

Godkjent referat fra møte i RHF-nettverk rus

Tid/sted: **11.10.2010, Gardermoen, kl. 10.30-17.00**
 Tilstede: Frode Bie, Anne Aasen, Kristine Enger, Aina Olsen, Terje Haaland, Grete Furu, Gabrielle Welle-Strand og Reidar Hole.
 Forfall: Christian Sohlberg, og en representant fra Helse Vest

Rune Tore Strøm, overlege v/senter for rus- og avhengighetsbehandling, Oslo
 Universitetssykehus, deltok på sak 16/10 om rusakutt (kl. 15.00-16.30)

Sak	Tema
12-10	<p>Innledning</p> <p>A) Innkalling/sakslista: godkjent med aktuelle saker til eventuelt.</p> <p>B) Referatet er tidligere godkjent. To saker ble drøftet til oppfølging:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeidet med kvalitetsindikatorer på rusfeltet – jf avholdt møte i Helsedirektoratet 14.09. Kristine Enger innledet om at arbeidet er utsatt i påvente av nytt overordnet rammeverk. Ulike aspekter ble drøftet. <i>Konklusjon:</i> Referat/presentasjoner fra møte i HD oversendes nettverket som grunnlag for å vurdere om saken skal drøftes videre i senere møte. - Rokkansenterets rapport om tvang er overlevert til Helsedirektoratet for ikke lenge siden. Hovedfunnene, jf aktuelle punkter under, ble drøftet vil danne grunnlag for oppfølging. <ul style="list-style-type: none"> o Bruken av bestemmelsene øker, men det brukes fremdeles lite tvang i forhold til den potensielle målgruppen. Funnene viser store distriktsvariasjoner, hvor blant annet kunnskapen og holdningene til hver enkelt sosialarbeider, kan avgjøre hvem som blir innlagt på tvang. o De tvangsinnlagte har hovedsakelig et narkotikarelatert misbruk. Gjennomsnittsalderen for dem som tvangsinnlegges etter § 6-2 er på 29 år, mens den er 28 år på § 6-2a. o Rettsutviklingen preges av at kvinner i større grad enn menn blir tvangsinnlagt etter sosialtjenestelovens § 6-2. I 2008 var kvinneandelen på landsbasis 51,5 %. Dette er påfallende da langt flere kvinner enn menn er i målgruppen for loven o Dobbeldiagnosepasientene preger også tvangsstatistikken i økende grad, og at det er store utfordringer med å finne egnete behandlingsinstitusjoner med integrert rus- og psykiatri tilbud. o Evalueringen viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak. Vi mener dette også har sammenheng med lang ventetid på frivillige institusjonsplasser, og et mangelfullt utbygd akutttilbud i store deler av landet. Vi finner at midlertidige vedtak har sterk sammenheng med mangelfull klientmedvirkning i tiden forut for innleggelsen, noe som skaper krenkende innleggelsessituasjoner for klientene med hyppig tilstedeværelse av politi, og problemer med å etablere gode helhetlige pasientforløp. Det er problematisk at lovens hovedregel praktiseres som et unntak. Enten må regelverket endres, eller så må tiltak settes i verk for å sikre at lovens intensjon følges av fagfeltet. o Tilretteleggingen av tvangstilbudet i de ulike regionene er administrert og organisert forskjellig. De regionale helseforetakene trekker frem at innholdet i tvangsplasseringene må forbedres. En entydig oppfatning i spesialisthelsetjenesten er at det foreligger betydelige svakheter ved tilbudet til dobbeldiagnosepasientene, og at samarbeidet mellom rus og psykiatri ikke er godt nok utviklet i noen av regionene. o Evalueringen har videre funnet at det eksisterer svært ulike praksiser og tolkninger når det gjelder § 6-3. Den avtalte tvangen (§ 6-3) bør sikres en sterkere relativ posisjon enn den har i dag, slik at § 6-3 blir hovedregelen av tvangsbestemmelsen i tråd med lovgivers intensjoner. o Noen institusjoner har egne avdelinger kun for tvangsinnlagte, mens andre har avdelinger hvor de tvangsinnlagte integreres med de frivillig innlagte. Sikkerhets- og kontrolltiltakene varierer tilsvarende. Et funn er at de mer lukkede tvangsregimene skaper dårligere forutsetninger for alliansebygging, øker risikoen for rømminger, og tilbyr mindre aktiviteter og behandling enn de mer åpne tvangsregimene. Et hovedfunn er at måten tvangsinnleggelsen gjennomføres på og hvordan klientene blir behandlet i de ulike delene av tvangsprosessen, har stor betydning for opplevelsen og resultatene av tvang. o Det er et stort problem med dagens ordning at de tvangsinnlagte i så liten grad tilbys et strukturert ettervernstilbud. Strukturert ettervern bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og bruk individuell plan gir gode resultater.

