



Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge 2005-2010

H A N D L I N G S P L A N

Vedtatt av styret for
Helse Midt-Norge RHF
Dato: 30.11.05

INNHOOLD

1 BAKGRUNN

1.1 Målsetting	3
1.2 Regionalt Rusprogram	3
1.2.1 Arbeidsgruppene	4
1.2.2 Sintef-rapporten	4
1.2.3 Høringer og brukermedvirkning	4
1.2.4 Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Program for helseøkonomi Bergen (HEB).....	4
1.2.5 Kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelavhengige.....	4
1.2.6 Prosjektgruppe for utredning av rus-psykiatritilbudet.....	5
1.2.7 Referansegruppen	5

2 HANDLINGSPROGRAM FOR UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET TIL RUSMIDDELAVHENGIGE

2.1 Brukermedvirkning	5
2.2 Samhandling mellom Rusbehandling Midt-Norge og kommuner/øvrige spesialisthelsetjenester	6
2.2.1 Tiltak for bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten	6
2.2.2 Tiltak for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten.....	7
2.2.3 HF'enes rådgivningsfunksjon overfor kommunene	8
2.2.4 IKT og rus.....	9
2.3 Videreutvikling av tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige i Midt-Norge	10
2.3.1 Poliklinisk behandling/dagtilbud	10
2.3.2 Avrusning/utredning	11
2.3.3 Klinikk og døgnbehandling	12
2.3.4 Langtidsbehandling (over 6 mnd)	14
2.3.5 Behandlingstilbudet til barn og unge	14
2.3.6 Tvang etter Lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2a	15
2.3.7 LAR-tilbudet i region Midt-Norge	16
2.4 Kvalitet	17
2.4.1 Kvalitetsforbedring som følge av rusreformen.....	17
2.4.2 Dokumentasjon av god praksis (metodevalg)	19
2.5 Forskning og Utvikling (FoU)	19
2.6 Rekruttering og kompetanseoppbygging	21
2.7 Økonomi	22

3 REFERANSER

1 Bakgrunn

Rusreformene innebar at de regionale helseforetakene overtok fylkeskommunenes behandlingstiltak for rusmiddelavhengige¹ 01.01.2004. Helse Midt-Norge sitt ”sørge for ansvar” er forankret i bestillerdokumentet og i visjon og mål slik de er presentert i Regjeringens handlingsplaner mot rusmiddelproblemer. Regjeringens hovedmål er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk.

Helse Midt-Norge RHF etablerte et eget helseforetak for implementering av rusreformene, Rusbehandling Midt-Norge HF. Hensikten er å synliggjøre pasienter og behandlingsapparatet. Foretakets visjon er at pasientene skal **mestre eget liv uten avhengighet av rusmidler**.

Gjennom bestillerdokumentet er det lagt nasjonale føringer for en høy prioritering av tilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Det kreves større prosentvis ressursvekst innenfor rus og psykisk helsevern enn innenfor somatisk virksomhet.

Det understrekes at alle de øvrige sykehusforetakene også yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, og at mesteparten av den polikliniske rusbehandlingen skjer innen rusteam knyttet til psykisk helsevern.

Rusbehandling Midt-Norge HF har etter oppdrag fra administrerende direktør i Helse Midt-Norge hatt ansvaret for organiseringen og gjennomføringen av regionalt rusprogram. Regionalt rusprogram består av mange rapporter, utredninger, høringsuttalelser og styrevedtak i Rusbehandling Midt-Norge HF. Essensen av disse er samlet i dette handlingsprogrammet.

Fremdriften i utviklingen av programmet er redegjort for i direktørmøtene i Helse Midt-Norge.

Handlingsprogrammet skal være et verktøy for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge for systematisk bedring av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige.

1.1 Målsetting

Målet med handlingsplanen er en konkretisering av bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge. Dette innebærer at rusmiddelavhengige skal få et bedre tjenestetilbud som:

- er dimensjonert i tråd med det samlede behandlingsbehovet i regionen
- er samordnede og koordinerte både internt i spesialisthelsetjenesten og med kommunenes helse- og sosialtjenester
- er tverrfaglige og derved ivaretar både helsemessige og sosiale sider av pasientens problemer
- holder høy kvalitet

1.2 Regionalt Rusprogram

Opprinnelig tidshorisont for arbeidet var 2-3 år frem i tid. På grunn av det regionale prosjektet Helse Midt-Norge 2010 er dette handlingsprogrammet gitt samme tidsperspektiv frem til 2010.

¹ Begrepet brukes om pasienter med skadelig bruk/avhengighet av rusmidler som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten jfr spesialisthelsetjenesteloven

Handlingsprogrammet bygger i hovedsak på rapporter fra arbeidsgruppene som utredet hvert sitt hovedområde. Handlingsprogrammet er gitt en kortfattet form med tiltak. Bakgrunnen for tiltakene finnes i arbeidsgrupperapportene, høringer, referansegruppens behandling, bakgrunnsmateriale for øvrig, drøftinger og vurderinger samt diverse styrevedtak i Rusbehandling Midt-Norge HF. En kortfattet liste finnes nedenfor, og i helhet i pkt 3. Referanser.

1.2.1 Arbeidsgruppene

De 3 arbeidsgruppene har hatt sitt mandat innenfor følgende områder:

Samhandling mellom Rusbehandling Midt-Norge og kommune/øvrige spesialisthelsetjenester (Ferdig desember 2004)

Videreutvikling av Rusbehandling Midt-Norges tjenestetilbud (Ferdig desember 2004)

Kvalitet, dokumentasjon og pasienttilfredshet (Ferdig oktober 2005)

Arbeidsgruppene har vært bredt sammensatt. Kommuner og alle HF har vært representert. Rusbehandling Midt-Norge sitt brukerutvalg har vært representert i en egen referansegruppe for prosjektet. I tillegg er brukerutvalget holdt løpende orientert under hele prosessen.

1.2.2 Sintef-rapporten

Som grunnlagsdata for arbeidsgruppene ble Sintef Helse engasjert for å kartlegge behandlingsbehovet i Midt-Norge. Rapporten ble overlevert helseforetaket høsten 2004.

Hovedkonklusjonen var at behandlingsbehovet i Midt-Norge er sammenlignbart med landet for øvrig. Behandlingsbehovet er betydelig større enn tilgjengelig behandlingstilbud.

1.2.3 Høringer og brukermedvirkning

Arbeidsgruppe 1 og 2 sitt arbeid ble sendt ut på høring til alle HF og samtlige kommuner i Midt-Norge. Det kom inn ca 20 høringssvar. Disse ble innarbeidet i saksfremleggene for Styret i Rusbehandling Midt-Norge HF. Arbeidsgruppe 3 har vært til høring innenfor Rusforetaket og berørte rusteamene i psykisk helsevern i Midt-Norge.

Brukerutvalg Rus har deltatt i hele prosessen fra mandatutforming til å gi sine sluttkommentarer til denne handlingsplanen. Brukerutvalget har vært representert i referansegruppen, samt at Regionalt Rusprogram har vært redegjort for på hvert brukerutvalgsmøte

1.2.4 Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Program for helseøkonomi Bergen (HEB)

SIRUS og HEB har utarbeidet rapporten ”Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering”. Her konkluderes det med at Helse Midt-Norge kom særdeles dårlig ut i forbindelse med finansiering av rusreformen. Helse Midt-Norge fikk 182 kroner pr capita, gjennomsnittet for alle helseregionene var 311 kroner pr capita. En oppdatert situasjonsbeskrivelse finnes under kapitlet om økonomi (pkt 2.7). Sammenholdt med konklusjonene i Sintef-rapporten om at behandlingsbehovet i Midt-Norge er sammenlignbart med landet for øvrig synliggjør en underdekning på over 40% ved den statlige overtakelsen.

