



## RUSBEHANDLING MIDT-NORGE



## Faglig grunnlagsdokument 2011

Av fagdirektør Reidar Hole  
Ferdigstilt 10.10.2010

# Innhold

<i>1. Innledning</i>	2
<i>2. Pasientbehandling</i>	2
2.1 Helhetlige pasientforløp og integrert behandling	2
2.2 Individuell plan og brukermedvirkning	4
2.3 En framtidsrettet struktur	6
2.4 En sterkere kommunerolle med spesialisthelsetjenesten i ryggen	11
2.5 Kapasitet	13
<i>3. Opplæring av pasienter og pårørende</i>	15
<i>4. Utdanning av helsepersonell</i>	16
<i>5. Forskning og utvikling (FoU)</i>	16
<i>6. Forebygging og folkehelse</i>	16
6.1 Oppdrag og roller	16
6.2 Innsatsområder	17
6.3 Samhandling med kommunene	17
6.4 Spisskompetanseområde	18

# 1. Innledning

Det er besluttet at fagdirektør årlig utarbeider et faglig grunnlagsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF (RMN). Dokumentet skal være et sentralt strategisk premiss for tjeneste- og kunnskapsutviklingen og virke inn mot budsjettprosess og langtidsplanlegging. Dokumentet ble første gang utarbeidet for 2009<sup>1</sup>.

Prosess for årets dokument startet i juni med innledende drøfting i RMNs ledermøte og gjennomgang av første utkast i ledermøte 19.08.2010. Justert utkast ble sendt til klinikkene/kompetansesenteret og brukerutvalget for innspill før styrebehandling 27. september. I dette møte fattet styret følgende vedtak:

*Styret vedtar faglig grunnlagsdokument for 2011 som sentralt strategisk dokument for Rusbehandling Midt-Norge, med de justeringer som framkom av styrets behandling.*

Aktuelle innspill er bakt inn i dette dokumentet.

Dokumentet bygger på gjeldene strategier og har primært fokus på pasientbehandling. Øvrige kjerneområder som opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning og utvikling (FoU) og forebygging/folkehelse berøres mer overordnet.

## 2. Pasientbehandling

Det er denne våren utarbeidet en nasjonal strategirapport for TSB som skal implementeres til høsten og neste år<sup>2</sup>. Kapitlet tar derfor utgangspunkt i rapportens fem anbefalinger og bakgrunnen for disse, og beskriver hva dette innebærer for RMN. Helse Midt-Norges strategi 2020 som ble vedtatt i juni kommenteres der det er aktuelt.

### 2.1 Helhetlige pasientforløp og integrert behandling

#### Anbefaling 1

*Det bør utarbeides forpliktende og effektive samhandlingsrutiner mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB for å sikre og utvikle integrert og helhetlig behandling for pasienter med sammensatte lidelser. Tjenestestrukturen og organiseringen innen TSB bør i større grad legge til rette for helhetlige pasientforløp.*

#### Bakgrunn

Både TSB og psykisk helsevern har store pasientgrupper med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Helse direktoratet kommer høsten 2010 med høring på en ny nasjonal faglig retningslinje for "Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse" som etter planen skal være gjeldene fra 2011. Retningslinjen omhandler:

- Kunnskap om samtidige psykiske lidelser og ruslidelse
- Kunnskap om vurderingsprosessen; Identifisering/utredning og diagnostisering
- Anbefalt behandling og oppfølging
- Ansvarsplassering

Forslagene i den faglige retningslinjen blir offentlige når høringen påstartes. Så langt vi kjenner til vil ansvarsdelingen mellom psykisk helsevern og TSB i hovedsak ligge fast, som innebærer at:

<sup>1</sup> Dokumenter for 2009 og 2010 finnes på [http://www.rus-midt.no/templates/StandardMaster\\_79097.aspx](http://www.rus-midt.no/templates/StandardMaster_79097.aspx)

<sup>2</sup> RHFene har nedsatt en bred sammensatt strategigruppe for TSB og psykisk helsevern, som gjennom egne arbeidsgrupper har utarbeidet fem strategirapporter – en av dem knyttet til TSB. I slutten av september ble det gjennomført et nasjonalt implementeringsseminar for RHF, HF, klinikker, brukere, samarbeidspartnere i regi av Helse Midt-Norge, se eget nettsted med aktuelle rapporter på [http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster\\_103873.aspx?epslanguage=NO](http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster_103873.aspx?epslanguage=NO)

- Psykisk helsevern skal gi behandling til pasienter med hele spekteret av psykiske lidelser og mindre alvorlige til moderate ruslidelser.
- Psykisk helsevern skal gi behandling til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og alvorlige ruslidelser.
- TSB skal gi behandling til pasienter med hele spekteret av ruslidelser og mindre alvorlige til moderate psykiske lidelser.

Det legges videre til grunn at behandlingen som gis skal være integrert. Dette innebærer at det totale sykdomsbilde må ses i sammenheng både når det gjelder utredning, behandling og oppfølging.

Det er også behov for å styrke samhandlingen mellom TSB og somatisk spesialisthelsetjeneste. Mange pasienter med rusmiddelproblemer behandles for ulike somatiske lidelser uten at disse fanges godt nok opp i det videre forløpet. Det kan også være pasienter innenfor TSB som ikke godt utredes og behandles for aktuelle somatiske lidelser. Forpliktende forløpsbeskrivelser og etablering av tilsyn/liason-ordninger er aktuelle tiltak.

Fra et pasientperspektiv er det viktig at spesialisthelsetjenesten utvikles med ”en dør inn”, hvor tjenesten organiseres slik at pasientens helhetlige behandlingsbehov ivaretas. Dette betyr at både somatikk, psykisk helsevern og TSB må ha en helhetlig innretning, organisere tjenestene i tråd med helsemyndighetenes retningslinjer og utvikle effektive samhandlingsrutiner.

Dette innebærer også sterkere vektlegging av helhetlige pasientforløp. Det vil si at tilbudet skal ta utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, og tjenestene skal gis i en planlagt og uavbrutt kjede. Som ledd i forberedelsene til Samhandlingsreformen er det arbeidet med pasientforløp innenfor ulike fagområder – herunder rus. Gruppene har blant annet prøvd å identifisere på hvilke områder det skjer, eller er risiko for brudd i forløpet.

### **Hva innebærer dette for RMN?**

#### Ny nasjonal retningslinje:

Det blir helt sentralt for oss å legge til rette for en god implementeringsprosess i Midt-Norge. Ut fra det som er kjent om innholdet innebærer retningslinjer tydeligere faglige krav til diagnostikk, behandling og oppfølging. Det gjennomføres for tiden et PhD-prosjekt i rusforetaket rettet mot å avdekke forekomst av psykiske lidelser hos pasienter i TSB, enhetenes behandlingskompetanse på feltet, samt pasientenes opplevelse av tilbudet de har mottatt. Det planlegges også en behandlingsstudie med utprøving av en lærings- og mestringsmodell for slik behandling innen foretakets døgntilbud.

#### Effektive samhandlingsrutiner for å sikre helhetlige pasientforløp:

Når det gjelder effektive samhandlingsrutiner mellom TSB, psykisk helsevern og somatikk, er det mest sentrale at samhandlingen mellom RMN og øvrige HF i regionen må systematiseres ytterligere. Fram til nå har fokus primært vært knyttet til samhandlingen med psykisk helsevern for voksne. Dette bør nå utvides til også å omhandle aktuelle somatiske tjenester og psykisk helsevern for barn og unge. Det bør i løpet av høsten påstartes et arbeid med å lage samhandlingsavtaler mellom RMN og Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal, St.Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag. Avtalene bør bl.a omhandle:

- Generelle prinsipper for samarbeidet
- Samhandlingen mellom TSB-enheter
- Samhandlingen mellom TSB-enheter og psykisk helsevern for voksne
- Samhandlingen mellom TSB-enheter og aktuelle somatiske tjenester
- Samhandlingen mellom TSB-enheter og psykisk helsevern for barn og unge
- Samhandlingen med kommunene og andre forhold

Foruten samhandling om pasientforløp (både akutt og elektivt) – herunder rapportering, bør dette omhandle forhold knyttet til beredskap/vakt (jf vedtak om gjennomgang/reduksjon i Helse Midt-Norges 2020-strategi), kompetansehevende tiltak/utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter/pårørende og FoU.

