

ÅRSMELDING 2008
Legemiddelassistert rehabilitering i Midt Norge



Det nytter, men det koster.

Legemiddelassistert rehabilitering i Midt-Norge har markert 10-års jubileum i år. Vår første pasient startet behandlingen 15.04.98, og mye har skjedd i tidsrommet frem til i dag. Her både hva gjelder endringer i nasjonale retningslinjer, det har foregått en betydelig utvidelse av behandlingsskapasitet både nasjonalt og regionalt, samt at det innenfor fagfeltet synes å ha foregått en holdningsendring mht hvem som skal få tilbudet og hva innhold og målsetting i behandling bør være.

Først noen betraktninger om utviklingen nasjonalt sett fra undertegnede perspektiv:

Legemiddelassistert rehabilitering som behandlingstiltak for personer med et opiattdominert misbruk, startet med et prøveprosjekt i Oslo i perioden 1994-1997. Her ble 50 pasienter inkludert og fikk tilbud om metadonassistert rehabilitering i Oslo. (MIO-prosjektet). Erfaringene skulle danne grunnlag for beslutning om hvorvidt dette tilbudet skulle bli nasjonalt. Det var riktignok en omdiskutert behandlingsform som møtte en betydelig motstand i deler av fagfeltet. Herunder var blant annet en uttalt bekymring for at dette skulle bidra til tap av motivasjon hos pasientene for å bli rusfrie, og at det i bunn handlet om at fagmiljø og myndigheter var i ferd med å gi opp de aller tyngste rusavhengige. Behandlingsoptimismen innenfor LAR nasjonalt var imidlertid stor. Feltet sto samlet bak en målsetting om å bidra til at den enkelte skulle få hjelp til å bli rusfri, og, så langt som mulig, bli sosial og yrkesmessig rehabilitert.

Drøyt 5000 pasienter og 10 år seinere er harmonien over.

Det hersker nå en betydelig uenighet om hvem som bør få et tilbud om LAR, hva målsetting og innhold i behandling skal være, og om det er riktig å avslutte behandlingen dersom den ikke leder til rusmestringsmessig stabilitet.

Det finnes imidlertid også de som vil beskrive utviklingen som vellykket: her har vi i løpet av få år greid å gi et behandlingstilbud til mange. Gjennom dette har vi oppnådd at langt de fleste pasientene har sluttet med heroin og andre opiater. Risikoen for overdoser er blitt mindre. Sist, men ikke minst, kriminaliteten er gått betydelig ned. Det er imidlertid, etter vår oppfatning, et forenklet bilde av utviklingen.

Mange har riktignok fått et legemiddelbasert tilbud, men ikke et reelt tilbud om behandling og rehabilitering. Det er sammensatte forhold som har ledet hen til dette, men hvor de undertegnede vil hevde at måten de ulike helseregionene valgte å løse ventelistekrisen på rundt 2003/2004, for alvor ble styrende for den ulike praksis vi nå kan se innenfor LAR nasjonalt.

Langt de fleste LAR-sentra valgte den gang å gi legemiddelet fremfor å la pasienter vente til det var kapasitet til å tilby behandling og oppfølging. Det i påvente av at det skulle tilføres ressurser til dette arbeidet. Intensjonene var selvsagt de beste. Men, det leie faktum er at oppfølgingsressursene uteble mange steder. Erfaring både nasjonalt og internasjonalt viser at legemiddelet alene ikke er tilstrekkelig for å hjelpe den enkelte til å mestre eget liv uten avhengighet til rusmidler.

LAR-Midt valgte å holde fast på at behandling først skal tilbys når senteret har kapasitet til å gi et fullverdig tilbud: bolig utenfor ruseksponert miljø, og tett oppfølging gitt av en ansvarsgruppe bestående av minimum fastlege, kontaktperson i kommunen samt en behandler fra LAR-Midt. Sistnevnte skulle da, som nå, ha et definert koordinerings og behandlingsansvar de første 2 årene i behandling.

Lengste ventetid for behandling var på sitt verste over 2 år. Her ble reist kritikk fra ulike hold og det var stadige negative presseoppslag. Det er forståelig, og spesielt sett ut fra et pasient og

pårørendeperspektiv. Lang ventetid for behandling hos ei så vidt sårbar pasientgruppe er ingen god situasjon.

Men, vi vurderte det som et betydelig dilemma å skulle starte opp en behandling hvor vi ikke kunne tilby annet enn legemiddelet. I dag er det betydelige regionale forskjeller på hvilke tilbud pasienter får når de starter i LAR, og hvorvidt LAR som spesialisthelsetjeneste faktisk er en aktiv del av behandlingen.

Resultatene har hatt en nedadgående kurve.

