**Universitetssykehuset i Nord-Norge (2005):** *Årsmelding 2005 – Avdeling for behandling av rusmiddelbruk – LARiNORD*