Formålet er at brukere (pasienter, pårørende), samarbeidspartnere (kommunehelsetjeneste, NAV/sosialtjeneste) og andre opplever at det samlede tjenestetilbudet som helseforetakene gir er preget av kvalitet, kontinuitet, samhandling og god ressursutnyttelse. Dette skal legge grunnlaget for helhetlige pasientforløp og være basert kunnskapsbasert praksis.

Integrerte pasientforløp i lys av Helse Midt-Norges 2020-strategi:

I punkt 13. i 2020-vedtaket heter det:

*Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.*

Prosessen innebærer at vi som HF sammen med klinikkene tydeligere må beskrive egne pasientforløp innenfor den metodikken Helse Midt-Norge har utviklet for dette, samt etablere/delta i prosjekt sammen med psykisk helsevern og somatikk som beskriver helhetlige/integrerte pasientforløp.

## **2.2 Individuell plan og brukervedvirkning**

### **Anbefaling 2**

*Alle pasienter skal oppleve reell brukervedvirkning og tilbys individuell plan. Individuell plan bør vurderes som en av flere kvalitetsindikatorer for TSB som måles fra 2011.*

### **Bakgrunn**

I henhold til nasjonal kvalitetsstrategi for sosial- og helsetjenesten skapes kvalitet i møtet mellom utøver og bruker og må omfatte følgende elementer, som er gjennomgående i kvalitetsstrategien: *Faglig gode tjenester levert på en menneskelig sett god måte i et system som fremmer helhet.* I dette er også brukeren en sentral og nødvendig premissleverandør for å sikre og utvikle god kvalitet. Brukernes rett til opplæring og informasjon er bl.a. fastslått i pasientrettighetsloven kap 3 og i sos.tjen.loven kap 8.3.

Nyere kunnskap viser at pasienters egen innsats er noe av det grunnleggende i bedringsprosesser knyttet til rus- og psykiske problemer. Å finne ut hva pasientene tror vil være nyttig for dem, er en sentral faktor for å oppnå bedring og en viktig del av faglig forsvarlighet. Behandlers og institusjoners metodevalg er viktige og det foreligger kunnskap som viser at en rekke metoder er virksomme, men betydningen av at behandlere systematisk etterspør hvordan pasienten opplever samarbeidet og effekten av egen behandling er ofte undervurdert. Studier innen psykisk helsevern har vist at hyppig og systematisk bruk av pasientfeedback knyttet til polikliniske behandlingssamtaler kan øke effekten av behandlingen og forebygge drop-out særlig for pasienter med sammensatte lidelser. Denne typen generelle tiltak er sannsynligvis like relevant innen rusbehandling (referanse: Reese, R., Norsworthy, L., & Rowlands, S. (2009). Does a continuous feedback model improve psychotherapy outcomes? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 418-431). Brukeren (både pasient og pårørende) må bli en mer likeverdig part i utformingen av hva som vil være den beste hjelpen.

Individuell plan er en pasientrettighet som brukt riktig er et virkemiddel for å sikre god brukervedvirkning, effektive og tilpassede hjelpetiltak. Dette forutsetter likeverdighet i møte mellom deltakerne, pasientens behov i sentrum, god inkludering av pårørende, god

koordinering/lagånd og myndiggjorte/offensive behandlere. Arbeidet med individuell plan bør normalt starte i kommunen hvor TSB koples på pasienten når settes på venteliste. Forskriften er imidlertid klar på at kommunen og spesialisthelsetjenesten har et likeverdig ansvar for at individuell plan blir tilbudt aktuelle pasienter som ønsker dette.

Det er per i dag ikke utviklet egne nasjonale kvalitetsindikatorer for TSB. Det opplyses fra Helsedirektoratet at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er i ferd med å utarbeide en rapport for et samlet nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Helsedirektoratet har gjennomført et eget møte knyttet til TSB denne høsten, hvor det ble informert om prosessen for det videre arbeidet som en må påregne vil strekke seg over flere år.

### **Hva innebærer dette for RMN?**

#### Opplevelse av reell brukermedvirkning:

For at retten til brukermedvirkning skal være reell, er det viktig at pasienter og pårørende får tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at de så langt som mulig kan få innsikt i egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og sine rettigheter som pasient eller tjenestemottaker.

I sak 56/09 Implementering av Helse Midt-Norge RHF's planer for brukermedvirkning ved Rusbehandling Midt-Norge HF, vedtok Styret at disse legges til grunn. I den aktuelle saken gjøres en gjennomgang av status for brukermedvirkning på ulike områder i RMN. Selv om mange tiltak er gjennomført, er dette et område for kontinuerlig videreutvikling og forbedring.

Ett av tiltakene i handlingsplanen for Helse Midt-Norge er at Helseforetakene årlig skal utarbeide en rapport for hvordan brukermedvirkning er ivaretatt. Rapporten skal bl.a. inneholde:

- i. status for mål og tiltak i handlingsplan
- ii. planlagte tiltak
- iii. økonomi

Det vil bli utarbeidet en slik rapport i løpet av høsten 2010 som også vil beskrive tiltak for 2011.

#### Bruken av individuell plan:

Dette er som nevnt et sentralt virkemiddel for å sikre god brukermedvirkning og samordning av innsatsen. Bruken av IP har vært et sentralt satsningsområde innenfor RMN siden rusreformen i 2004, gjennom stort ledelsesmessig og faglig trykk over tid. De siste årene har dette blitt kartlagt systematisk. Tallene viser at ca 3 av 4 pasienter ønsker/har behov for IP. Av disse er målet av 80 % til enhver tid skal ha IP. For RMN som helhet innfris denne målsettingen. For eksempel er det i mai 2010 932 pasienter i behandling ved utgangen av måneden. 674 av disse eller 72 % er ønsker/har behov for IP. Av disse er det utarbeidet plan for 546 pasienter, dvs 81 % av pasientene.

Framtidig utvikling handler bl.a. om å styrke innhold, kvalitet og eierskap til planen, sikre at planarbeidet er bedre forankret i kommunene både før og etter behandling i TSB, og i større skala ta i bruk elektronisk IP gjennom løsningen SAMPRO som er utviklet i regionen og kjøpt inn av en rekke kommuner.

#### Utviklingen av kvalitetsindikatorer:

Selv om arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer for TSB vil ta noe tid, har arbeidet med måleindikatorer høy prioritet fra Helse Midt-Norge og i RMN.

De sentrale indikatorene som vi i dag måler er:

- Belegg. Krav: minst 95 %
- IP. Krav: minst 80 % for aktuelle pasienter
- Epikrisetid. Krav i fag: minst 80 % innen 7 dager)

- Fullførte behandlingsforløp. Krav: minst 70 % av utskrivningene skal være planlagte

Fra Helse Midt-Norge er det satt særlig fokus på:

- Prioritering. Mål om at Midt-Norge skal harmoniseres til nasjonal prioriteringspraksis.
- Ventetid. Ventetiden for RMN første halvår 2010 er ca. 107 dager. Mål om 90 dager ved utgangen av 2010 og 70 dager ved utgangen av 2011.
- Fristbrudd. Formulert forventning er 0 %, da fristbrudd er lovbrudd.
- Epikrisetid. Ny formulert forventning til RMN er 100 % epikrisetid i sanntid.

Måloppnåelse her vil kreve betydelig innsats på en rekke områder, noe som vil fulgt opp i tiden som kommer. Noen tiltak er allerede innført som forventes å gi gevinster på ventetid/fristbrudd: (1) Gjennom etablering av poliklinikktilbud ved døgnhetene kan det gis bedre oppfølging før og etter døgnbehandlingen, herunder kortere og mer individuelt tilpasset liggetid, (2) Bedre registrering og felles forståelse av fristbruddhåndteringen. Også andre områder er aktuelle å måle, for eksempel gjennomsnittlig liggetid for pasienter, polikliniske konsultasjoner, med mer

RMN har en koordinerende rolle for TSB i Midt-Norge. Gjennom oppfølgingen av private driftsavtaleenheter, og ut fra behovet for å uarbeide samhandlingsavtaler med øvrige HF, vil rapportering av ventetids- og aktivitetsrelaterte indikatorer være en viktig del av dette.