I takt med at et stadig økende antall pasienter ikke maktet å oppnå rusfrihet, og følgelig ikke greide å nå andre rehabiliteringsmål, så synes det å ha utbredt seg en holdning om at ”dette er så tunge pasienter at de makter ikke bedre. Vi må senke målsetting for behandling, det er ikke mulig å forvente så mye som vi først hadde antatt”..

LAR i Norge startet altså med en klar målsetting om å bidra til å hjelpe den enkelte med å mestre eget liv uten avhengighet til rusmidler. I dag synes drøftingene stadig oftere å handle om ”hvor mye kan pasientene ruse seg” i behandling før tilbudet avsluttes.

Her har man altså gitt flere tusen pasienter et tilbud som i liten grad inneholder et definert oppfølgingstilbud fra spesialisthelsetjenesten. I beste fall er oppfølgingsansvaret skjøvet over på kommunene, som heller ikke har tilstrekkelig med oppfølgingsressurser og ikke alltid opplever at de har den tilstrekkelig kompetansen. Resultatet er at mange i dag har lite annet enn et *legemiddelbasert tilbud*.

Og, når resultatene går ned, hvilket ikke burde ha kommet overraskende på noen, senkes målsettingen for behandlingen.

Hvem er de utslåtte? Er det pasientene som ikke makter endring, eller er det behandlingsapparatet som ikke makter gi et fullverdig tilbud som muliggjør endring?

For en tid tilbake hadde undertegnede et møte med en person som er sentral i utarbeiding av nye retningslinjer. Vedkommende prøvde å overbevise meg om at vi var på rett kurs. Han uttalte entusiastisk at: ”Kristin, vi er med på å redde liv.. dette er veldig bra”!

Jo, det er viktig å redde liv.

Undertegnede mener imidlertid at ambisjonsnivået bør være høyere enn å redde liv. Vi må bidra til at den enkelte får et meningsfylt liv.

Og, særlig når vi vet at det nytter – men – det koster.

Hvordan ser pasientgruppen ut – 10 år etter at den første pasienten startet i behandling?
Jo, ved oppstart er status som følger:

Gjennomsnittsalder på 37/38 år

70 % er menn

De har hatt et pågående og tungt misbruk av rusmidler i 10-20 år

De har flere behandlingsforsøk bak seg

De har høy forekomst av helseplager, så vel psykisk som fysisk

Økonomien er rasert, og mange har høy gjeldsbyrde

Det sosiale nettverket er magert, mange har mistet mye, også omsorg for egne barn.

Er det grunn til behandlingsoptimisme ovenfor en slik gruppe mennesker? Går det an å tro på eller forvente noe av mennesker med et slikt utgangspunkt?

Den rusavhengige, med flere mislykkede behandlingsforsøk bak seg, har ved behandlingstart ofte ikke så stor tro på seg sjøl og egne muligheter.

LAR-Midt har imidlertid erfart at langt de fleste – over 80 % - kan hjelpes til å mestre eget liv uten avhengighet til rusmidler gjennom denne behandlingen. Her i betydningen av at de er rusmestringsmessige stabile, samt at de lykkes med å nå mange målsettinger for eget liv. Dette gjelder imidlertid innenfor den pasientgruppen som omfattes av dagens kriterier for inntak, mål for behandling og kriterier for utskrivning.

Vårt hovedbudskap er derfor:

Legemiddelassistert Rehabilitering med mål om rusfrihet er fullt mulig. Men, det fordrer tydelige rammer og tett oppfølging. Det nytter, men koster!

Både i form av kroner og ører, men også på det menneskelige plan.

Jo, når det gjelder kroner og ører, så koster det å stille til rådighet ressurser til oppfølging og behandling og å legge til rette for forsvarlig utlevering og urinkontroll

Det koster også på det menneskelige plan.

Behandlere må tåle å jobbe i et utfordrende farvann hvor behandlerrelasjonen stadig blir utfordret da kontroll med inntak og rusbruk er viktige elementer i behandlingen.

Og, ikke minst; pasientene må ha mot til, samt makte å forholde seg til en behandlingsmodell som kan oppleves som ytterst krevende, og, som for de fleste varer livet ut.

Det nytter – men – det koster!!

Hva har så skjedd innenfor LAR i egen helseregion i 2008?

Blant organisatoriske endringer bør nevnes at Nidarosklinikken og LAR-Midt ble samorganisert under navnet Voksenklinikken fra 01.04. Klinikken har felles ledelse, og har i løpet av året jobbet med kulturbygging samt utviklet modeller for samhandling også på det faglige plan.

Enheten har videre vektlagt en fortsatt styrking av oppfølging av videreførte pasienter. Pasientvolumet er stadig økende, og enheten hadde ved utgangen av 2008 til sammen 325 pasienter. Det betyr også et økende antall videreførte pasienter. I takt med dette har vi sett et behov for å styrke ressursene til veiledning og oppfølging av videreføringsgruppene. For 2008 har 2 årsverk vært øremerket dette arbeidet, og med ytterligere 1 årsverk i styrkning til dette arbeidet fra 2009.