1.2.5 Kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelavhengige

Rapporten beskriver status og utfordringer man står overfor innen rusfeltet, og gir en situasjonsbeskrivelse for rusmiddelavhengige som ønsker og har behov for behandling. Det pekes på femten fokusområder som arbeidsgruppen mener det bør settes i verk særskilte tiltak i forhold til. Rapporten inneholder flere konkrete forslag som samlet vil utgjøre en omfattende kvalitetsforbedring innen rusfeltet, bl.a. egnede kvalitetsindikatorer, retningslinjer og veiledere, samt at behovet for å styrke forskningen på området påpekes.

1.2.6 Prosjektgruppe for utredning av rus-psykiatritilbudet

Rusbehandling Midt-Norge har etablert ei prosjektgruppe bestående av representanter fra alle HF'ene i Midt-Norge, med formål å utrede tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusmiddelmissbruk (dobbeltdiagnosepasienter), herunder barn og unge. Prosjektgruppen har også vurdert fremtidige behov for utvikling av tjenester til rusmiddelavhengige knyttet til psykisk helsevern. Rapporten ble ferdigstilt i september 2005.

1.2.7 Referansegruppen

En bredt sammensatt, referansegruppe inkludert brukerrepresentanter, har fulgt alle arbeidsgruppens arbeid. Gruppen har vært ledet av en representant for kommunene. Referansegruppens innspill er i stor grad innarbeidet i handlingsplanen. Tillitsvalgte har vært representert i referansegruppen.

2 Handlingsprogram for utvikling av tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige

Handlingsprogrammet inneholder tiltak innenfor samhandling, videreutvikling av tjenestetilbudet og kvalitet på tjenestene. Videre omhandler handlingsprogrammet områdene forskning, rekruttering og økonomi.

Tiltakene presenteres i hovedsak i den sammenheng de vil ha størst effekt, selv om noen av tiltakene vil ha effekt på flere områder.

2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er ett av Helse Midt-Norges sentrale målområder og gjelder alle fagområdene. Brukermedvirkning på **individnivå** er enkeltindividets medvirkning og medbestemmelse i eget behandlingsopplegg. Brukermedvirkning sikres på dette nivå gjennom Pasientrettighetsloven og Rett til individuell plan. Viktigst er likevel ledelsens og ansattes *holdninger* til reell brukermedvirkning.

Brukermedvirkning på systemnivå skal sikres gjennom at RHF's brukerutvalg og alle HF'enes brukerutvalg har en representant med spesielt fokus på utviklingen innen rusområdet. Videre skal brukerutvalgene eller brukerrepresentanter systematisk medvirke i utforming av tjenestetilbudet gjennom deltakelse i ulike fora, for eksempel arbeidsgrupper, referansegrupper og kvalitetsutvalg.

En viktig faktor i rehabilitering av rusmiddelavhengige er å trekke inn positive krefter fra den enkeltes nettverk. Familie og venners innsats er viktig. Denne bør systemiseres ytterligere gjennom satsing på Pasient- og pårørendeopplæring. Fordi rusbehandlingens mål er at den enkelte skal mestre eget liv uten avhengighet av rusmidler, kan det hevdes at all behandling er pasientopplæring. Derfor bør hovedfokus i satsing på Pasient- og pårørendeopplæring være på pårørendeopplæring.

Tiltak

Brukermedvirkninger skal sikres gjennom ledelsesfokus og holdninger

Alle enheter skal dokumentere system for at alle brukere sikres reell medvirkning på individnivå.

Brukertilfredshetsmålinger skal gjennomføres årlig. Det tas kontakt med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, gjerne koordinert med øvrige helseregioner, slik at det i løpet av 2006 utvikles et eget PasOpp-opplegg for rusbehandling.

Brukerutvalgenes rolle skal styrkes ved at alle foretaks brukerutvalg har en representant med spesielt fokus på utviklingen innen rusområdet .

Rusbehandling Midt-Norge implementerer Helse Midt-Norges Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring, inkludert en Lærings og Mestrings Senter-funksjon i løpet av 2006.

2.2 Samhandling mellom Rusbehandling Midt-Norge og kommuner/øvrige spesialisthelsetjenester

2.2.1 Tiltak for bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Overgangene for pasientene mellom kommunale tjenester før og etter behandling og heldøgns behandling i spesialisthelsetjenesten utgjør en kritisk fase. Det er behov for å gjøre slike overganger bedre tilpasset pasientens behov.

Rusbehandling Midt-Norge HF har tatt initiativ ovenfor Kommunenes Sentralforbund (KS) med målsetting om en rammeavtale for hvordan samhandlingen skal være til beste for pasienten og optimal ressursutnyttelse.

Det er behov for optimalisering av rutiner for henvisning/vurdering, avklare økonomiske forhold for pasienter som er i langtidsbehandling samt komme frem til enighet om hvordan ansvaret skal deles mellom de ulike tjenesteytere. Det er også behov for å knytte fastlegene tettere til dette arbeidet.

Pasientenes tilbakemelding er at de ofte opplever fastlegene usikre ift ”rusfeltet”. Brukerne (pasientene og pårørende) ønsker at fastlegene skal ha de nødvendige kunnskapene og den nødvendige viljen til å være gode hjelpere for pasienter med rusproblematikk. En måte å oppnå dette på er å gjøre kunnskap lettere tilgjengelig. Brukerne foreslår et fast tlf. nr. til Rusbehandling Midt-Norge som leger kan ringe for å få veiledning i forskjellige rusfaglige spørsmål som oppstår i deres praksis.

Det er behov for retningslinjer for samarbeid mellom nivåene for pasienter som er innlagt etter tvangsparagrafene i Lov om sosiale tjenester.

Videreutvikling av samarbeidsprosjekter som for eksempel integreringstiltakene Brygga² og Rehabiliteringshuset³ o.l. er eksempler på overgangstiltak som sikrer pasientene god effekt av behandling/rehabilitering bør gjøres i alle store kommuner.

² Brygga er et integreringsprosjekt som er et samarbeidstiltak mellom Helse Midt-Norge og Trondheim kommune v/Stavne Gård KF. Brygga er et tilbud til personer som etter endt behandling ønsker å etablere seg i en rusfri tilværelse i Trondheim.

³ Rehabiliteringshuset (Rinnleiret) organisert under Innherred Samkommune. Målgruppen er rusavhengige som ønsker å bli rusfrie. Krav om bosted og individuell plan for rehabilitering. Dagtilbud som skal være et alternativ til institusjon.

Tiltak

Forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund (KS) om en rammeavtale. Denne skal danne basis for avtaler med den enkelte kommune.

Modeller for tiltaksutvikling i et samarbeid mellom stat, kommune og frivillig sektor tas inn i forhandlingene.

MNK - RUS har på vegne av rusforetaket ansvar for og særlig fokus på gjensidig kompetanseutvikling og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Uavklarte økonomiske forhold mellom det statlige og kommunale ansvar søkes avklart i forhandlingene med KS.

Det skal arbeides for at rammeavtalen skal gi brukerne økte rettigheter til innholdet i individuell plan (I.P.)

Rutiner for henvisning og vurdering optimaliseres.

Rusbehandling Midt-Norge HF skal utvikle en rutinebeskrivelse for arbeid med tvangssaker.

Koordinering og samhandling rundt pasienten i ansvarsgrupper optimaliseres gjennom individuell plan.

Informasjon/veiledning og samarbeid i forhold til fastlegene styrkes.

Samarbeidsavtaler som er inngått mellom HF og kommunene utvikles til også å omfatte rus/psykiatriproblematikk.

2.2.2 Tiltak for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten.

I Helse Midt-Norges strategiske målsetting skal psykiatri og somatikk knyttes tettere sammen organisatorisk og faglig (jf handlingsprogram for psykisk helsevern 2003). Etter rusreformene er behovet tilsvarende for rus. Det primære målet er å gi pasientene kvalitativt gode og sammenhengende spesialisthelsetjenester. Helseforetakene skal utnytte samhandling mellom fagfelt aktivt i forskning, opplæring og utdanning.

Samhandling innen spesialisthelsetjenesten krever ledelsesmessig forankring, kunnskap og forutsigbarhet.