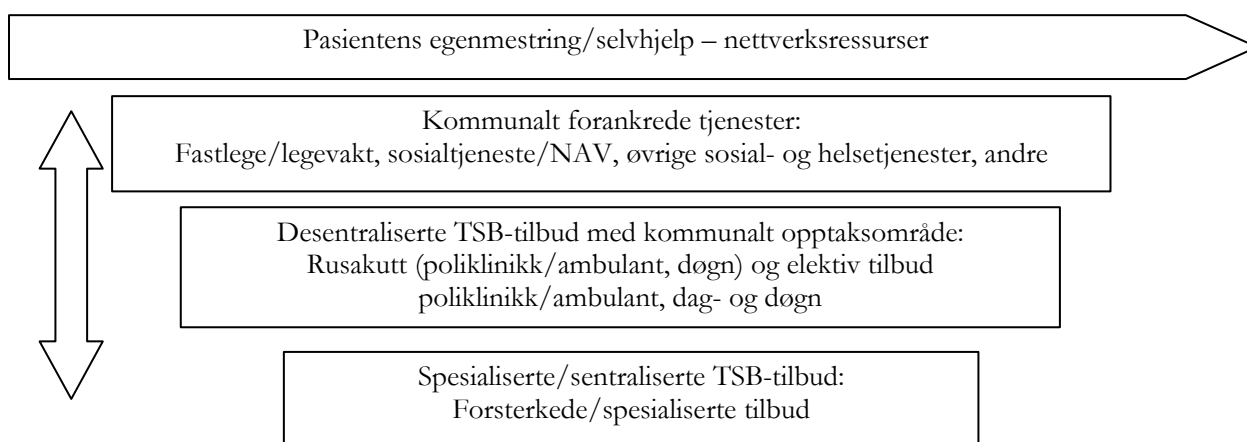
### ***2.3 En framtidsrettet struktur***

#### **Anbefaling 3**

*TSB bør innen 2012 være utbygd med desentraliserte og sentraliserte tilbud tilpasset befolkningens behov og øvrige tjenester. En effektiv akuttkjede skal være etablert. Fagområdet bør ha større fokus på kunnskapsbasert behandling og behandlingsmetoder.*

#### **Bakgrunn**

Innenfor psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste har det vært en utvikling hvor de store pasientgruppene skal kunne få hoveddelen av sine behov dekket i lokalsykehuset, eller i desentraliserte poliklinikker/dagtilbud i rimelig nærhet til eget hjemsted, i når dialog med kommunenes tilbud før – under – etter tilbudet i spesialisthelsetjenesten . En liknende utvikling har ikke vært eksplisitt uttalt når det gjelder TSB. Det er imidlertid viktig også innenfor TSB at tjenestene er tilgjengelige der pasientene bor, samtidig som det eksisterer forsterkede/spesialiserte tjenester når kvalitet og innretning er viktigere enn geografisk nærhet. Dette kan illustreres på følgende måte:



Hvert enkelt region må ut fra sin situasjon vurdere hvordan en slik struktur best kan realiseres, sett i sammenheng med kommunestruktur og oppbyggingen av psykisk helsevern og somatikk –

herunder HF/sykehusområdestruktur. Den vertikale pila illustrerer mange pasienters ikke-lineære forløp med behov for samtidige tjenester på ulike nivå. Samtidig kan modellen illustrere pasientens behov for en eller flere av tjenestene over kortere/lengre perioder. Bra brukerutvalget understrekes særlig betydningen av gode etterverns- og integreringstilbud fra kommunene i en sårbar fase etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten (det vises her til neste kapittel om kommunenes rolle/samhandling).

De desentraliserte TSB-tilbudene: Disse skal i tillegg til samhandling med kommuner, psykisk helsevern for voksne og somatikk, også sikre god samhandling med psykisk helsevern for barn og unge, det spesialiserte barnvernet (BUF-etat), kriminalomsorgen, lokale brukerorganisasjoner, frivillig sektor og andre relevante aktører. Tjenestene bør bestå av:

*Rusakutt:* Ø-hjelpstjenestene for TSB skal bygges ut i samhandling med legevakt/andre kommunale tilbud, ø-hjelpstilbudene innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette innebærer at pasienter med skadelig rusmiddelbruk/avhengighet med akutte behov som ikke er av livstruende somatisk eller psykiatrisk art skal vurderes av døgnkontinuerlig TSB-akutt innen avklart opptaksområde. I regi av RHF-nettverk rus er det gjennom ei arbeidsgruppe utarbeidet en rapport som har gått mer inn på forståelsen av akuttplikten for TSB. Dette bør munne ut i en omforent forståelse av ø-hjelpsplikten.

*Elektive desentraliserte/ TSB-tjenester:* Sammen med rusakutt vil elektivtilbudet i opptaksområde utgjøre TSB-tilbudet for store pasientgrupper og tilstander. Dette innebærer poliklinikk/ambulante tjenester, dag- og døgn tjenester – herunder avrusning. En del av tjenestene vil kunne gis ved TSB-tilbud samlokalisert med DPS/andre psykisk helseverntilbud eller ved selvstendige TSB-klinikker. Noen av tjenestene vil også kunne gis av private klinikker. Det vil være naturlig at TSB-enhetene etter avklaring fra RHF/HF samarbeider gjennom felles vurderingsteam/henvisningsmottak for å sikre riktig rettighetsvurdering og gode pasientforløp. Tilbudene lokalt skal også omhandle LAR, tilbakehold på institusjon med eller uten samtykke (tvang) og behandling under soning.

Sentraliserte tilbud: Rusfeltet i Norge har hatt tradisjon for en rekke differensierte og spesialiserte tilbud som sammen med de desentraliserte tilbudene skal utgjøre totaltilbudet. De fleste pasienter vil profitere på behandling i sitt nærmiljø, men en betydelig andel pasienter trenger mer forsterket eller spesialisert behandling hvor innretning og metodikk er viktigere enn geografisk nærhet til behandlingstilbudet. Dette omfatter spesialavdelinger for ungdom og voksne, kollektivtilbud, terapeutiske samfunn og andre særskilte anerkjente metodiske tilnærminger.

Uviklingen av LAR: Denne skal skje i henhold til ny forskrift fra 2010 og nasjonal faglig retningslinje. Dette innebærer forpliktende samhandling mellom pasient, fastlege, sosialtjeneste/NAV og ansvarlige behandlere innenfor TSB. Tjenestetilbudet skal integreres innenfor TSB knyttet til henvisning, vurdering, utredning, behandling og oppfølging. Det anbefales fortsatt at hver region har ett eller flere LAR-sentrene for å kvalitetssikre utviklingen.

Helsetilsynet gjennomfører en rekke tilsyn knyttet til TSB. Siste landsomfattende tilsyn var i 2006. Fra tilsynsmeldingen i 2007 heter det:

*"... Vi ønsker å trekke fram to område som har særlege utfordringar. Det eine gjeld mangelen på fagleg konsensus og kunnskapsbasert behandlingspraksis i fleire av dei tverrfaglege spesialiserte tenestene. Det andre er det ansvaret kommunane har for å gi rusmiddelmissbrukarar eit heilskapleg tilbod som sikrar nødvendige sosial- og helsetenester, og for å gi dei ein stad å bu og høve til å utvikle sosiale nettverk og eit liv med meningsfulle aktivitetar." (s. 33)*

Området faglig konsensus og kunnskapsbasert praksis er meget viktig for en god utvikling av TSB. Selv om det er kunnskapshull innenfor feltet, er det en betydelig kunnskaputvikling

innenfor rusmiddelnevrobiologi, psykoterapifeltet – herunder god brukermedvirkning, spesialisert sosialt arbeid og integrerte modeller/tjeneste-organisering særlig internasjonalt, men også økende nasjonalt<sup>3</sup>. Utfordringene kan også knyttes til ulik integrering og implementering av eksisterende kunnskap. I en oppsummerende rapport fra WHO i 2004<sup>4</sup> heter det bl.a. om rusmiddelavhengighet:

*“...It is not only determined by biological and genetic factors, but psychological, social, cultural and environmental factors as well.”*

*“...Treatment must be accessible to all in need. Effective interventions exist and can be integrated into health systems, including primary health care.”<sup>5</sup>*

*“...One of the main barriers to treatment and care of people with substance dependence and related problems is the stigma and discrimination against them.”*

*“... Attention to comorbidity of substance use disorders and other mental disorders is thus required as an element of good practice in treating or intervening in either mental illness or substance dependence.” (s. 33)*

### Hva innebærer dette for RMN?

#### Desentraliserte og sentraliserte tjenester:

Strategien som beskrives nasjonalt, er i tråd med de planer som foreligger i Midt-Norge. Det arbeides med å etablere tydeligere desentraliserte TSB-tjenester både på Sunnmøre, Nordmøre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Samtidig videreutvikles de forsterkede og spesialiserte tilbudene, slik at bl.a. behovet for kjøp av plasser utenfor regionen reduseres.