Den årlige nasjonale statusundersøkelsen er gjennomført. Rapporten er enda ikke ferdigstilt, men LAR-Midt er kjent med at behandlingsresultater for egen enhet er svært gode. Her henvises til dokumentasjon seinere i rapporten.

Legemiddelassistert stabilisering (LAS), et samarbeidsprosjekt med Trondheim kommune, ble påstartet i september 2008. Prosjektet har 15 plasser, men hvor det har vist seg å ta noe tid å få startet dette antallet deltakere. Pr. 31.12.08 var det 8 pasienter som var inkludert i prosjektet. Det ble gjennomført et større evalueringsmøte i desember, og hvor prosjektet som helhet skal evalueres i juni 09.

Det har vært arbeidet med nye nasjonale retningslinjer siden 2005. Disse er fortsatt ikke ferdigstilt. Her er fra sentrale myndigheter varslet at retningslinjer og forskrift vil bli sendt ut til høring i løpet av våren. Det gir i så fall grunn til å tro at nytt regelverk først vil bli gjeldende fra 2010.

For 2008 blir det totale sykefraværet på ca.3.8 %. Fraværet har vært gledelig lavt gjennom hele året, med en økning f.o.m. oktober. Dette skyldes en langtidssykemelding, samt en lengre sykemelding f.o.m. desember, i forbindelse med en planlagt operasjon.

Bemanningen har vært svært stabil, og fraværet relativt lavt med 3.8 %. Det er gjennomført en omfattende arbeidsmiljøundersøkelse i løpet av året, og hvor denne viser stor grad av trivsel.

Undertegnede ledere vil med dette benytte anledningen til å takke samtlige medarbeidere ved enheten for godt utført arbeide i 2008. Dere er en dyktig stab og med varme og omtanke for de dere skal jobbe for. TAKK.

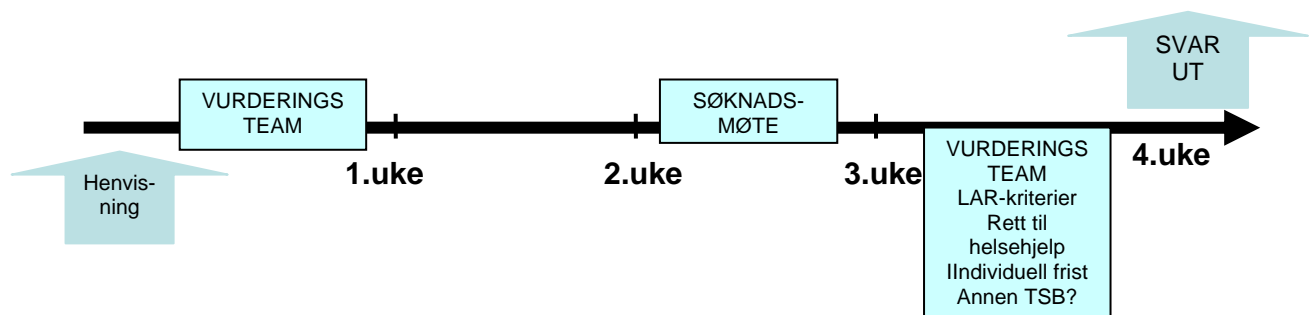
Kristin Holum Smedsrud
Klinikkleder

Unni Korshavn
daglig leder

Henvisning og vurdering ;

LAR (legemiddelassistert rehabilitering) er et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud, (TSB) og hvor vurdering av henvisning følges av helselovgivningen. Men, til forskjell fra øvrig TSB, er det for LAR fastsatt nasjonale kriterier for inntak, målsetting med behandling, samt egne kriterier for utskrivning.

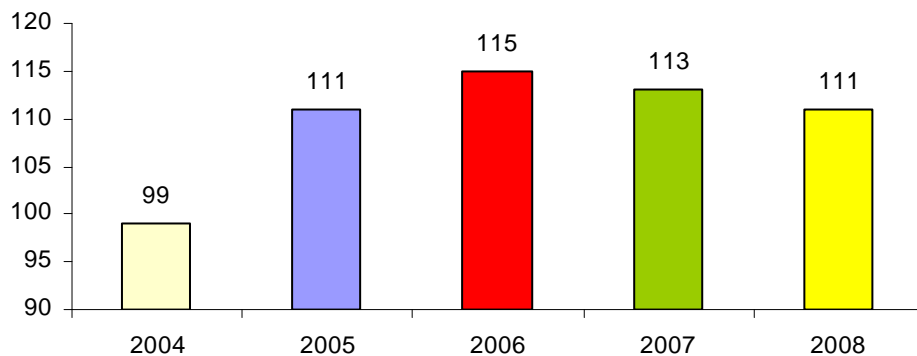
Det er forutsatt at vurdering av henvisning i spesialisthelsetjenesten skal gjøres av ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å kunne vurdere behovet for de helsetjenester som omfattes av spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a. LAR-Midt har et *tverrfaglig sammensatt* vurderingsteam, (psykolog, lege, klinisk sosionom), og hvor det i 2007 er gjennomført ukentlige møter. Som ledd i arbeidet gjennomføres et møte med alle ny-henviste pasienter og deres henvisere. (fastlege, sosialtjeneste). Dette for å kvalitetssikre de beslutninger som gjøres i vurderingsteamet.