	<p>C) Orienteringsrunde</p> <p><u>HD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avklaring om ny rusmedisinsk spesialitet ligger i HOD med håp om beslutning om ikke alt for lenge. - Nasjonal retningslinje om LAR-gravide er nå sendt på høring. - Nasjonal retningslinje om RoP-pasienter sendes snart på høring. - Arbeid med revisjon av vurderingsveilederen pågår. - ISAM-konferanse 6-10.2009 2011, se www.isam2011.org. - Arbeid med nasjonal retningslinje om Avrusning er påstartet. Viktig avklaringsarbeid opp mot rusakutt-tilbud, med mer. <p><u>HSØ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - LAR-oppfølgingen vil trolig bli lagt til alle syv sykehusområder/HF fra 2011. - Stor OU-prosess i RHFet i høst. - Styresak regional utvikling for TSB er behandlet <p><u>HV:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anskaffelsesprosess pågår med en årlig ramme på ca 230 MNOK. - LAR overføres til alle HF. - Fra 01.10 har Helse Stavanger og Helse Bergen overtatt koordinering av tvang innenfor TSB. <p><u>HN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Merkjøpsanskaffelse for TSB vil snart komme. - Ventetid for TSB øker. Utfordringer knyttet til registrering og IKT-løsninger. - Sak til styret før jul om evaluering knyttet til opptrappingsplanen for rus. - Modell for nytt inntektssystem hvor også TSB og PH inkluderes. - Avklaring bruk av midler gjennom statsbudsjettet på 2,5 MNOK til TSB. - UNN arbeider med ulike former for samordning innenfor TSB, samt fokus på pasientforløp (henvisninger og drop-out rus/psyk). <p><u>HMN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi 2020 er vedtatt etter en bred prosess. - Sterkt fokus på epikrisetid, fristbrudd og ventetid. - Implementering av nye avtaler med private pågår. - Utbyggingen av Trondheimsklinikken går som planlagt med innflytting før jul.
<p>13-10</p>	<p>Om statsbudsjettet</p> <p>Positivt med stortingsmelding om rusfeltet til våren, samt at opptrappingsplanen forlenges ut 2012. Også viktig at Raskere tilbake videreføres, samt at flere rusmestringsenheter etableres. Blir krevende å følge opp LAR, da det ikke ble gitt øremerkede midler gjennom statsbudsjettet, samtidig som nytt rammeverk medfører økt aktivitet.</p> <p><i>Konklusjon:</i> Til orientering.</p>
<p>14-10</p>	<p>Oppfølging av nasjonal strategirapport TSB</p> <p>Reidar Hole innledet om strategigruppas nasjonale implementeringsseminar, se http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster_103873.aspx?epslanguage=NO. Strategigruppa har nytt møte 25.10 for videre implementering. Anbefalingene fra gruppe 5 om TSB, anses å være i tråd med den retningen RHFene arbeider i forhold til. Det ble gjort en gjennomgang av anbefalingene.</p> <p><i>Konklusjon:</i> Viktig at RHFene konkretiserer sine planer for implementering av rapport 5 og øvrige rapporter.</p>
<p>15-10</p>	<p>Anskaffelser TSB</p> <p>Grete Furu deltok ikke under denne saken da hun sitter i styret for Viken.</p> <p>Ut fra innspillene til møte ble ulike problemstillinger knyttet til anskaffelsesprosessene drøftet: Valg av anskaffelsesform, utforming av anskaffelsesdokumenter/konkurransesgrunnlag, evalueringskriterier og design, opplegg for forhandlinger og kontraktsmessige forhold. Når det</p>