#### Planer for utviklingen av desentraliserte TSB-tjenester i Midt-Norge

Sunnmøre	Det desentraliserte TSB-tilbudet vil bestå av rusteamene i Volda og Ålesund, og Vestmo behandlingssenter med til sammen poliklinikk/ambulant, dag og døgn (akutt- og elektive tilbud – herunder utredning). Det er etablert samarbeid knyttet til vurderingsarbeid, diagnostikk, behandling og oppfølging. Samhandlingen med psykisk helsevern og somatikken skal være formalisert. Ca 40 døgnplasser. Sammen med KoRus er samhandlingen med kommunene styrket, samt samarbeidet med statlig barnevern, kriminalomsorgen, brukerorganisasjoner, m.fl.
Nordmøre og Romsdal	Det desentraliserte TSB-tilbudet vil bestå av rusteamene i Molde og Kristiansund, og fra 2012 en egen dag- og døgnpost i samarbeid med RMN, herunder avklart samhandling med psykisk helsevern og somatikk for å sikre et forsvarlig akutt-tilbud og avrusning. Til sammen poliklinikk/ambulant, dag og døgn (akutt- og elektive tilbud – herunder utredning). Det er etablert samarbeid knyttet til vurderingsarbeid, diagnostikk, behandling og oppfølging. 6-10 døgnplasser? Sammen med KoRus er samhandlingen med kommunene styrket, samt samarbeidet med statlig barnevern, kriminalomsorgen, brukerorganisasjoner, m.fl.
Sør-Trøndelag	Det desentraliserte TSB-tilbudet vil bestå av PUT Sør-Trøndelag samlokalisert i Trondheims klinikken, deler av Lade Behandlingssenter og Trondheims klinikken tilbud med til sammen poliklinikk/ambulant, dag og døgn (akutt- og elektive tilbud – herunder utredning). Det er etablert samarbeid knyttet til vurderingsarbeid, diagnostikk, behandling og oppfølging. Samhandlingen med psykisk helsevern og somatikken skal være formalisert. Ca 45 plasser. Sammen med KoRus er samhandlingen med kommunene styrket, samt samarbeidet med statlig barnevern, kriminalomsorgen, brukerorganisasjoner, m.fl.

<sup>3</sup> Se f.eks. Sellmann D. The 10 most important things known about addiction. Addiction 2009; 105: 6-13.

<sup>4</sup> Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary.

<sup>5</sup> Når det gjelder det kommunale arbeidet berøres dette i kapitlet om samhandling, og må også ses i sammenheng med Samhandlingsreformen, *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, som er under utvikling.

Nord-Trøndelag	Det desentraliserte TSB-tilbudet vil bestå av ARP poliklinikk Levanger, ARP poliklinikk Namsos og fra 2011 ARP dag- og døgnpost i samarbeid med RMN, herunder avklart samhandling med psykisk helsevern og somatikk for å sikre et forsvarlig akutt-tilbud og avrusning. Til sammen poliklinikk/ambulant, dag og døgn (akutt- og elektive tilbud – herunder utredning). Det er etablert samarbeid knyttet til vurderingsarbeid, diagnostikk, behandling og oppfølging. 6-8 plasser. Sammen med KoRus er samhandlingen med kommunene styrket, samt samarbeidet med statlig barnevern, kriminalomsorgen, brukerorganisasjoner, m.fl.
Andre funksjoner	<u>LAR</u> : Det operative tilbudet er sterkt desentralisert, mens kvalitetssikringen er sentralisert, herunder inntak og utskrivning. På sikt er det ønskelig med økt desentralisering også når det gjelder inntaksvurdering og behandlingsoppfølging. <u>Tilbakehold og behandling under soning</u> : Bør kunne gis desentralisert, men også forsterket/sentralisert.

Da dimensjoneringen av de desentraliserte døgntilbudene av historiske årsaker ikke er gjort i tråd med befolkningsgrunnlaget i opptaksområdet, vil det være behov for at pasienter på Nordmøre og Romsdal og i Nord-Trøndelag må benytte døgntilbud i Sør-Trøndelag eller på Sunnmøre. Framtidig styrking bør ta hensyn til dette.

Hvordan vil det forsterkede/sentraliserte TSB-tilbudet se ut fra 2011:

Trondheimsklinikken	Døgnavdeling med poliklinikk og dagtilbud for unge og voksne med sammensatte lidelser – herunder tilbakehold for ungdom, samt regionalt senter for LAR. 36 døgnplasser.
NKS Kvamsgrind-kollektivet	Ungdomskollektiv/medleverskap i Trondheim/Ler som gir omfattende rehabilitering med poliklinisk tilbud. 22 døgnplasser
Tyrilistiftelsen	Kollektiv i Trondheim/Østlandet som gir omfattende rehabilitering. 33 døgnplasser
Veksthuset Molde	Terapeutisk samfunn i Molde som gir omfattende rehabilitering med poliklinisk tilbud. 33 døgnplasser.
Valdresklinikken	12-trinns basert døgntilbud i Valdres. Primært tilbud over 6-12 uker, oppfølgingstilbud (6 samlinger på tre dager hver). 5 plasser
Skjermingsavdeling ved Blå Kors Lade samt plasser ved Vestmo beh.senter	Lade har enøgnavdeling med polikliniske oppfølging for pasienter med sammensatte lidelser primært over 23 år – herunder tilbakehold/tvang. 7 plasser. Vestmo har en mer integrert modell hvor 2-3 pasienter kan gis tilbud på tilbakehold/tvang.
Familieavdeling ved Blå kors Lade	Døgnavdeling med polikliniske oppfølging av gravide pasienter, herunder tilbakehold, og småbarnsfamilier. 6 plasser.

På samme måte som at de desentraliserte tjenestene må utvikle tydelig og god samhandling, gjelder det også for de forsterkede/spesialiserte tjenestene.

Skille mellom desentraliserte og sentraliserte funksjoner vil i en del tilfeller være overlappende og tilbudene representerer samlet regionens tilbudet innenfor TSB.

#### Etablering av en effektiv akutt-kjede:

Dette innebærer for vår del særlig to forhold:

1. Etablering et nye akutt TSB-tilbud.
2. Med etableringen må samhandlingen med kommunale akutt-tilbud, og akutt-tilbud innen somatikken og psykisk helsevern systematiseres.

Det første innebærer at deler av dagens avrusningstilbud videreutvikles til å kunne vurdere og ta imot pasienter akutt. Den polikliniske/ambulante virksomheten knyttet til dette må også styrkes –

herunder utvikling av liason-ordninger. Akutt-tilbudet innebærer primært en mulighet til å vurdere og motta pasienter som i dag ikke gis et adekvat tilbud kommunalt eller gjennom somatisk og psykiatrisk akutt-tilbud, eller som bør overføres fra en av disse til et rusakutt-tilbud.

Målgruppen for rusakutt-tilbudene vil primært være:

- Pasienter med behov for akutt vurdering ved skadelig bruk/avhengighet av ett eller flere rusmidler. For noen vil dette innebærer innleggelse for å stabilisere situasjonen (12-72 timer). Henvisende instans vil normalt være fastlege, legevakt eller kommunale rustjenester.
- Pasienter som etter akutt innleggelse i somatisk sykehus (forgiftningstilstander, med mer) eller psykiatrisk sykehus (innleggelse etter rusutløste psykoser, med mer) har akutte behov for vurdering av pasientens rus- og avhengighetsproblematikk. Henvisende instans vil normalt være personell ved sykehusavdeling.