Henvisninger mottatt i 2007 er som hovedregel vurdert innenfor frist på 30 virkedager, og så godt som alle er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetslovens § 2-1. Men, ikke alle er vurdert å innfri kriteriene for LAR. Vurderingsteamet er i disse sakene gitt rett til å vurdere, samt henvise pasienten til annen behandling dersom pasienten ønsker dette. Et avslag på LAR, er således ikke et avslag på rusbehandling.

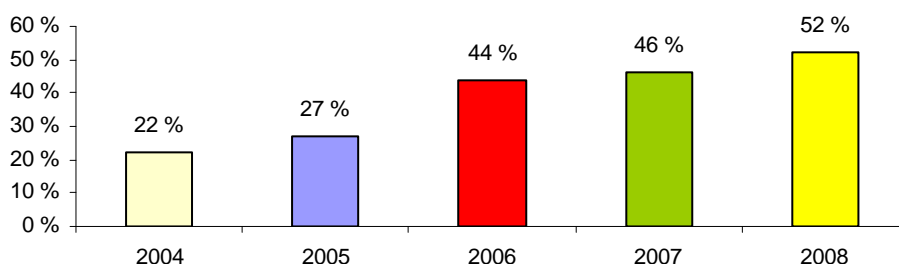
Antall henvisninger for 2008 er stabilt sammenlignet med de siste år:

Antall henvisninger pr år



Søknadsmengden har vært stabil siden 2005.

Økning i antall resøknader pr år



En stadig økende andel av de som henvises til LAR, er re-henvisninger. For 2007 utgjorde dette 46 % av alle henvisningene, og for 2008 er vi oppe i hele 52 %. Dette er pasienter som har deltatt i LAR en eller flere ganger tidligere, men hvor behandling er blitt avsluttet. Dette gjør vurderingsarbeidet særlig krevende. Herunder må det bla. gjøres en grundig vurdering av hvorvidt LAR faktisk er det rette behandlingstilbudet, og hva som i så tilfelle bør etableres av tiltak rundt den enkelte for at behandlingen ved et re-inntak skal ha en større forutsetning for å lykkes.

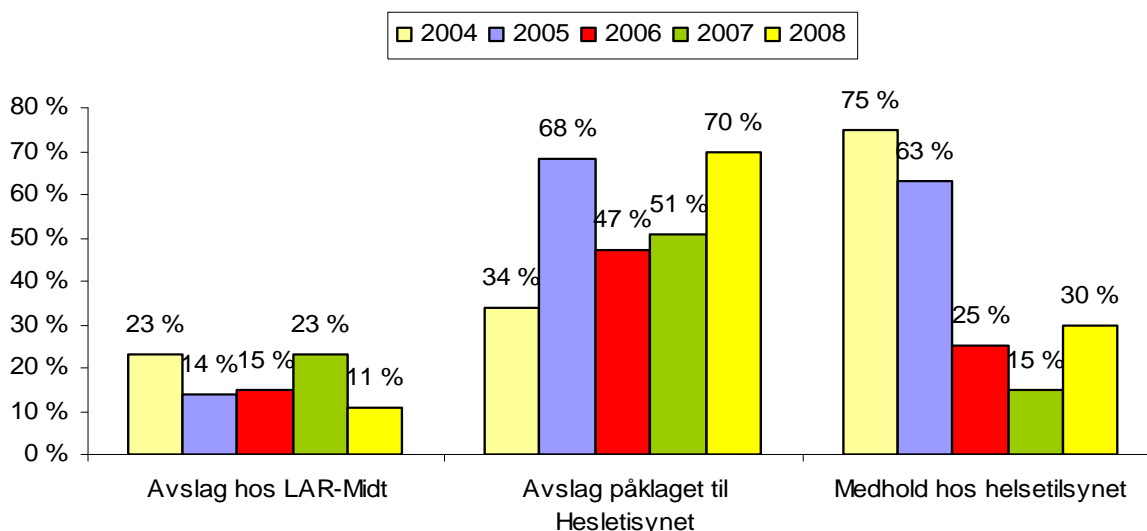
Det er også et dilemma at både henvisere og søkere i flere av disse sakene har formidlet en overbevisning om at "LAR er det eneste rette", og hvor det derfor har vært vanskelig å motivere pasienten for å søke annen, og kanskje mer egnet behandling. I flere av disse sakene tilbys et døgnbasert tilbud parallelt med re-inntak i LAR.