Målsettingen er at brukere som er henvist til enten rus, psykiatri eller somatikk skal sikres koordinerte tjenester mellom disse områdene ved behov.

Tiltak

Det avholdes faste møter på ledernivå fom 2006, (omtalt som lederforum rus/psykiatri).

Plan for hospitering og gjensidig veiledning utarbeides mellom aktuelle institusjoner og implementeres etter sommeren 2006

Prosedyrer for samhandling etableres i løpet av 2006

Styrke kommunikasjon og samhandling ved å bruke sammenlignbare systemer for utredning og diagnostisering

Styrking av ambulante team i det polikliniske arbeidet ovenfor pasienter med rusavhengighet og alvorlig psykiatrisk sykdom.

Retningslinjer og premisser for bruk av medikamentell behandling i rusinstitusjoner i Midt-Norge avklares

Faglig regionalt nettverk omkring arbeidet med dobbeltdiagnoser opprettes

Kontakten med somatisk helsetjeneste, inkludert råd og veiledning, styrkes for at pasienters eventuelle rusproblemer skal fanges opp, nødvendig tilsyn sikres og tilbud om rusbehandling kunne gis.

Somatisk helsetjeneste sikres plass i rus-psykiatriforum for fagutvikling og informasjonsutveksling.

2.2.3 HF'enes rådgivningsfunksjon overfor kommunene

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 har helseinstitusjoner veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget (MNK - Rus)

MNK - Rus har hovedansvar for forebygging og kompetanseutvikling rettet mot kommunene i regionen. MNK - Rus har i tillegg nasjonalt ansvar for spissområdet: Yngre rusmisbrukere. Dette arbeidet skal planlegges i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet (SHDir), Rusbehandling Midt-Norge, fylkesmenn og fylkene.

Utviklingsarbeidet kan deles inn i:

- Konferanser – ulike former
- Opplæring – ulike metoder
- Handling – ulike prosjekter

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for kompetansesentrene, og sentrenes oppgaver følger av årlige tildelingsbrev fra SHDir. Det er behov for en gjennomgang av senterets organisering og oppgaver med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens sine behov.

I nasjonalbudsjettet for 2006 foreslås det en ytterligere utsettelse av tilknytningsformen for kompetansesentrene. Denne utsettelsen gjør behovet for et tettere samarbeid om oppgaver og organisering med Sosial- og helsedirektoratet enda mer aktuelt.

Tiltak

De ulike tjenesteyteres behov for møteplasser og faglige tema avklares gjennom MNK - RUS sitt nettverk/konferanser og i samhandling med fylkesmennene.

Rusbehandling Midt-Norge HF tillegges ansvar for regelmessige møteplasser for rustiltakene og rusteamene ved de psykiatriske poliklinikkene

Lokale møter for faglig informasjon arrangeres etter behov

Det oppnevnes en arbeidsgruppe for rus-somatikk etter mal fra rus-psykiatrigruppen.

Rusbehandling Midt-Norge sine Web-sider skal utvikles med henblikk på kommunenes informasjonsbehov

Alle HF'ene skal ha kontaktpersoner for rådgivning overfor fastleger og sosialtjeneste

Kommunene oppfordres til å presisere fastlegenes oppgaver slik at rusmiddelavhengiges behov for legedeltakelse i ansvarsgrupper etc dekkes.

MNK - Rus oppsummerer utviklingsarbeid i form av rapporter som er lett tilgjengelige til bruk for all kommuner

Det tas initiativ til et samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet for gjennomgang av kompetansesenterets organisering og oppgaver.

2.2.4 IKT og rus

Rusfeltet er etter rusreformene tillagt mange nye krav mht journal- og arkivsystemer, rapporteringssystemer, styring og kontroll innenfor pasientoppfølging og –dokumentasjon, økonomi og ledelse. Det er nødvendig med en felles plattform og strategi for IKT som gir en optimal utnyttelse av organisasjonens ressurser. Det er viktig for å dokumentere behandling og resultater, samt inneha datagrunnlag for videreutvikling av tjenestene.

Rusinstitusjonene (på landsbasis) bruker et særskilt utviklet datasystem kalt Rus-data. Dette programmet må kunne kommunisere med det pasientadministrative systemet (PAS) i resten av foretaksgruppen.

Tiltak

Det innføres felles elektronisk pasientadministrativt system ved alle institusjonene i Rusbehandling Midt-Norge

Det vurderes om Rusbehandling Midt-Norge og de øvrige helseforetakene skal ha samme journalsystem. Det elektroniske pasientjournalsystemet må kunne kommunisere mellom foretakets institusjoner

Rusbehandling Midt-Norges hjemmeside skal legge særlig vekt på informasjon til pasienter og pårørende

2.3 Videreutvikling av tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige i Midt-Norge

Gjennom arbeidet med Regionalt Rusprogram er det slått fast et stort behov for å øke den totale behandlingsskapasiteten i regionen samt bedre kvaliteten på behandlingstilbudet i egne institusjoner og avtaleinstitusjoner. Innenfor døgnbehandling er det særlig behovet for flere avrusningsplasser og plasser for langtidsbehandling som er påpekt. På kvalitetssiden vektlegges bl.a. behovet for styrking av pasientmedvirkning, tverrfaglig fagsammensetning og god dokumentasjon.

For hvert kjerneområde, enten ansvaret plasseres i psykisk helsevern eller hos rus er et hovedmoment for hva som er riktig satsing graden av spesialisert kompetanse som kreves, og et annet antallet personer som trenger behandlingen.

Er graden av spesialisering høy, og antallet pasienter lite, bør tjenesten kunne sentraliseres til ett (eller noen få) senter. Er graden av spesialisering lav og antallet høyt, bør tjenesten være desentralisert.

I dette kapitlet presenteres vurderinger og forslag til tiltak samlet for alle HF'ene.

2.3.1 Poliklinisk behandling/dagtilbud

Styrking av poliklinisk behandling og tilbudet om akutt avrusning med stabilisering vil kunne føre til at flere får en effektiv behandling på et lavere behandlingsnivå.

I Handlingsprogram psykisk helsevern i Helse Midt-Norge forventes det at ”de offentlige poliklinikkene bør i enda større grad prioriterer pasienter med alvorlige lidelser og sørge for langsiktig oppfølging og støttetilbud for disse, i samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten”. I rusbehandling er det i tillegg et viktig behandlingsprinsipp at det å komme inn tidlig i problemutvikling gir bedre forutsetninger for gode behandlingsresultater – tidlig intervensjon, herunder å fange opp de yngre aldersgruppene.

Det er grunn til å tro at en styrking av den polikliniske kapasiteten vil gi synergieffekter i forhold til behandlingsskapasitetsproblemer i andre deler av rusbehandling både i tverrfaglig spesialisert behandling og i psykisk helsevern. En styrking av poliklinikkene med samtidig kapasitetsøkning i tilbudet av akutt avrusning og stabilisering, vil redusere behovet for innleggelse i heldøgnsinstitusjon ved at flere rusmiddelavhengige kan nyttiggjøre seg et poliklinisk behandlingstilbud.

Hvor stor denne effekten vil være, er vanskelig å kvantifisere. Dette er en viktig premiss for hvorfor Rusbehandling Midt-Norge i stor grad velger å bygge opp kapasitet gjennom tidsbegrensede avtaler med private.

Behandlingsressursene ved rusteamene i Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal, Psykiatrisk Ungdomsteam i St. Olav, poliklinikken ved Lade BehandlingsSenter og Avdeling for rusrelatert psykiatri i Helse Nord-Trøndelag ved sykehusene i Levanger og Namsos, må styrkes. Det bør også vurderes styrking av poliklinikkene ved DPS innenfor St. Olav.

Helse Nordmøre og Romsdal sin poliklinikk i Molde har spesialisthelsetjenesteansvaret for innsatte ved fengselet på Hustad. Kapasiteten i fengselet planlegges utvidet fra 50 til 90 plasser. Mange innsatte har rus- og eller psykiatriproblemer som betjenes av poliklinikken i Molde. En slik utvidelse øker behovet for behandlingsskapasitet.