Akutt-tilbudenes primære rolle er å avklare den akutte situasjonen. Denne kan strekke seg over timer, dager og noen uker. Dersom pasienten ønsker/har behov for videre planlagt behandling, må det henvises for dette (jfr Helsedirektoratets vurderingsveileder for TSB s. 66).

Når det gjelder kriterier for akutt TSB har en nasjonal arbeidsgruppe våren 2010 (s. 8-9) definert dette på følgende måte:

### **2.1 Definisjon av akuttbegrepet i TSB**

*Forutsetningen for vurdering er*

*at pasienten fyller en eller flere ICD – 10 diagnose F10- F19  
at pasienten ikke allerede mottar eller kan motta adekvat helsehjelp*

*Merk:*

1. *Der hvor det er en samtidig alvorlig psykisk lidelse vil en slik diagnose ha forrang og pasienten skal vurderes med hensyn til behandlingsbehov innen psykisk helsevern<sup>7</sup>.*
2. *Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes i psykisk helsevern.*
3. *Ved akutt somatisk sykdom skal pasienten vurderes med hensyn til behandlingsbehov i somatisk helsetjeneste selv om tilstanden skyldes bruk av rusmidler. TSB har fortsatt ansvar for behandling av rusmiddelproblematikken.*

### **2.2 Behov for akuttintervensjon i TSB er tilstede når:**

- *Pasienten er gravid*
- *Rusmiddelinntaket utgjør en umiddelbar fare for pasientens liv og helse*
- *Rusmiddelinntaket er oppbørt eller endret og det er fare for alvorlige abstinensreaksjoner*
- *Rusmiddelinntaket medfører akutt risiko for atferdsendringer med fare for eget eller andres liv og helse*
- *Rusmiddelinntaket kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall.*

Det arbeides denne høsten med nasjonal avklaring knyttet til henvendelse/henvisning, vurdering/mottakk, målgrupper, etc.

Rusakutt-tilbud etableres ved Vestmo behandlingssenter i Ålesund fra 01.11.2010 og Lade Behandlingssenter i Trondheim fra 01.12.2010. Også etableringen av Trondheims klinikken med sin nærhet til St. Olavs hospital vil etter nærmere avklaringer få sentrale funksjoner i utviklingen av gode akutt-tjenester i Trondheim/Sør-Trøndelag.

Den nye TSB-posten som etableres i Levanger fra 01.12.2010 vil primært ta imot pasienter for planlagt utredning og behandling. Det ytes imidlertid i dag noe akutt-behandling og avrusning for ruspasienter ved Levanger sykehus, som med etableringen kan formaliseres og videreutvikles.

Planarbeidet for en tilsvarende etablering i Helse Nordmøre og Romsdal vil etter planen påstarte høsten 2010.

### Økt vekt på kunnskapsbasert behandling og behandlingsmetoder:

Begrepet kunnskapsbasert skal reflektere en god integrasjon av forskning, klinisk erfaring, brukererfaring og ledelse. Alle disse områdene må det løpende arbeides for å systematisere og integrere.

## **2.4 En sterkere kommunerolle med spesialisthelsetjenesten i ryggen**

### **Anbefaling 4**

*Gjennom samhandlingsreformen må det sikres at helse- og sosialtjenesten bedre forebygger og følger opp personer med rusproblemer. Gode boligløsninger, meningsfull aktivitet og individuell oppfølging må prioriteres. Planlegging og etablering av lokalmedisinske sentre/ distriktsmedisinske sentre bør også omfatte ruspasienter og samarbeide nært med TSB.*

### **Bakgrunn**

Kommunene skal gi et mangfoldig tilbud til innbyggere som sliter med rusmiddelproblemer. Betydningen av gode aktivitetstilbud og et inkluderende nærmiljø kan ikke undervurderes. Sentralt står fastlege/legevakt, sosialtjeneste/NAV, øvrige sosial- og helsetjenester i form av ulike oppfølgings- og omsorgstjenester, tilpassede boligtilbud/omsorgsinstitusjoner, oppsøkende, ambulante og/eller lavterskeltilbud, med mer. Kommunene skal også følge opp før – under – etter tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har en sentral rolle i det rusforebyggende arbeidet, og skal ha forpliktende planer for dette arbeidet som bør være bredt forankret (Se også kapitlet om Forebygging). Dersom hovedelementene i samhandlingsreformen gjennomføres skal kommunene bl.a. få flere fastleger med tverrfaglige team i ryggen, og alene eller sammen med flere kommuner etablere lokalmedisinske sentre/distriktsmedisinske sentre som skal ivareta et helsetjenestetilbud før, istedenfor og etter opphold i spesialisthelsetjenesten. Å knytte ulike spesialisthelsetjenester, herunder TSB, til disse tjenestene vil være viktig. Bedre utbygde ambulante funksjoner innenfor TSB som kan møtes på brukernes og kommunens arena står sentralt her.

### **Hva innebærer dette for RMN?**

#### Strategier for vår samhandling med kommunene:

Vi utviklet i 2007 en samhandlingsavtale med kommunene som har fått tilslutning fra 60 av 85 kommuner. Avtalen er nå evaluert og besluttet videreført for en ny treårs periode (2010-2012). Målsettingen er at alle kommuner i regionen slutter seg til denne. Det er eget samarbeidsråd som følger opp avtalen med representanter fra kommunene og RMN. Det er bl.a utarbeidet en individuell samarbeidsavtale for å sikre den enkelte pasient bedre oppfølging, samt etablert flere nye integreringstiltak som kan bistå aktuelle pasienter i den sårbare perioden ved avslutning av behandling og overføring til kommunen. I og med at mange pasienter kommer fra Trondheim, er det i 2010 etablert et eget klinisk samarbeidsutvalg.

Samhandlingsarbeidet ved klinikkene er styrket gjennom tilsetting av samhandlingskoordinatorer, som arbeider poliklinisk før, under og etter døgnbehandlingen. Dette er nå ytterligere formalisert ved etablering av polikliniske team/avdelinger ved alle klinikker hvor også inntakspersonell og andre behandlergrupper tilknyttes.

Vi opprettet i 2009 en egen stilling som samhandlingsleder i RMN og etablerte et samhandlingsnettverk hvor KoRus og klinikkene kan samordne innsatsen. Samarbeidet med fylkesmennene er også sentralt. Med styrkingen av de desentraliserte TSB-tjenestene vil vi sammen med KoRus kunne tilnærme oss kommunene på en enda tydeligere måte enn i dag.

#### Hva vet vi om situasjonen i kommunene?

Vi har laget en nettside hvor kommunene er gruppert etter fylke, helseforetaksområde og regionråd. Her lenkes tilgjengelige rusmiddelpolitiske handlingsplaner som gir en oversikt over

kommunens egen vurdering av situasjonen og aktuelle tiltak på en rekke områder. KoRus Midt-Norge har gjennom en rekke år bistått utvalgte kommuner med systematiske bredt forankrede forebyggingsprogrammer. Klinikken samhandler i pasientsaker og noe på systemnivå med de fleste kommunene, og RMN har gjennom samhandlingsavtalene og arbeidet med integreringstiltak fått et inntrykk av situasjonene i mange kommuner.

Finnes det mer objektive data som kan si noe om kommunens innsats? Magnussenutvalget fra 2008 så på fordeling av inntektene mellom regionale helseforetak og laget en modell basert på alderskriterier og sosiale kriterier. Her kom Midt-Norge ut med en behovsindeks på 91,6 % hvor 100 % er et gjennomsnitt for landet. Bl.a. er andelen sosialhjelpsmottakere en indikator som brukes for å anslå omfanget av rusproblemer.

En gjennomgang av KOSTRA-tall for de 85 kommunene i Midt-Norge for 2009 viser en gjennomsnittlig andel sosialhjelpsmottakere på 19 per 1000 innbygger. Tabellen under viser 10 kommuner med høyest og lavest andel sosialhjelpsmottakere.