I tidsrommet 2004-2006, var det en markant økning i henvisning av pasienter som var 30 år eller yngre. I 2006 var andelen oppe i 39 %, men har for 2007 gått noe ned, og utgjorde 34 % av de henviste. For 2008 er andelen gått noe ned igjen nå til 33 %.

Når det gjelder kjønnsfordeling, har antallet henviste kvinner gått betydelig ned de siste par årene. I 2005 utgjorde kvinneandelen 38 % av alle henvisninger, mens tall for 2007 viser at andel henviste kvinner har sunket til 22 %. I 2008 ser vi kvinneandelen nok en gang går ned. Andel kvinner henvist i 2008 vår på 21 %

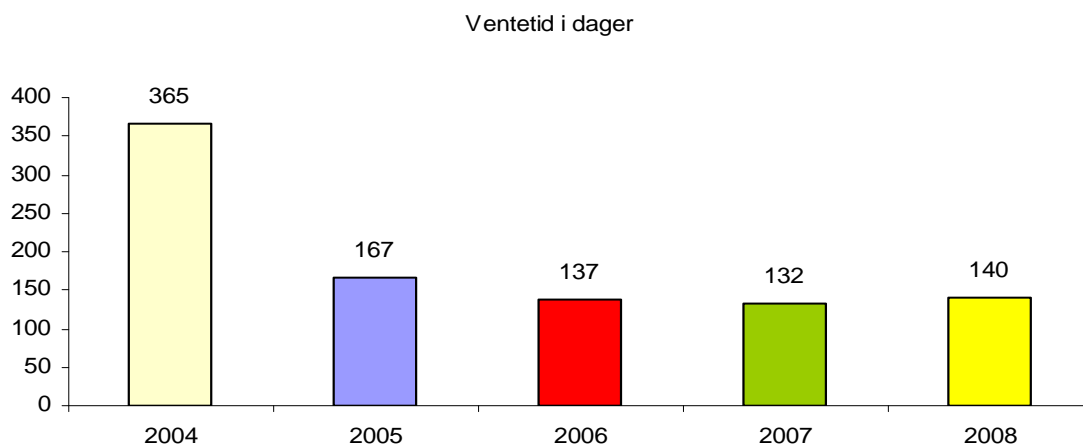
Klager på avslag om LAR-behandling;

klagebehandling



Tabellen viser at avslag fra LAR-Midt har gått ned sammenlignet med 2007. Men, det er allikevel en økning av andelen pasienter som påklager avslaget, og som får medhold hos helsetilsynet. Det kan være klagende å understreke at det i antall personer handler om at 12 av totalt 111 personer fikk avslag, i overkant av 8 klaget, og hvor 2,5 fikk medhold hos helsetilsynet.

Lengste ventetid for behandling;



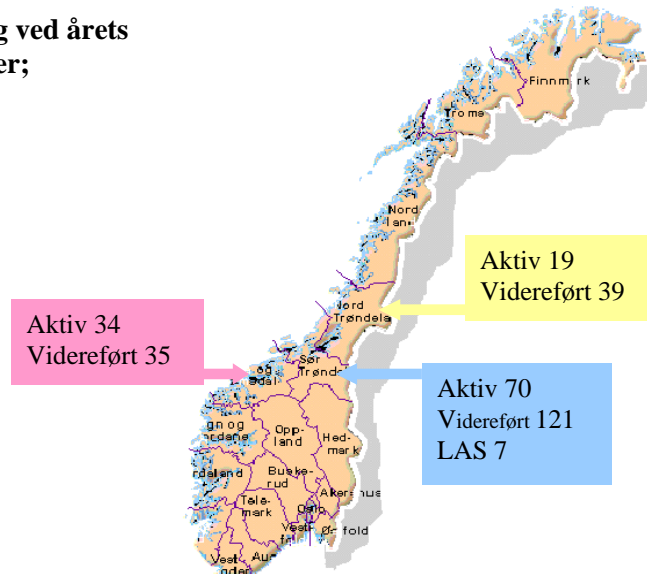
Når det blir fattet en beslutning om inntak, gjøres en individuell vurdering i forhold til fristfastsetting – dvs. når tilbudet seinest skal iverksettes. Det er forhold knyttet til søkers situasjon som gjør at den individuelle fristen varierer. Dette kan handle om at søker har en alvorlig somatisk eller psykisk lidelse, har daglig omsorg for barn, eller det kan være at lang ventetid medfører prognosetap. Jo mer alvorlig situasjonen er, jo kortere behandlingsfrist blir satt.