Inntektssystemet for ruspoliklinikker foreventes endret i løpet av 2008-2009. Med kompetanseoppbygging i Rusbehandling Midt-Norges enheter og bedre beskrivelse av for- og etterarbeid som i gjøres i betydelig grad, anbefales at det etableres ruspoliklinisk tilbud ved alle enheter i foretaket.

Tiltak

Rusteamene/PUT⁴/ARP⁵ styrkes i perioden 2006-2007 med 2-4 årsverk per team for bedre å ivareta tilbudet overfor pasienter med rus/psykiatriproblematikk, herunder ambulering funksjoner, dag-, ettermiddag- og gruppebehandling. Rusteamet i Molde må dessuten vurderes styrket i hht til utvidelse av fengselet på Hustad

Det etableres ruspoliklinikker knyttet til Rusbehandling Midt-Norge HF sine institusjoner fra 2007

2.3.2 Avrusning/utredning

Det er et udekket behov innenfor akutt avrusning og døgnbasert utredning. I dag er situasjonen slik at de fleste innleggelser for avrusning er planlagt god tid i forveien. En del av kapasiteten tilbys pasienter som trenger avrusning raskt, oftest som følge av at andre pasienter ikke møter til avtalt innleggelse. Et godt utbygd tilbud for avrusning er viktig for å få god utnyttelse av behandlingstilbudet. Dette gjelder særlig innenfor døgnbehandling, der behandlingsplasser blir stående ledige som følge av at det er lang ventetid for nødvendig avrusning i forkant av innleggelser/reinnleggelser.

Økningen i antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) øker behovet for avrusningskapasitet tilsvarende.

Behov for akutt behandling vil kunne foreligge dersom en rusmiddelavhengig har behov for hjelp i en presset livssituasjon uten at det foreligger en helsemessig livs- eller helsetruende tilstand (spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 a). Pr i dag er dette en "sovende" paragraf, men brukerne etterspør et slikt akutt tilbud. Dersom rusmiddelmissbrukeren har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for vedkommendes liv eller helse som for eksempel ved intoksikasjon, overdoser eller

⁴ Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)

⁵ Avdeling for Rusrelatert Psykiatri (ARP), Levanger sykehus

delir, vil vedkommende har rett til øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-1. Det er sykehusforetakene som gir øyeblikkelig hjelp også til rusmiddelmissbrukere

Nord-Trøndelag har ingen egne rusinstitusjoner. Rusteamene er slått sammen i en avdeling for rusrelatert psykiatri, ARP. Denne skal evalueres i løpet av høsten 2005. Behovet i Helse Nord-Trøndelag for et øket avrusnings- og utredningstilbud synliggjøres bl.a. ved at mange ruspasienter legges inn på akutt-posten.

Avrusning/utredning og krisehåndtering har i høy grad skjedd i regi av akuttpostene ved sykehusforetakene, og i konkurranse med andre pasientgrupper. Helse Nord-Trøndelag har i lang tid påpekt denne underdekningen, og har derfor utredet og lagt frem forslag om en døgnbasert enhet knyttet til Avdeling for rusrelatert psykiatri. Planen bør tilpasses dagens situasjon og må ses i sammenheng med etablering av dobbeltdiagnosetilbud på DPS-nivå.

Denne enheten er av stor betydning for videreutvikling av tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige i regionen samt gi et langt bedre og lettere tilgang på nødvendig helsehjelp for innbyggerne i Nord-Trøndelag. Den foreslåtte døgnenheten ved Avdeling for rusrelatert psykiatri vil være viktig også for dobbeltdiagnosetilbudet.

Utredningskompetansen styrkes både gjennom helsefaglig rekruttering og resultatene fra Matchingprosjektet (se 2.5 FoU) brukes i all utredning for rusmiddelmissbruk..

Tiltak

Det etableres en ny post i Helse Nord-Trøndelag for avrusning/utredning av pasienter med rusproblematikk og rus/psykiatriproblematikk som er operativ innen sommeren 2007.

Det etableres 10 nye avrusningsplasser i Rusbehandling Midt-Norge slik at økt behov for avrusning for LAR dekkes og at akutt avrusning blir et reelt tilbud i regionen i 2006. Avhengig av evt omlegging av LAR fra 2007 gjøres en ny analyse av avrusningsbehovet i 2. halvår 2006, hvor Helse Nord-Trøndelags kapasitet tas inn i det regionale tilbudet.

Utredningskapasiteten styrkes både ved enhetene innenfor psykiatrien og i Rusbehandling Midt-Norges institusjoner.

2.3.3 Klinikk og døgnbehandling

Behovet for døgnbehandling inntil 6 måneder ivaretas i stor grad innenfor klinikktilbudene ved Vestmo Behandlingssenter og Lade BehandlingsSenter. En del kapasitet kjøpes i andre helseregioner.

Vi ser en betydelig økning i antallet brukere med alvorlig sammensatt problematikk (rusproblemer og psykiske lidelser). Mangel på adekvate døgntilbud til denne brukergruppen fører til at brukere kan bli kasteballer i behandlingssystemet.

DPS-døgntilbud

Innenfor hvert HF bør det finnes desentraliserte tilbud til aktuelle pasienter med dobbeldiagnose –problematikk (DD), i denne sammenheng pasienter som både har en rusdiagnose og en psykiatrisk diagnose. Det anbefales et tett samarbeid mellom rusteam og døgnenhet, gjerne med ordninger der sentrale fagpersoner er tilknyttet begge enheter. Det må sikres adekvate fysiske fasiliteter, bemanning og en balansert vektning av rus/psykiatrikompetanse i behandlingstilbudene. Dimensjonering må gjøres innenfor hvert HF, men for planleggingsformål legges til grunn at det etableres poster med 4-8 plasser innenfor aktuelle DPS'er.

Psykiatriske sykehusavdelinger i hvert HF

Psykiatriske sykehusavdelinger må videreutvikle sitt tjenestetilbud til pasienter med rus/psykiatriproblematikk. Hvert HF skal kunne gi pasienter med DD-problematikk et tilfredstillende tilbud, ved intermediær/langtidsposter.

Akuttavdelingene må videreutvikle sin oppfølging av pasienter med rus/psykiatriproblematikk. Det er etablert prosjekter ved Østmarka omkring bruken av ”motivasjonell intervjuing” av innlagte pasienter med rusproblematikk, som bør implementeres i hele regionen.

St. Olavs Hospital - Etablering av regional DD-post ved Østmarka

Det er enighet mellom alle HFene at en regional rus-/psykiatripost for dobbeltdiagnosepasienter med særskilt utfordrende/krevende problematikk som ikke kan håndteres innenfor HF'enes ordinære tilbud etableres ved St. Olavs Hospital.

Det foreslås derfor etablert en slik regional rus/psykiatripost ved Østmarka (St. Olavs Hospital HF), operativ fra 2007. Det er besluttet å selge Brøset og overføre dette tilbudet til nye bygg ved Østmarka. En slik rus/psykiatripost foreslås samlokalisert/lagt i tilknytning til dette. Et formelt vedtak om etablering av en slik post må gjøres innen våren 2006.

DD-institusjon innenfor Rusbehandling Midt-Norge

Rusbehandling Midt-Norge kjøper DD-plasser utenfor regionen. Dette er svært kostbare plasser. Stadig flere brukere henvises med slike diagnoser. Det er derfor behov for en ny regional rus/psykiatrisinstitusjon innenfor Rusbehandling Midt-Norge med primær målgruppe ungdom/ynge voksne med alvorlig atferdsproblematikk/ personlighetsproblematikk og alvorlige rusproblemer. Institusjonen bør formelt plasseres innenfor nivå 3 (korttidsbehandling 1-6 mnd) og ha fokus på aktiv utredning/behandling institusjonelt i kombinasjon med forpliktende nettverksarbeid i pasientens bostedskommune. Det forutsettes et samarbeid med BUFetat⁶ og BUP-systemet⁷/RBUP⁸.