Kommune (innbyggere)	Høyest	Kommune (innbyggere)	Lavest
Nærøy (4990)	38	Levanger (18580)	2
Kristiansund (23238)	32	Grong (2361)	3
Orkdal (11276)	28	Åfjord (3220)	5
Steinkjer (21080)	29	Rindal (2041)	7
Verdal (14222)	28	Sandøy (1320)	7
Flatanger (1104)	27	Snillfjord (998)	8
Frosta (2495)	27	Vanylven (3471)	10
Smøla (2143)	27	Stranda (4531)	10
Eide (3382)	27	Haram (8739)	10
Trondheim (170936)	26	Sula (7931)	11

Sosialtjenesten i en kommune har også funksjon som rustjeneste. Kroner per innbygger brukt på sosialtjenesten kan gi en indikasjon på kommunal ressursbruk. KOSTRA-tall for 2009 viser at kommunene i gjennomsnitt bruker 876 kr per innbygger på sosialtjenesten. Tabellen under viser 10 kommuner med høyest og lavest bruk.

Kommune (innbyggere)	Høyest	Kommune (innbyggere)	Lavest
Trondheim (170936)	2106	Åfjord (3220)	196
Osen (1033)	1850	Sande (2518)	236
Kristiansund (23238)	1788	Agdenes (1719)	250
Sunndal (7289)	1695	Vanylven (3471)	299
Molde (24795)	1662	Høylandet (1270)	300
Verdal (14222)	1559	Sandøy (1320)	315
Ålesund (42982)	1449	Rindal (2041)	378
Røyrvik (495)	1343	Surnadal (5956)	421
Roan (999)	1342	Namdalseid (1697)	426
Namsskogan (928)	1337	Fosnes (670)	431

Slike og lignende tall kan gi en indikasjon for behov og ressursinnsats på rusområdet i kommunene. For å få et mer sikkert bilde, er det behov for flere og mer spesifikke data. Det er også ulike analysenivåer som kan være aktuelle, eksempelvis folkehelseperspektiv, kommunenes innsats, tilstand i den rusbelastede del av befolkningen – herunder avklaring av hvilke datakilder som finnes, evt må utvikles. KOSTRA er allerede nevnt. Data fra NPR vil få en viktig betydning etter hvert som flere data rapporteres inn, men også andre er aktuelle, for eksempel SSB, fødselsregister, reseptregister, kriminalstatistikk, med mer.

Det er også utviklet teknologi som muliggjør egen målrettet innsamling av data lettere enn tidligere.

I Rogaland er det eksempelvis utviklet et kartleggingsverktøy for kommunene som heter Brukerplan. Dette har bl.a. som formål å:

- Kartlegge omfanget av rusmiddelmissbruk som er kjent av NAV, sosialtjenesten og andre kommunale tjenester
- Kartlegge rusmiddelmissbrukeres funksjonsnivå, livssituasjon og bruk av tjenester
- Planlegge det framtidige hjelpeapparatet – kommuner, helseforetak og andre tjenesteytere - grunnlag for prioriteringer
- Informasjonskilde for sentrale myndigheter
- Velge ut brukergrupper for spesiell innsats – eks. rusmiddelmissbrukere med omsorg/samvær med barn

Det har i samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Kompetansesentrene for rus etterspurt en felles nasjonal tilnærming for dette. Det er nå til utvikling et kartleggingsopplegg under navnet Ungdata som tar for seg situasjonen for unge spesielt.

Det er viktig at vi i Midt-Norge sammen med kommunene får mer kunnskap om den kommunale innsatsen på rusområdet, både innenfor kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten/NAV. Her må både forebyggings- og oppfølgings/behandlingstiltak ses i sammenheng.

## **2.5 Kapasitet**

### **Anbefaling 5**

*Det er fortsatt behov for kapasitetsvekst og bedre tilgjengelighet innenfor TSB. Hvert RHF må nærmere analysere behandlingsbehov og ressursbruk i sin region. RHFene må integrere de private rusinstitusjonene med avtale mer forpliktende enn i dag.*

### **Bakgrunn**

Både SAMDATA Sektorrapport rusbehandling 2008 og Norsk pasientregisters rapport om ventetider og pasientrettigheter 2009 indikerer mangelfull kapasitet for TSB i Norge:

- Antall nyhenviste økte innenfor TSB med 14,2 % mellom 2008-2009, mens tilsvarende for somatikk var 0,7 % og 5,6 % innenfor psykisk helsevern for voksne og 5 % for psykisk helsevern for barn og unge.
- Ventetiden har økt fra 67 dager i 2007 til 80 dager i 2009. Dette er vesentlig høyere enn psykisk helsevern for voksne, og noe høyere enn psykisk helsevern for barn og unge og somatikken. Totalt venter over 4000 på pasienter TSB.
- Andelen fristbrudd er uakseptabel. I 2008 og 2009 var ca 1 av 4 ventende som allerede hadde overskredet fastsatt frist. Dette er vesentlig høyere enn innenfor øvrige sektorer. Tilsvarende at ca 1 av 5 avviklede pasienter hadde fristbrudd. Praksis for registrering av fristbrudd har variert noe mellom ulike klinikker, da dagens registreringsveileder fra NPR er noe uklar på dette punktet. Det forventes en presisering denne våren slik at praksis blir helt harmonisert.

Det framkommer også uakseptable regionale forskjeller. Dette gjelder sentrale områder som ventetid, fristbrudd, ressursbruk, prioritering, kapasitet og bruk av poliklinikk/døgn ut fra befolkningsgrunnlag, korrigert for behovsestimaterne gjort gjennom Magnussenutvalgets beregninger i 2008.

Det har nylig kommet SAMDATA-rapporter for 2009 som gir supplerende og oppdatert informasjon om spesialisthelsetjenesten og TSB særskilt.<sup>6, 7</sup>

<sup>6</sup> [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/samdata\\_spesialisthelsetjenesten\\_2009\\_745394](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/samdata_spesialisthelsetjenesten_2009_745394)

<sup>7</sup> [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/geografisk\\_fordeling\\_av\\_rusbehandling\\_752474](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/geografisk_fordeling_av_rusbehandling_752474)

Det er behov for å gå nærmere inn i et analysearbeid før man kan si mer sikkert om framtidige kapasitetsbehov. Både tall fra SAMDATA, funn fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen er imidlertid indikasjoner på at feltet fremdeles trenger en betydelig kapasitetsvekst både knyttet til poliklinikk, dag og døgn for de store pasientgruppene og til mer forsterkede/spesialiserte tilbud. Fra brukerrepresentanter understrekes viktigheten av at døgntilbud med tilstrekkelig innhold og varighet for å gi grunnlag for en helhetlig rehabilitering, fortsatt prioriteres.

I 2009 ble det gjennomført forvaltningsrevisjon med RHFenes oppfølging av utvalgte private avtaleinstitusjoner. Endelig rapport ble offentliggjort 29.04.2010. Hovedkonklusjonene viser:

- Det foreligger få nasjonale retningslinjer og rammer for tjenestetilbudet innen TSB
- Styringsinformasjonen er begrenset
- Svak integrering av de private institusjonene i utviklingen av tjenestene
- For liten standardisering av krav, rapportering og oppfølging
- Det er enkelte svakheter i institusjonenes internkontrollsystem
- Mangler i bruk og innhold knyttet til individuell plan ved private institusjoner
- Samarbeidet med andre tjenesteytere er ikke godt nok

I tillegg til de styringsmessige utfordringene som rapporten avdekker, er det også store strategiske utfordringer for RHFene knyttet til private tilbyderes plass innenfor TSB i framtiden og anskaffelsesmessige problemstillinger. Det er imidlertid gledelig at rapporten dokumenterer at integrasjonen med de private fungerer best i Midt-Norge.

### **Hva innebærer dette for RMN?**

Fortsatt opptrapping vurdert ut fra behovet:

Kanskje det mest positive for Midt-Norges del er at vi både har klart å øke kapasitet og kvalitet de siste årene. Vi er den eneste regionen som kan vise til tydelig kapasitetsvekst, samt størst andel av helse- og sosialfaglig personell innenfor TSB. Tiltross for at vi fremdeles bruker minst penger per, er driften effektiv med mindre bruk av gjestepasientplasser enn øvrige regioner.