Lengste ventetid for behandling har blitt betydelig kortere de siste par årene. Den er nå nede på et nivå som vurderes som forsvarlig og på mange måter også nødvendig. Sistnevnte er med tanke på at den enkelte søker skal ha tid til mental omstilling i forhold til de endringsprosesser han/hun står ovenfor. Videre skal kommunen sikre en bolig utenfor et ruseksponert miljø, og adekvat oppfølging skal på etableres.

Pasienter i behandling;

Vi hadde totalt 325 pasienter i behandling ved årets slutt. Disse er geografisk fordelt som følger;

Den prosentvise andelen i fylkene er;	
Nord-Trøndelag;	18%
Møre og Romsdal;	21%
Sør-Trøndelag;	61%



Kartet viser pasientfordeling i de 3 fylkene som tilhører region midt. Sør-Trøndelag skiller seg fortsatt klart ut mht antall pasienter i behandling. LAR-Midt har lagt opp til en behandlingsmodell som innebærer at LAR-Midt påtar seg et koordineringsansvar samt et overordnet ansvar for pasientbehandlingen de første to årene i rehabiliteringen.

Etter ca 2 år i *aktiv rehabilitering*, legges det opp til egne *videreføringstilbud* hvor det er oppfølgingsansvarlig i kommunen, fastlege og eventuelle andre aktuelle aktører som skal drifte tilbudet i tråd med den enkelte sitt behov for oppfølging. Erfaring har vist at det er betydningsfullt at kommunene prioriterer, og legger opp til systematisk oppfølging også etter videreføring. Dette da det fortsatt er risiko/sårbarhet for tilbakefall, og hvor det er avgjørende å komme raskt i hjelpeposisjon hvis pasienten får særskilte utfordringer i sin livssituasjon..



Det er grunn til fortsatt bekymring rundt kvaliteten på den oppfølging videreførte pasienter faktisk får tilbud om. LAR-Midt har de siste par årene sett en økning i antall videreførte som strever i behandling, og hvor dette ikke blir håndtert raskt nok og/eller i tråd med gitte retningslinjer og anbefalinger. Dette synliggjøres bla når en videreført pasient har tilbakefall til rus, og hvor dette kan vedvare over tid uten at pasienten følges opp. Når så LAR-Midt kobles inn i saken, har pasienten lidd overlast gjennom en lang periode i aktiv rus, og hvor flere av de sider ved egen livssituasjon som var bygget opp (helsemessig, sosialt,

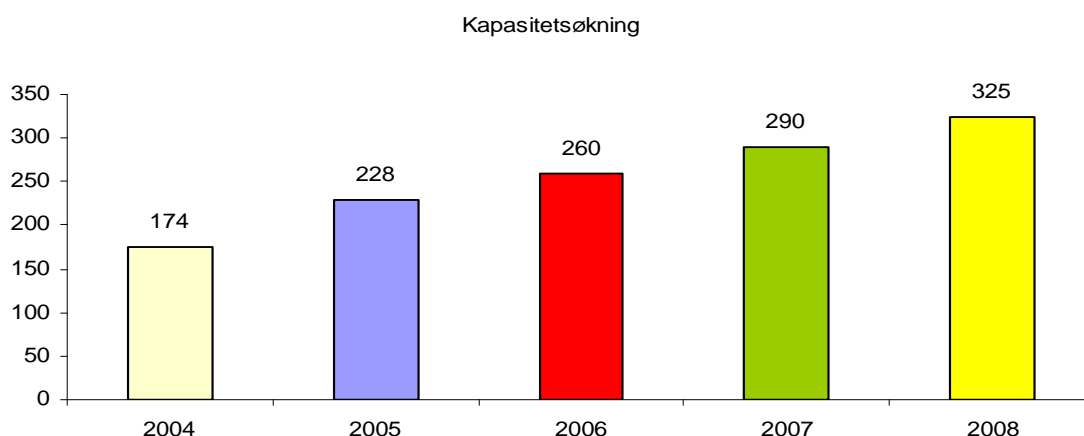
yrkesmessig) kan ha blitt betydelig skadelidende. For noen har tilbakefallet vært av så vidt vedvarende karakter, at de ikke lykkes å gjenvinne stabilitet.

Noe av forklaringen på at oppfølging av videreførte pasienter synes å ha blitt svekket, har trolig sammenheng med at antallet LAR-pasienter (både i aktiv behandling og i videreføring) har økt betydelig de siste årene.

LAR-Midt har i løpet av 2007 og 2008 øremerket egne stillinger hvis oppdrag er å kvalitetssikre arbeidet rundt videreførte. Herunder er en viktig funksjon å mer aktivt kunne bistå videreføringsgruppene der situasjonen er krisepreget. Pr. 31.12.08 er 2 årsverk øremerket dette arbeidet, og ytterligere en stykning vil skje fra 2009.