⁶ Barne-, ungdoms- og familieetaten (BUFetat) er organisert i fem regioner og er et direktorat under Barne- og familiedep. hovedoppgave er å gi brukerne hjelp og støtte uansett hvor de bor i Norge. Målet er et åpnere barnevern.

⁷ Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

⁸ Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri (RBUP)

Tiltak:

Innenfor hvert HF skal minst en av døgnenhetene i DPS i løpet av 2006 utvikle en egen post til å gi et tilbud til aktuelle pasienter med DD-problematikk. Dimensjonering må gjøres innenfor hvert HF, men det tilrådes etablert poster med 4-8 plasser innenfor aktuelle DPS'er.

Psykiatriske sykehusavdelinger videreutvikler sitt tjenestetilbud til pasienter med rus/psykiatriproblematikk. Hvert HF skal kunne gi pasienter med DD-problematikk et tilfredsstillende tilbud, ved intermediær/langtidsposter.

Det foreslås etablert en ny regional rus/psykiatripost ved Østmarka (St. Olavs Hospital HF), for de pasientene med tyngst problematikk, operativ fra 2007.

Det foreslås etablert en ny regional rusinstitusjon innenfor Rusbehandling Midt-Norge med primær målgruppe ungdom/ynge voksne med alvorlige rusproblemer og alvorlig atferdsproblematikk/personlighetsproblematikk, operativ fra sommeren 2007.

2.3.4 Langtidsbehandling (over 6 mnd)

Analyser viser et behov for ca 65 nye behandlingsplasser innenfor langtidsbehandling. Det må enten bygges opp tiltak i nye bygninger eller nytte eksisterende bygg, eller inngås avtale med private institusjoner, primært med institusjoner som pr dato er tiltak innenfor tverrfaglig spesialisert behandling, sekundært gjennom samarbeid om kvalitetsheving av andre behandlings/omsorgstiltak. Det er for tidlig å vurdere hvordan effekten av bedre polikliniske tjenester evt i kombinasjon med korttidsbehandling vil slå ut i forhold til etterspørselen etter langtidsbehandling. Det antas likevel at behovet for slike plasser vil være langt høyere enn dagens tilbud i overskuelig fremtid.

I dag kjøpes en stor del av behandlingsskapiteten hos offentlige og private tilbydere utenfor regionen. Rusbehandling Midt-Norge har i dag i underkant av 85 plasser for langtidsbehandling (herav 8 plasser for gravide/småbarnsforeldre). Resten av kapasiteten kjøpes som gjestepasientplasser i offentlige og private institusjoner i de andre helseregionene.

Tiltak:

Rusbehandling Midt-Norge fortsetter praksis med kjøp av plasser utover driftsavtalene, både av hensyn til kapasitet, mangfold og økonomi. Effekten av etablering av ny post i Nord-Trøndelag og økt poliklinisk innsats vurderes fortløpende. Andelen plasser i driftsavtaler og innenfor "spot"-kjøp tilpasses økningen i egne plasser.

Nidarosklinikken videreutvikles kompetansemessig for å bedre tilbudet til voksne tunge rusmiddelavhengige med psykiske lidelser.

2.3.5 Behandlingstilbudet til barn og unge

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig (Rundskriv I-1/93, §6.3. og §6.2.2.3.).

I samarbeid med det statlige barnevernet er det behov for å avklare juridiske problemstillinger vedrørende innleggelse i spesialisthelsetjenesten etter lov om barneverntjenesten.

Utvikling av behandlingstilbudet til barn og unge må koordineres bedre. Å styrke og formalisere samarbeidet mellom Rusbehandling Midt-Norge, barne- og ungdomspsykiatri /rusteam/psykiatriskeUngdsomsteam og det statlige barnevernet er viktig.

Det er behov for et samarbeidsforum mellom Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri (R-BUP), Barne, ungdom og familietaten (BUF-etat), barne/voksenpsykiatrien, samt Rusbehandling Midt-Norge. Målsettingen er å sikre bedre samordning mellom tjenestene, gjennom fire årlige møter. Forumet evalueres etter to år og koordineres i den første perioden av BUP i Nord-Trøndelag.

BUP-poliklinikker/klinikker må regionalt i løpet av 2006 etablere en felles forståelse om sitt ansvar i behandlingsarbeidet for ungdom med rus/psykiatriproblematikk. Dette innebærer bl.a. akutt/ambulant oppfølging ved intox/suicidforsøk hos ungdom, god identifikasjon av rusproblemer i relasjon til psykiske problemer/atferdsproblemer, og adekvat oppfølging/behandling av pasient og familie/nettverk, samt gi et tilbud til barn med foreldre som har rus/psykiatriproblematikk.

Utvikling av tjenestetilbudet må skje i samarbeid med andre aktører som pediatrien, Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri, Barne-, ungdoms- og familietaten, voksenpsykiatrien og Rusbehandling Midt-Norge.

Tiltak

Det etableres et samarbeidsforum mellom Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri, Barne, ungdom og familietaten, barne/voksenpsykiatrien, samt Rusbehandling Midt-Norge

Tjenestetilbudet ved BUP-poliklinikker/klinikker utvikles i samarbeid med andre aktører som pediatrien, Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri, Barne-, ungdoms- og familietaten, voksenpsykiatrien og Rusbehandling Midt-Norge.

Prosedyre for oppfølging av barn og unge som innlegges ved intox, utviklet i Nord-Trøndelag, gjøres gjeldende for alle HF.

2.3.6 Tvang etter Lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2a

Det er i perioder kapasitetsproblemer vedrørende tvangsplasser. En eventuell utvidelse av øremerkede plasser for tvang må vurderes sees i sammenheng med økning i det øvrige behandlingstilbudet. Alderssammensetningen tilsier at det er mange unge i denne gruppen.

Tiltak

Utvikling av flere behandlingsplasser etter tvangsparagrafene i Lov om sosiale tjenester ses i sammenheng med ny regional rusinstitusjon i Rusbehandling Midt-Norge for ungdom/ynge voksne (jf pkt 2.3.3)

2.3.7 LAR-tilbudet i region Midt-Norge

Senter for legemiddelassistert rehabilitering i Midt-Norge (LAR-Midt) er Rusbehandling Midt-Norges enhet for dette tilbudet i regionen. Det har vært stor oppmerksomhet knyttet til LAR siden tilbudet ble landsdekkende i 1999. Det nasjonale retningslinjene ble de første årene justert flere ganger, og det har de siste årene vært bebudet nye endringer. Som grunnlag for dette ble det gjennomført en omfattende evaluering i 2004. Fra denne evalueringen framkommer bl.a om tilbudet i Midt-Norge:

- Regionen Midt-Norge/Nord-Norge (M/N) har bedre resultater med hensyn til både rusfrihet og rehabilitering enn de øvrige regionene. Resultatene i Oslo er, målt på denne måten, de dårligste.
- Det konstateres ulik virkemiddelbruk, hvor for eksempel M/N ligger på et gjennomsnittlig høyt doseringsnivå og har stor/aktiv innsats på rehabiliteringssiden.
- Ulik inklusjons- og eksklusjonspraksis, for eksempel ekskluderes ca. 15% av LAR-pasientene i M/N (per år siste 3 år), mens tilsvarende tall for Oslo er ca. 5%.
- Ventetidene fra innsøking til inntak/oppstart i LAR er svært forskjellige og varierer fra 0-24 måneder. (Pr oktober 05 er ventetiden i Midt-Norge 5,5 måneder)
- Det ser ut til at M/N har det tetteste kontrollregimet, knyttet til gjennomgående grundige analyser ved spesiallaboratorium, og systematisk avviksoppfølging i forhold til brukere.
- Intervjuede brukere i M/N uttrykker tilfredshet med hvordan ansvarsgruppen fungerer.