Vi har imidlertid betydelige utfordringer når det gjelder sentrale områder som *ventetidsutvikling, fristbrudd, omfang/ registrering av poliklinisk aktivitet og prioritering*. Som det framkommer er datagrunnlaget for å beregne framtidig behov og innretning av tjenestene ennå ikke godt nok. Her må det i samarbeid med HMN og øvrige regioner gjøres en jobb for å framskaffe et bedre analysegrunnlag. SAMDATA-rapporten for 2009 kommer i begynnelsen av september 2010 og vil gi viktig ny informasjon om utviklingen nasjonalt og regionalt.

Hvilke tiltak er iverksatt for å bedre situasjonen knyttet til uforordningsområdene? Gjennom nye driftsavtaler og styrking av egne klinikktilbud vil det i løpet av høsten 2010 og framover bli etablert *rusakutt-tilbud* og økt kapasitet både når det gjennom utrednings- og behandlingstilbud knyttet til *poliklinikk, dag og døgn*. Fra 01.06.2010 er det etablert ruspolikliniske team/avdelinger ved dagens døgneklinikker som vil sikre bedre behandling/lettere overgang mellom omsorgsnivåene og riktig registrering. Den betydelige aktiviteten som gis av LAR-Midt vil fra samme tidspunkt også bli registrert gjennom poliklinikkrefusjonsordningen. Det er i tillegg iverksatt tiltak for riktig rapportering av *fristbrudd, oppstart av behandling* og enda bedre oppfølging av pasienter på venteliste. Høsten 2010 revideres også den nasjonale *vurderingsveilederen for TSB* slik at vurderingspraksis kan harmoniseres enda bedre enn i dag.

I sine aktivitetsvurderinger ønsker Helse Midt-Norge å legge særlig tre områder til grunn både for psykisk helsevern og TSB. Dette er *antall utskrivninger fra døgn, antall oppholdsdøgn* og *antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner*.

Tabellen under gir et grovkornet estimat for utviklingen i 2010 og 2011 for TSB i hele regionen basert på iverksatte og planlagte tiltak. Høsten 2010 vil det i samarbeid med Helse Midt-Norge,

øvrige HF og avtaleklinikene bli etablert et tydeligere rapporteringssystem for disse og andre relevante aktivitetsparametere slik at dette kan brukes i budsjett- og rapporteringssammenheng.

	Antall utskrivninger fra døgn	Oppholdsdøgn	Ref. polikliniske konsultasjoner
2010	1 800	73 300	20 000
2011	2 300	82 800	30 000

Som tabellen indikerer er vi nå i en fase med betydelig aktivitetsvekst som det er grunn til å tro vil gi reell reduksjon i ventetid og fristbrudd. Ytterligere opptrapping/kapasitetsvekst må vurderes ut fra analyser av behov, innretning, økonomi, etc. Vi har som kjent ambisjoner for utviklingen av behandlingstilbudene innenfor TSB i Midt-Norge, og ønsker i samhandlingsreformens ånd å gi *rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

#### Fortsatt tett integrasjon av private avtaleklinikker:

RMN har siden etableringen satset på en tett integrasjon av private avtaleklinikker.

Riksrevisjonens rapport gir grunnlag for å si at dette var et riktig strategisk valg og som bør videreutvikles ytterligere.

### **3. Opplæring av pasienter og pårørende**

Under prosjektperioden som startet i 2006 ble det besluttet at hovedmålgruppen for Lærings- og mestringssenteret er pårørende til rusmiddelavhengige, jf. Regionalt rusprogram 2005-2010 og ”Pasient- og pårørendeopplæring i Rusbehandling Midt-Norge 2006”. Lærings- og mestringssenteret prioriterer pårørende til rusmiddelavhengige under behandling, men har også tilbud til pårørende generelt. Dette innebærer at opplæringen av pasienter primært følges opp av klinikkene selv.

Overordnet målsetting er at Lærings- og mestringssenteret skal bidra til å styrke pårørendes helse og livskvalitet ved å fremme egen læring og mestring. Lærings- og mestringssenteret skal videre bidra til å sette pårørendes behov på dagsorden, gi et godt opplæringstilbud til målgruppen og styrke samhandlingen mellom tjenestetilbudene i 1. og 2.linjetjenesten og brukerorganisasjonene.

Lærings- og mestringssenteret for RMN har sammen med klinikkene ansvaret for opplæring av pasienter og pårørende. Det ble i 2009 utarbeidet en strategi for arbeidet. Strategien bør evalueres og oppdateres i 2011.

Ansvarsdelingen mellom Lærings- og mestringssenteret og klinikkene er i strategien beskrevet på følgende måte:

Lærings- og mestringssenteret skal:

1. Invitere til regionale samlinger for brukerorganisasjonene og representanter for enhetene.
2. Koordinere og delta i de fylkesvise nettverksamlingene.
3. Lede arbeidsgruppene som driver temakvelder for pårørende.

Klinikkene skal:

1. Oppnevne en opplæringskoordinator som har ansvaret for at det blir utarbeidet en handlingsplan for pårørendearbeidet ved klinikken.
2. Arrangere åpne dager/kvelder/helger for pårørende, evt. i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret.
3. Gi god informasjon til pårørende om enheten og tilbud til pårørende.
4. Være åpne og inkluderende til pårørende og nettverk, før – under – etter behandling erna.
5. Ha pårørendearbeidet som tema på fagdager. Gjøres ved bruk av pårørendeerfaringer.
6. Enhetene skal ha barneansvarlige, jfr nytt lovverk fra 2010

#### Tiltak:

Strategien for LMS bør evalueres og oppdateres i 2011.

## **4. Utdanning av helsepersonell**

Vi skal være en utdanningsarena for:

- Egne ansatte
- Studenter fra høyskole, og universitetssektoren
- Ansatte fra andre virksomheter

Kunnskapsutviklingen og kompleksiteten i vårt fagfelt er omfattende, behovet for etter- og videreutdanning vil derfor være rimelig stort. Behovet forsterkes ytterligere av at grunnutdanningenes utdanningstilbud ift rusrelaterte problemer dessverre ennå ofte oppleves noe mangelfull.

#### Tiltak:

Med opprettelsen av ny stilling som opplæringsrådgiver ved KoRus, FoU-avdeling og som ledd i etableringen av Trondheims klinikken bør det høsten 2010 påstartes et arbeid med en egen utdanningsstrategi som ferdigstilles i 2011.

## **5. Forskning og utvikling (FoU)**

RMN har siden etableringen i 2004 gradvis styrket innsatsen knyttet til forskning- og utvikling (FoU). Strategisk er arbeidet forankret i Helse Midt-Norges planer, og følges opp av eget FoU-utvalg, FoU-avdeling og koordinatorene/utvalg ved klinikkene. Gjennomførte og pågående prosjekter spenner over et stort spekter fra internasjonale multisenterstudier til egeninitierte utviklings- og innovasjonsprosjekter. FoU-avdelingen er lagt til vårt Kompetansesenter for rus Midt-Norge som, med egen forskningsleder.

Det er viktig for RMN å stimulere til økt forskningsinnsats på rusfeltet. Innen RMN pågår det spesielt forskning knyttet til området pasientbehandling (bl.a.: bedre matching av kartlegging og behandlingstilbud, behandling av pasienter med rusproblemer og samtidige psykiske lidelser, pasientforløp, forverntiltak før døgnbehandling). Det er et behov for større forskningsinnsats på prioriterte områder som brukermidvirkning, pasient- og pårørendeopplæring, samt innovasjon. I tilknytning til KoRus Midt-Norge pågår det forskningsstudier knyttet til kommunale opplæringstiltak rettet mot å hjelpe barn av rusavhengige, og et opplæringsprogram for å hjelpe og støtte foreldre til å hindre ungdommers uønskede bruk av rusmidler. I tillegg initieres det fire forskningsstudier på området forebygging og tidlig innsats (forekomststudie av stoffmisbruk, evaluering av LMS-tiltak for unge hasjvhengige, samt evaluering av behandlingstilbudet ved en døgnbasert rusbehandlingstilbud for ungdom).