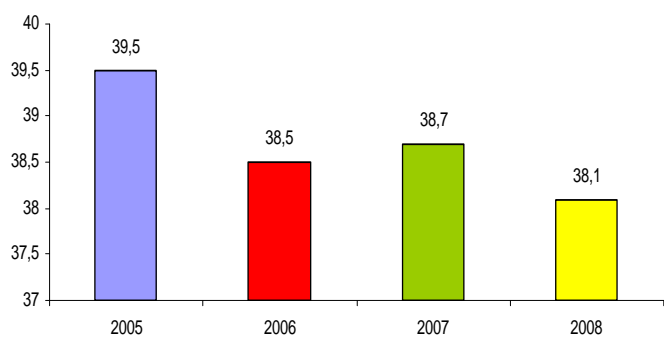
Men, det er imidlertid av avgjørende betydning at det også i de kommuner hvor det oppleves å være ressurstilgangen som begrenser oppfølgingen, søkes løsninger som gjør at oppfølgingsbehov blir ivaretatt. Primært har dette stor betydning for de pasientene det gjelder. Sekundært vil det i det lange løp koste mer om disse pasientene faller ut av behandling.

Behandlingskapasitet:

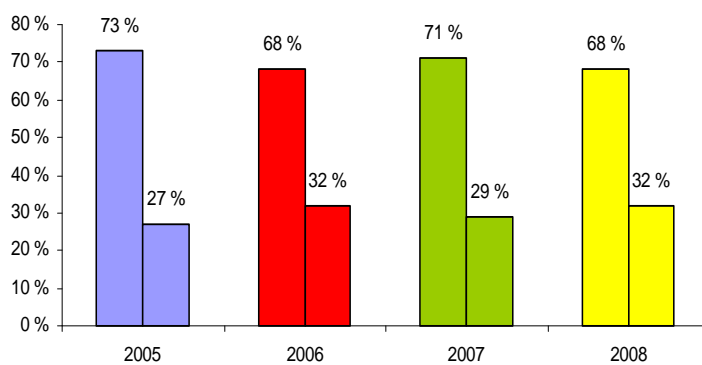


Tabellen viser en betydelig økning i pasienter fra 2004 til 2008. Denne kapasitetsutvidingen har imidlertid ikke skjedd raskere enn at oppfølgingskapasitet på LAR-Midt er blitt ivaretatt. Men, som tidligere omtalt, kapasitet til oppfølging i kommunene synes ikke å ha økt i takt med det antall pasienter de henviser inn til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er vanskelig å gjøre en kvalifisert vurdering av hvor mange som i de neste årene vil ha behov for LAR. Det er imidlertid holdepunkter for å tro at antallet henvisninger ikke vil avta, men snarere øke. Trolig vil også nye retningslinjer som mulig er på plass i 2010, kunne angi en viss retning.

Gjennomsnittsalder i behandling



Kjønnfordeling

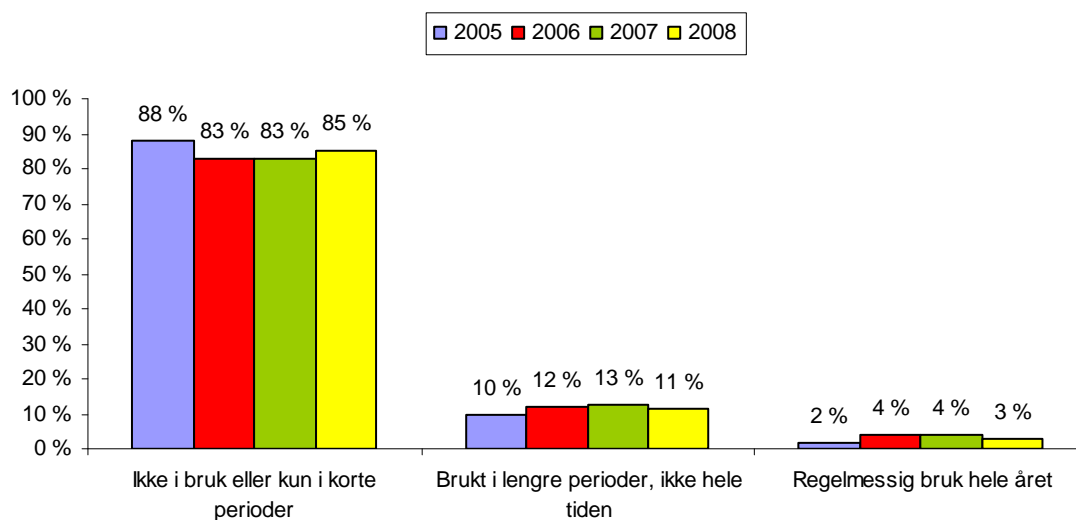


Gjennomsnittsalder har gått noe ned fra 38,7 år i 2007 til 38,1 år i 2008. Kvinneandelen i behandling er rimelig stabil.