Da innsøkingen til LAR var omtrent fem ganger større en forventet, oppsto raskt problemer med ventelister. Nasjonalt er det valgt ulike strategier. LAR-Midt la større vekt enn andre på utvikling av en modell med aktiv rehabilitering. Siden opprettelsen av Rusbehandling Midt-Norge HF har man særlig prioritert ventetidsreduksjon.

Ut fra evalueringene kom Sosial- og helsedirektoratet i mai 2005 med nye anbefalinger for LAR som behandles av departementet i forslag til statsbudsjettet. SHDir foreslo at inntakskriteriene for LAR oppheves samt krav til samordnet rehabiliteringsplan, og at innsøking harmoniseres på linje med annen rusbehandling. I tillegg presiseres at utskrivning kun skal kunne skje på medisinske kriterier. Rusbehandling Midt-Norge har uttrykt stor grad av skepsis overfor dette, da grunnlaget for dagens metodevalg med dokumentert gode resultater, kan svekkes radikalt. I forslaget til statsbudsjett for 2006 synes HOD å ha tatt hensyn til deler av denne og tilsvarende kritikk. Her foreslås bl.a.:

Sosial- og helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer for LAR og for annen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. De faglige retningslinjene vil særlig inkludere samordning mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

Departementet vil arbeide ut fra at det skal fastsettes en egen forskrift. Denne vil kunne gi løsninger på ovennevnte problemstillinger, så langt disse ikke fanges opp av de faglige retningslinjer.

Det tas sikte på at faglige retningslinjer og forskrift kan erstatte gjeldende rundskriv fra 1. januar 2007.

Rusbehandling Midt-Norge vil arbeide aktivt for at de nye retningslinjene skal ha stor vekt på rehabiliteringsaspektet. Dette er helt i tråd med anbefalingene fra brukerutvalget. Reduksjonen i ventetider siden etableringen av Rusbehandling Midt-Norge er betydelig. (Fra over 3 år til nå 5,5 måneder. Økningen i innsøking til LAR er betydelig, og ytterligere styrking av bemanningen på LAR vil være nødvendig for å holde ventetider på et akseptabelt nivå. Målsettingen for 2006 er 250 pasienter i aktiv rehabilitering (fra 198 pr okt 05).

Gjennomsnittsalderen er synkende. Konsekvensen av det er at pasientene har mindre behandlingserfaring fra medikamentfrie tilbud. Dette indikerer behov for flere plasser i institusjon for LAR-pasienter.

Tiltak

Det arbeides med videreutvikling av kapasitet, kvalitet og samhandling.

Det opprettholdes en aktiv dialog med sentrale myndigheter om utformingen av det fremtidige tilbudet, med fortsatt stor vekt på rehabiliteringsperspektivet

2.4 Kvalitet

Rusreformen er også en stor kvalitetsreform. Fagfeltet skal finne sin plass innenfor helsevesenets lover og myndighetskrav, samt utvikle gode tilbud for å møte befolkningens og kommunenes behov.

Kommunen skal være ”grunnmuren” i tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige, mens spesialisthelsetjenesten skal gi tverrfaglig rusbehandling når det er behov for det. For at den enkelte pasient skal lykkes i en behandlingsprosess, er det en kritisk avhengighet mellom at både de kommunale og statlige tilbudene er tilrettelagt best mulig og fungerer i et godt samspill. Dette fordrer god samhandling mellom kommune og helseforetak på overordnet plan, samt at de pasienter som har behov for og ønsker individuell plan, får dette realisert i praksis på en tilfredstillende måte.

2.4.1. Kvalitetsforbedring som følge av rusreformen

Rusrelaterte problemer er sammensatte og omhandler både sosiale, psykologiske og medisinske aspekter. I tillegg er det også juridiske problemstillinger bl.a. knyttet til strafferettslige forhold ved bruk av illegale rusmidler.

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. (Helsedepartementet 2004, s. 4)

Det er særlig behov for å styrke den helsefaglige kompetansen. Det er også viktig å sikre en forsvarlig bemanning, samt et systematisk opplegg for kompetanseutvikling. Kravet er til enhver tid å kunne gi forsvarlige tjenester. Som ledd i arbeidet med kvalitet og internkontroll, er det krav om at helseinstitusjoner skal ha kvalitetstutvalg.

Henvvisning til rusbehandling skiller seg fra annen behandling innenfor spesialisthelsetjenesten ved at også sosialtjenesten har rett til å henvise. For øvrig gjelder samme bestemmelser for henvvisning og vurdering. Innenfor helse Midt-Norge er det utpekt 17 enheter med vurderingskompetanse; 15 enheter innenfor DPS-strukturen og to enheter innenfor Rusforetaket. Rusrelaterte problemer fordrer vanligvis behandling med en helhetlig tilnærming. Å skape gode individuelle målsettinger for tilbudet ut fra den enkeltes ønsker og behov er avgjørende. Helselovgivningen har bestemmelser om at det rundt hver pasients behandlingstilbud er knyttet et koordineringsansvar, behandlingsansvar, informasjonsansvar og journalansvar. Det er viktig å klargjøre hvordan dette ansvaret kan og bør organiseres innenfor ulike deler av russektoren.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 pålegger alle helseinstitusjoner å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Det vektlegges at journal både bør inneholde opplysninger om foreløpig diagnose og diagnose som grunnlag for behandling som gis. Rusbehandling har tidligere i liten grad hatt tradisjon for å stille diagnoser ut fra helsevesenets standarder.

Det er verdt å merke seg at Spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 knytter pasientenes rettigheter når de er i behandling til Sosialtjenestelovens § 7-11. Et hovedprinsipp er at pasientene selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens ansvar for driften, herunder ansvaret for trygghet og trivsel. I forskriften utdypes innholdet i dette nærmere

Når det gjelder nasjonale kvalitetsindikatorer har ikke Sosial- og helsedirektoratet vedtatt slike for rusområdet, men forslag til indikatorer foreligger.

Tiltak

Tverrfaglighet og bemanning

Alle enheter og underliggende avdelinger skal etablere tilbud om tverrfaglige tjenester bestående av sosialfaglig personell (sosionomer, med mer), sykepleiere, psykologer og leger/psykiatere. Det lages en rekrutteringsplan for 2006-2007.

Det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsvurdering i 2006 for å sikre faglig forsvarlig bemanning

Kvalitetsutvalg og internkontroll

I tillegg til kvalitetsutvalg ved alle enheter, opprettes et kvalitetsutvalg på HF-nivå operativt fra 2006.

EQS implementeres innen utgangen av 2005

Individuell plan

Alle som ønsker/har behov for individuell plan skal få det. Dette måles fra 2006.

Rusforetakets enheter skal delta i utprøving av elektronisk individuell plan i 2006.

Henvisning/vurdering

Alle henvisninger og viderehenvisninger vurderes i tverrfaglige team.

Ventelistedata

Ventelistedata skal fra 2006 rapporteres til Norsk pasientregister (NPR)

Behandlingstilbudene

Pasientene skal møtes med omsorg og respekt. Alle institusjoner skal ha tydeliggjort organiseringen av behandleransvaret rundt hver pasient. Interne regler skal være i samsvar med sosialtjenestelovens forskrift kap 5.

Tiltak (forts.)

Journalssystemene skal være forsvarlige og bruken av ICD-10 innføres på systematisk basis i 2006. Det skal utvikles prosedyrer for forsvarlig utskrivning, særlig ved regelbrudd.

Epikrisekravet 80% innen 7 dager skal imøtekommes.

Kvalitetsindikatorer

Videreutvikle indikatorer til ”gjennomgående styringssystem”

2.4.2 Dokumentasjon av god praksis (metodevalg)

I Helse Midt-Norges kvalitetsstrategi (2004) heter det om valg av metode:

Valg av metode skal være kunnskapsbasert, fortrinnsvis vitenskaplig basert kunnskap. Det er de enkelte HF som står ansvarlig for til enhver tid å gjøre valg av metoder i egen enhet. Før det gjøres valg skal metoder skal HF eksponere metoden for alle tre kvalitetsperspektivene. Det innebærer at faglig kvalitet, den pasientopplevde kvalitet og ledelseskvaliteter skal inkluderes i vurderingen av både effekt og ulike sider av gjennomføring. (s. 17)

Begrepet ”dokumentasjon” vil henseile på en rekke ulike kilder.