	<p>gjelder innspill fra Christian Sohlberg om å sikre standardisert samarbeid med kommunene for de private gjennom avtalene, oppfattes dette i hovedsak som oppfylt.</p> <p><i>Konklusjon:</i> RHFene tar opp internt behovet for en felles fagdag om temaet anskaffelser TSB hvor tjeneste- og anskaffelsesfaglige/juridiske kompetanse møtes.</p>
16-10	<p>Rusakutt</p> <p>Rune Tore Strøm la fram erfaringer fra oppstarten av rusakuttmottaket fra Oslo (jf to presentasjoner). Fra 30.08 består dette både av et poliklinisk fagteam og en sengepost med 12 plasser, samt koordinering av øvrige avrusingstilbud.</p> <p>Prinsippet for rusakutt-tilbudet er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinære henvisere til TSB kan også henvise pasienter til akutt TSB. Fastlegene har vist seg å stå for flest henvisninger og dette foregår vanligvis med en telefonisk kontakt fra fastlege med pasienten på kontoret, samt oversendt henvisning, hvorpå pasienten tar seg til rusakuttmottaket. Her blir pasienten vurdert av fagteam. 60 % har fått polikliniske intervensjoner, og 40 % blir overført til sengeavdelingen. Liggetiden er opp mot 2 døgn, hvor 60 % igjen blir overført til avrusningsavdeling som del av det akutte forløpet. Andre henvisere er NAV/sosialtjeneste, andre rusinstitusjoner, sykehusavdelinger, oa. - Kriteriene for akuttintervensjon blir vurdert ut forutsetninger/anbefalingene i RHF-arbeidsgruppas rapport: <ul style="list-style-type: none"> Forutsetningen for vurdering er: <ul style="list-style-type: none"> - at pasienten fyller en eller flere ICD – 10 diagnose F10- F19 - at pasienten ikke allerede mottar eller kan motta adekvat helsehjelp Merk: <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes i psykisk helsevern. - 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. <p>2.2 Behov for akuttintervensjon i TSB er tilstede når:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasienten er gravid. - Rusmiddelinntaket utgjør en umiddelbar fare for pasientens liv og helse. - Rusmiddelinntaket er opphørt 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. <p>Det ble også gitt tilbakemeldinger på arbeidsgruppas rapport og nettverkets videre håndtering, samt planer for RHFenes etablering av rusakutt-tjenester. Jf strategigruppas rapport skal dette være på plass innen 2012. Det vil naturligvis være behov for lokale tilpasninger, men tilbudene skal være likeverdige uansett hvor i Norge man bor.</p> <p><i>Konklusjon:</i> Det er ønskelig med en ny gjennomgang/justering av arbeidsgruppas rapport. Rune Tore Strøm innkaller arbeidsgruppa og tar ansvar for ferdigstilling innen utgangen av 2010.</p>
17-10	<p>Eventuelt</p> <p>A) Videre oppfølging av strategigruppas arbeid – innspill til mulige temaer (Aina)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tas inn i strategigruppas neste møte. <p>B) Vurdering/behandling utenfor egen region – behov for varsling/koordinering (Reidar)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bør vales til hjemstedregion, men etablering av et standardisert system vurderes ikke aktuelt nå.

RHF-nettverk rus

	<p>C) Kompetanseinnhold i TSB (Grete) – hvor vil vi være om noen år? Utdanningssystemer, etc.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ut fra innledende drøfting utarbeider Grete et notat til oppfølging i senere møte. <p>D) Legehjemler private – jf pågående anskaffelse (Kristine)</p> <ul style="list-style-type: none">- En del uklarheter omkring dette. HSØ har som praksis at private faller utenfor ordningen. Forventes tydeliggjort med innføring av rusmedisinsk spesialitet. <p>E) Status registrering funksjonskoder (Aina)</p> <ul style="list-style-type: none">- Utsatt <p>F) SAMDATA-rapporter (Frode)</p> <ul style="list-style-type: none">- Se lenker til rapporter her- http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/samdata_spesialisthelsetjenesten_2009_745394- http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/geografisk_fordeling_av_rus_behandling_752474
	<p>Neste møte: 12-13.01.2011 i Stavanger. Kristine Enger overtar som leder av nettverket i perioden 2011-2012.</p>

Reidar Hole 18.10