#### Tiltak:

I tråd med Helse Midt-Norges strategiske plan for FoU for perioden 2009-2014 utarbeides årlige handlingsplaner for virksomheten. Første handlingsplan ble utarbeidet for 2010.

## **6. Forebygging og folkehelse**

### ***6.1 Oppdrag og roller***

Kompetansesenter rus – Midt-Norge har etablert samarbeid med fylkesmannsembetene og fylkeskommunene i alle tre fylker om folkehelsearbeidet på rusområdet. KoRus Midt-Norge skal på oppdrag fra folkehelseavdelingen i Helsedirektoratet bistå kommunene med kompetanse, økonomiske tilskuddordninger og tiltaksutvikling i folkehelsearbeide på rusområdet.

Fylkeskommunen har etter lov fra 1. januar 2010 et ansvar for å fremme folkehelse og samordne folkehelsearbeidet i fylket ut mot kommunene. Fylkesmannen har som oppdrag å være faglig rådgiver overfor kommunene, utvikle nettverk og bidra med økonomiske tilskuddordninger på rusområdet.

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for bistå med kompetanse og faglig veiledning til kommunene. Denne oppgaven har fått økt prioritering i forbindelse med samhandlingsreformen. Intensjonen i samhandlingsreformen er å bidra til en "venstreforskyvning" hvor hele helsetjenesten i større grad innrettes mot å gi bedre hjelp tidligere. Dette innebærer økt vekt på forebygging, sterkere prioritering av kommunalt forankrede tjenester, og en mer spisset spesialisthelsetjeneste.

Det er et strategisk mål å samordne de ulike oppdragene og rollene og utvikle synergieffekter av dette.

## **6.2 Innsatsområder**

Det er fire faglige nasjonale føringer som er avgjørende for valg av innsatsområder i KoRus Midt-Norge:

- Livsløpsperspektiv
- Folkehelseperspektiv
- Tidlig innsats
- Samhandling

Rusmiddelvaner og rusmiddelproblem berører mennesker i alle faser i livet og en strategi må derfor ta utgangspunkt i et **livsløpsperspektiv**.

**Folkehelseperspektivet** tar utgangspunkt i at vi i rusmiddelpolitikken må ha en tilnærming som er rettet mot hele befolkningen. Det er et mål å få ned rusmiddelforbruket i befolkningen. Får vi ned det totale nikotin- og alkoholforbruket, reduserer vi også antall skader og antall mennesker som utvikler rusmiddelavhengighet. Arbeidet med rusmiddelpolitiske planer i kommunene vil derfor være et viktig innsatsområde også i 2011.

I folkehelseperspektivet inngår også **tidlig innsats** hvor formålet er å gi ansatte i tjenesteapparatet kompetanse og verktøy til å avdekke problemer og hjelpe personer med symptomer på mulig utvikling av rusmiddelproblemer på et tidligst mulig tidspunkt. I Helsedirektoratets årlige folkehelsepolitiske rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller er tidlig innsats på rusområde nevnt som en viktig strategi for å redusere det totale alkoholkonsumet og forebygge skader og rusmiddelavhengighet.

**Samhandlingsreformen** omhandler ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten, kommuner og fastleger mht hvilket nivå pasienten skal behandles på. Vår strategi i folkehelsearbeidet er først og fremst er å forebygge rusmiddelproblem i forkant.

## **6.3 Samhandling med kommunene**

For å omsette disse faglige føringene til lokal praksis må man utvikle modeller for samhandling med kommunene. KoRus Midt-Norge i samarbeid med Fylkesmannen og Fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten vil disponere tre verktøy i dette arbeid

### **6.3.1 Utviklingsarbeid i kommunene**

KoRus Midt-Norge tilbyr kommunene to utviklingsprogram forankret i folkehelsearbeidet i fylkene, henholdsvis i Premis i Trøndelag og DUGNAD for kommunene i Møre og Romsdal.

Programmene vektlegger lokal kartlegging, mobilisering, politisk forankring og prioritering av innsatsområder. KoRus Midt-Norge tilbyr kompetansehevende tiltak, herunder universelle, selektive og indikative forebyggingsprogrammer, prosessuell ledelse, evaluering, erfaringsoverføringer og implementering av ny kunnskap.

Nye kommuner inviteres årlig etter plan, og i 2011 inviteres 12 nye kommuner i regionen til forpliktende samarbeidsløp. I tillegg har 25 kommuner i 2010 påbegynt innsats. Det er lagt langsiktige planer for kunne tilby deltakelse til alle kommunene i regionen. Ved valg av særskilte innsatskommuner i programmene vektlegges føringene fra oppdragsdokumentet fra Helsedirektoratet:

- langsiktighet og forankring i kommunens administrative og politiske ledelse
- forankring i kommunalt planverk
- forpliktelse fra kommunens side i å følge opp arbeidet som igangsettes
- små kommuner med begrensede ressurser må i særlig grad ivaretas med et rimelig tilbud om kompetanseutvikling
- rimelig geografisk spredning og at et flertall av kommunene over tid har fått et tilbud fra kompetansesenteret

### **6.3.2 Nettverksbygging mellom kommuner.**

Det arbeides systematisk gjennom Dugnad og Premis m.m. for å legge til rette for nettverksbygging mellom kommuner for å skape samarbeidsstrukturer og utnytting av lokale ressurser og kompetanse.

### **6.3.3 Kurskatalog og større konferanser**

Alle kommunene i regionen vil i 2011 få tilbud om kurs i relevante tema som presenteres gjennom RMN-HFs kurskatalog. I tillegg arrangeres det fylkesvise konferanser i samarbeid med fylkene og fylkesmannsembetene som en del av folkehelsearbeidet.

### **6.3.4 Økonomiske tilskuddordninger til kommunene**

I samarbeid med fylkene og fylkesmannsembetene tilbyr KoRus Midt-Norge økonomiske tilskudd til kommunene som er med i Dugnad og Premis. Andre kommuner kan få tilskudd til styrking av arbeidet med tidlig innsats.

## ***6.4 Spisskompetanseområde***

KoRus Midt-Norge ble våren 2009 tildelt spisskompetanseområde med følgende formulering: **Rusproblematikk knyttet til ungdom og unge voksne med vekt på tidlig intervensjon.**

For å konkretisere oppdraget, og kunne vurdere måloppnåelse i forhold til de ressurser KoRus rår over til dette arbeidet, har det vært nødvendig å gjøre en konstruktiv avgrensning for hva spisskompetanseområdet skal omfatte. Vi har særlig lagt vekt på følgende:

- **Alder:** avgrenset til ungdom og unge voksne 15-25 år.
- **Arena:** offentlig rom, digitale media, familien, skolen, venner, i tiltak/behandling.
- **Målgruppe:**
  - Ungdom og unge voksne med forhøyet risiko for utvikling av rusproblemer eller tilsvarende.
  - Ungdom som har avbrutt grunnskole eller videregående p.g.a. rusproblemer.
  - Unge som har utviklet alvorlig ruslidelse og/eller psykiske helseproblemer og som trenger utredning og eventuelle tiltak/behandling.
  - Studenter på høyskole og universitet.
- **Forebyggende nivå:** særlig vekt på selektive og indikative tiltak.

En sentral del av spisskompetanseområdet er således knyttet til Ungdomsklinikken, nå en del av Trondheimsklinikken.

Avgrenset til arbeidet ved Ungdomsklinikken, vil det gjennom samhandling omkring metodeutvikling, være en viktig målsetting å systematisere kunnskap om tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering.

Forskningsmessige tema av relevans for spisskompetanseområdet vil være:

- Henvisningsrutiner.
- Kartlegging av behandlingsbehov.
- Samhandling mellom de ulike aktører i praksisfeltet.
- Utvikling av kunnskap om gruppen unge med rusavhengighet i behandling ved Ungdomsklinikken.
- Synliggjøre suksessfaktorene for de unge som lykkes i behandlingen.
- Redusere tilbakefall.
- Utforming av forskningstemaer tilknyttet fagutvikling ved Ungdomsklinikken.

Øvrige enheter innen somatikk og psykisk helsevern som arbeider med rusfaglige problemstillinger i møte med målgruppen ungdom og unge voksne, vil være viktige samhandlingsparter for KoRus Midt-Norge i utviklingen av spisskompetanseområdet.