Standardisering/faglig autonomi: Alle tiltak bør kunne angi hvilke metodevalg som danner utgangspunkt deres forståelse av ”god praksis”, og det må være en sammenheng mellom faglig plattform, metoder og personalets kompetanse. Dette bør gjøres på måter som sikrer gode standardiserte prosesser, men som også gir rom god faglig autonomi og best mulig individuell faglig utøvelse.

Informasjonsmateriell: Foruten god intern dokumentasjon, er det viktig at pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og offentligheten for øvrig har tilgang på et godt og oppdatert informasjonsmateriell på ulike nivå

Mer utdypende faglige retningslinjer: Mange land har lagt stor vekt på utviklingen av ”best practice” dokumenter. I Norge ser vi også en økende tendens til at myndighetene ønsker utvikling av nasjonale faglige retningslinjer – jf Sosial- og helsedirektoratets nasjonale kvalitetsstrategi.

Resultatmålinger/pålitelig statistikk: Å sikre god offentlig rapportering, samt gode og tilgjengelige årsmeldinger vurderes som viktig for å sikre tilgjengelige data om målgrupper, henvisning, behandling, frafall, utviklingstrekk og ulike resultater.

Metodeutvikling/utviklingsarbeid: Etter rusreformen har det blitt økt fokus på betydningen av løpende metodeutviklingsarbeid/utviklingsarbeid i samspill med eksterne miljøer.

Etterundersøkelser/forskning: Forskning og utvikling med utgangspunkt i vitenskapelige metoder må stå som et sentralt satsingsområde innenfor rusfeltet.

Tiltak

Alle enheter skal innen første halvår 2006 ha gjennomgått egen virksomhetsbeskrivelse etter nærmere gitte faglige premisser.

Virksomhetsbeskrivelsene skal gjøres tilgjengelig som informasjonsmateriell til brukere, helse- og sosialtjenestene i kommunene og vurderingsinstansene.

2.5 Forskning og Utvikling (FoU)

Rusfeltet har tradisjonelt ikke hatt en sterk forskningshistorie. Det har vært drevet en god del utviklingsarbeid basert på forskjellige studier. Feltet er fragmentert. Kompetansemessig er man bredt sammensatt, med leger, psykologer sosionomer, sykepleiere og miljøarbeidere. Dette setter store krav til spennvidden i arbeidet til de forskjellige forskningsmiljøer.

For å møte dette har Helse Midt-Norge RHF gitt adm dir i Rusbehandling Midt-Norge et koordinerende ansvar for forskning på rus og rusrelaterte emner i regionen.

Rusbehandling Midt-Norge HF's forskningsprofil er å drive forsknings- og utviklingsarbeide som en integrert del av hverdagen for å løfte kvalitet, og for øvrig i tråd med Helse Midt-Norges regionale strategiplan for Forskning og Utvikling.

Sett på bakgrunn samfunnsutviklingen med tidligere debutalder for alkohol, endring i drikkemønster for jenter og gutter er tiltak for tidlig intervensjon viktig å utvikle. BUP NT har et godt utgangspunkt til å bli ledende på dette område, både på grunn av de faglige ressurser som er til rådighet internt i foretaket samt et godt tverrfaglig og tverrvitenskapelig nettverk fylkeskommunalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. De spesielt gode samarbeidsrelasjoner til NTNU/Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag og til Folkehelsenettverket i fylket understrekes.

Det er etablert et eget rus-psykiatrimøteforum som har som formål å være en møte og koordineringsarena for:

- Kompetanseutvikling innenfor rus-psykiatri for å møte felles faglige utfordringer
- Økt interesse for fagfeltet ved å bidra til aktive og oppdaterte fagmiljø
- Arena som bringer ulike fagmiljø sammen, for bedre å forstå og utvikle faglig forsvarlig utredning, diagnostikk og behandling
- Lettere for relevante forskningsmiljø innen rus-psykiatri å få oversikt over hverandre

Forumet består av representanter for alle HF'ene, og ledes på rundgang i 2 års bolker. Rusbehandling Midt-Norge leder arbeidet de første to årene.

Omfanget av forskning på rus er økende, og det er behov for bedre koordinering av forskning, søknader om midler, publisering- og evaluering av resultater

Kvalitative og kvantitative studier av effekter av de behandlingstiltak som gis må være av de forsknings- og utviklingsoppgavene som må prioriteres høyt. Evalueringsstudiene må tilfredsstillende vitenskapelige krav.

Bedre matching (samsvar mellom pasientenes behov og behandlingstilbud) vil kunne gi betydelig bedre effekt av behandlingen. Det er et særlig ansvar for det regionale helseforetaket å legge forholdene godt til rette for utvikling av forskning og Utvikling (FoU) innen rusfeltet, i tråd med at rus og psykiatri vil bli sentrale satsningsområder i fremtiden

Tiltak

Rus-psykiatriforum videreutvikles til å bli foretakene i Helse Midt-Norges arena for informasjonsutveksling av rusrelatert forskning og utvikling

Alle HF oppnevner sin representant i programgruppen i Rus-psykiatriforum

Det opprettes en FoU koordinator forankret i Rusbehandling Midt-Norge HF (gjerne i samarbeid med et eller flere av de andre HF'ene)

Forskning og utvikling må prioriteres i tråd med føringene fra Helse Midt-Norge – herunder kravet om at 1,5 % av brutto budsjett går til dette området.

2.6 Rekruttering og kompetanseoppbygging

En av rusreformens intensjoner er å tilby bedre tverrfaglig diagnostikk, utredning og behandling. Enhetene som ble overtatt fra Fylkeskommunene har overvekt av sosialfaglig kompetanse. Rekruttering av helsefaglig kompetanse, samt etter- og videreutdanning er derfor nødvendig for å oppnå intensjonen om bedre tverrfaglighet.

Å rekruttere psykologer og leger til arbeid med rusrelatert problematikk er fortsatt en vanskelig oppgave i regionen. Dette gjelder både til rusteamene v/DPS'ene, rusinstitusjonene og andre spesialisthelsetjenester på området.

Rekruttering handler ikke bare om lønns- og arbeidsvilkår, men også om faglig utvikling og opplevelsen av å ha et faglig nettverk som bidrar til kompetanseheving.

Ved å skape et bedre nettverk for de sentrale fagfolkene på feltet, vil dette kunne bedre rekrutteringen og styrke fagutviklingen på området.

Det eksisterer per i dag to formaliserte samhandlingsarenaer:

1. To årlige møter for vurderingsinstansene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
2. To årlige møter for "rus/psykiatriforum" primært knyttet til FoU-arbeid.

I tillegg har fagsjefene innenfor Rusbehandling Midt-Norge (6 enheter) egne møter 3-4 ganger hvert år.

Tiltak

Det etableres et behandlerforum for psykologer og leger innenfor rus/psykiatri-feltet.

Det planlegges/gjennomføres et kompetansehevingsprogram i 2006 for ansatte innenfor psykiatri, rus og somatikk.

Det etableres nettverksgruppe for behandlere i regionen som arbeider med rus/psykiatriproblematikk, operativt fra 2006. Rusbehandling Midt-Norge foreslås som ansvarlig for etablering/koordinering i startfasen.

Rekrutteringen av leger/psykologer som arbeider med rus/psykiatriproblematikk styrkes gjennom et eget rekrutteringsprogram. Ansvarlig lederforum rus/psykiatri.

Tiltak (forts.)

Rus/psykiatrifeltet sikres tilstrekkelig antall lege- og psykologspesialister og spesialister fra andre fagfelt. Ansvarlig lederforum rus/psykiatri.

Rus/psykiatriforum som ble etablert høsten 2004 videreutvikles og styrkes, herunder styrke FoU-arbeidet. Ansvarlig aktuelle FoU-utvalg.

Det etableres hospiteringsordninger mellom rus og psykiatrienheter og internt i psykiatri- og rusenheter.

2.7 Økonomi

I bestillerdokumentet fra eier understrekes det at økningen innenfor rus og psykiatri skal være større enn økningen innenfor somatikk. Denne handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som i sum vil oppfylle RHF'ets sørge for ansvar.

De tiltakene som er mer av organisatorisk art, eller som er estimert til å ha beskjedne kostnader, forutsettes implementert innenfor ordinær drift. De andre tiltakene er synliggjort i tabell, og har en total ramme på 129 MNOK. Målsettingen med kostnadsestimatene er å gi en oversikt over samlede kostnader, samt indikere en mulig implementeringsrekkefølge.

I beregningene er fokus rettet inn mot innhold uten etablering nybygg, og forutsettes etablert innenfor eksisterende bygningsmasse.

Innbyrdes sammenhenger mellom de skisserte tiltak vanskeliggjør estimering av kostnader over tid. Rusbehandling Midt-Norge tar gjerne ansvar for å analysere innbyrdes effekter utover i planperioden.

Målsettingen med handlingsplanen er at hvert enkelt HF skal ha et koordinert grunnlag for prioriteringer av sin økning innen for rus-psykiatri. Tiltakene forutsettes finansiert innenfor det respektive HF sine rammer.

Mesteparten av finansieringen av rusbehandling er rammefinansiert. Det forventes en omlegging av finansieringssystemet mer mot innsatsstyrt finansiering. I psykisk helsevern finansieres noe rusbehandling gjennom uttelling i refusjonssystemet. For å gi et godt tilbud til pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk, må det være en forståelse for at oppfølgingsmodellen overfor denne pasientgruppen kan gå utover inntjeningen, ved at hver behandler vil følge opp færre pasienter og på måter som ikke gir full uttelling i refusjonssystemet.

Det bør arbeides for en tilpasning av refusjonssystemet slik at det bedre enn i dag stimulerer til oppfølging av denne gruppa. I tillegg må teamene ha tilfredstillende materielle betingelser for å gi god ambulant oppfølging (tele, transport, IT, etc).

Nr	Tiltak	Ansvarlig	Kostnadsestimat for tiltaket oppstartsår					Time plan
			2006	2007	2008	2009	2010	
1	Pasienttilfredshetsmålinger - Styrking brukermedvirkning	Alle	0,5					2006/10
2	Lærings og Mestrings Senter-funksjon	RMN	1,0					2006/10
3	Integreringstiltak	RMN	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2006/10
4	Styrking Rusteam/PUT/ARP (2-4 årsverk pr team)	Sykehus HF	4,0	4,0	4,0			2006/08
5	Poliklinikketablering ved RMNs enheter	RMN			3,0			2008
6	10 nye avrusningsplasser	RMN	4,5	4,5				2006/07
7	Ny post Helse Nord-Trøndelag for avrusning/utredning/krise	HNT	5,0	10,0				2006/07
8	DPS døgntilbud i alle sykehus HF (poster med 4-8 plasser)	Sykehus HF	14,0	14,0				2006/07
9	DD-tilbud i psykiatriske avdelinger	Sykehus HF		1,0	1,0			2007/08
10	Regional rus/psykiatripost ved St. Olavs H, Østmarka	St.Olavs	2,0	14,0				2006/07
11	Regional rus/psykiatripost for ungdom/ynge voksne i Rusbehandling Midt-Norge	RMN	2,0	17,0				2006/07
12	Videreutvikling Nidarosklinikken	RMN	2,0					2006
13	Utvidelse med 65 døgnplasser langtidsbehandling	RMN		17,0				2007
14	FoU koordinator	RMN +	0,5					2006
15	Kompetansehevingprogram	Alle	1,0					2006/10
16	Rekrutteringsprogram leger/psykologer	RMN	0,5					2006/10
	SUM årlig kostnad (MNOK)		37,5	82,0	8,5	0,5	0,5	

1. Brukermedvirkning:

Gjennomføre brukerundersøkelse

2. Lærings og Mestrings Senter-funksjon:

Etableres i regi av Rusbehandling Midt-Norge

3. Integreringstiltak

Etablering av 1 integreringstiltak hvert år i perioden 2006-2010 i samarbeid med utvalgte kommuner. Vår andel av hvert tiltak er kostnadsberegnet til 0,5 MNOK.

4. Styrking Rusteam/PUT/ARP (2-4 årsverk pr team)

Kostnadsberegnet ut i fra 0,5 MNOK per årsverk og i gjennomsnitt 4 årsverk per team.

5. Poliklinikketablering ved RMNs enheter:

Kostnader anslått til 1 MNOK per poliklinikk. Etableres ved 3 enheter.

6. 10 nye avrusningsplasser:

Kostnader estimert på bakgrunn av erfaringstall. 5 plasser etableres i 2006 og 5 i 2007. Sees i sammenheng med utvikling LAR og etablering av post i Nord-Trøndelag.

7. Ny post Helse Nord-Trøndelag for avrusning/utredning/krise:

Har sammenheng med DD-tilbud i psykiatriske avdelinger. Estimert på bakgrunn av en enhetspris per plass på kr 3.400,- og etablering av 12 plasser. Kostnadsestimatet tar ikke høyde for evt. bygningsmessige konsekvenser. Enhetspris tilsvarer kostnad per langtidsliggedøgn som fastsatt i forslag til nytt finansieringssystem for HMN (O-sak 68-05 i RHF styremøte).

8. DPS døgntilbud (poster med 4-8 plasser)

Estimat beregnet ut fra 4 poster med gjennomsnittlig 6 plasser.

9. DD-tilbud i psykiatriske avdelinger:

Tiltaket innebærer en videreutvikling gjennom styrking av spesialistkompetansen.

10. Regional rus/psykiatripost ved St. Olavs H, Østmarka:

Estimat regnet ut i fra 6-8 plasser og en høyere bemanning enn i ordinære DD tiltak.

11. Regional rus/psykiatripost for ungdom/ynge voksne i Rusbehandling Midt-Norge:

Kostnader 2006 er anslåtte etableringskostnader som vil påløpe før oppstart av tilbudet. Løpende driftskostnader i 2007 er beregnet ut i fra erfaringstall og 18 plasser.

12. Videreutvikling Nidarosklinikken:

Kostnader i forbindelse med styrking fagpersonell.

13. Utvidelse med 65 døgnplasser langtidsbehandling:

Kostnaden er beregnet med utgangspunkt i en estimert døgnpris på kr 2.200,-. Utvidelse av kapasiteten i langtidsbehandling reduserer behovet for kjøp av spotplasser. I Rusbehandling Midt-Norge sitt budsjett for 2006 legges det opp til at 38 MNOK, hvorav 35 MNOK gjelder kjøp av langtidsbehandling, må settes av for å dekke behovet. Vi forventer en økning i prisene på spotplasser utover ordinær prisstigning på bakgrunn av stor etterspørsel etter plasser og økt fokus på kvalitet i behandlingen.

14. Koordinator

Lagt til grunn 1 stilling.

15. Kompetansehevingsprogram:

Anslått en kostnad på 0,5MNOK i tillegg kommer arbeidstidskostnader.

3 Referanser

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer

SINTEF-rapporten

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Program for helseøkonomi i Bergen (HEB) – Rapport nr 2/2004

Rapport fra Arbeidsgruppe I, ”Samhandling mellom Rusbehandling Midt-Norge og kommune/øvrige spesialisthelsetjenester”

Rapport fra Arbeidsgruppe II, ”Videreutvikling av Rusbehandling Midt-Norges tjenestetilbud”

Rapport fra Arbeidsgruppe III, ”Kvalitet, dokumentasjon og pasienttilfredshet”

Rapport frå Prosjektgruppe for utredning av rus-psykiatritilbudet

Helsedepartementets strateginotat for bedre rusbehandling

Referansegruppen

Brukerutvalg

Hørings svar