Behandlingsresultater

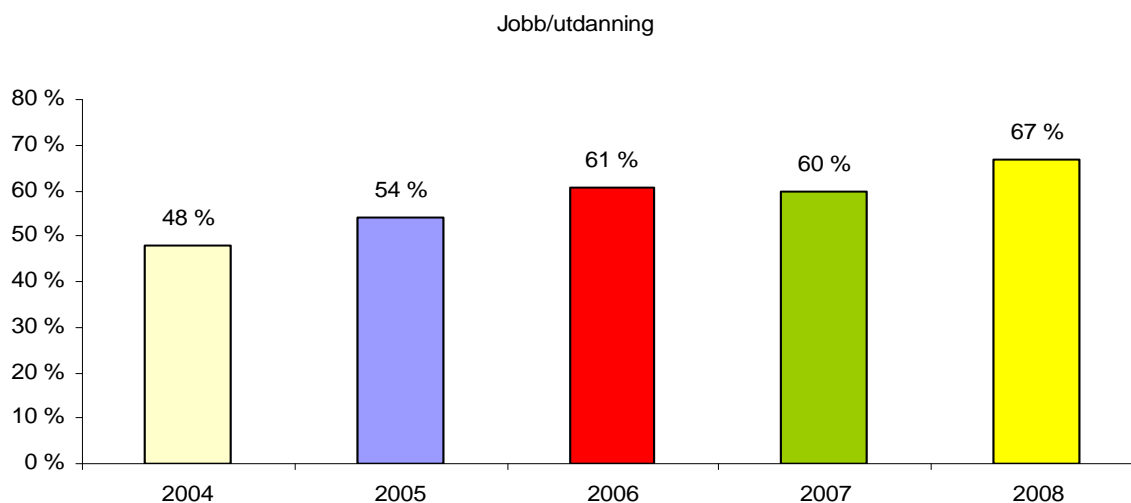
På slutten av hvert år gjennomføres en **nasjonal undersøkelse** blant alle landets LAR-pasienter, og hvor behandlingseffekt måles i forhold til ulike parameter. Denne undersøkelsen omfatter både personer i aktiv rehabilitering, pasienter som er videreført, og de som har avsluttet behandlingen i løpet av året.

Rusmestring;



I den nasjonale statusrapporten er rusmestring også gradert i forhold til hvorvidt tilbakefall til rus har vært preget av enkeltepisoder eller mer vedvarende rusbruk. Selv om de aller fleste fungerer svært godt i LAR-Midt, ser vi samtidig at det er en viss andel av pasientene som til enhver tid er i en krisepreget situasjon med tilbakefall til aktivt rusmisbruk. I slike situasjoner jobbes det aktivt sammen med den enkelte pasient og deres ansvarsgruppe for å stabilisere situasjonen. Herunder kan aktuelle tiltak være avrusningsopphold, skjermingsopphold av kortere eller lengre varighet, tettere poliklinisk oppfølging mv.

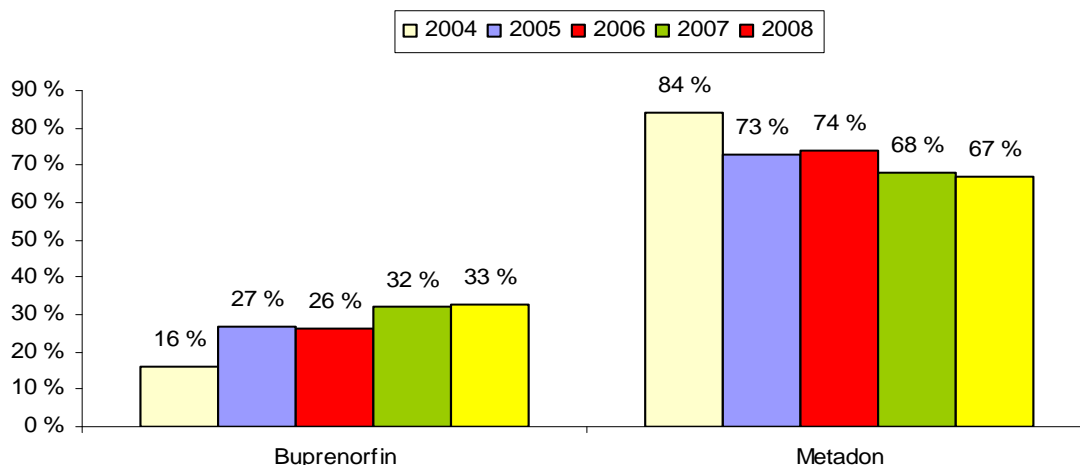
Beskjeftigelse:



Det å ha et meningsfylt innhold i dagen, er for de fleste avgjørende for å lykkes i behandling over tid. Ovennevnte tabell viser andelen av våre pasienter som på hel eller deltid er i arbeid, arbeidstrening eller er under utdanning. Sett i forhold til at 37,4 % av våre pasienter er uføretrygdede, er andelen i beskjeftigelse høy.

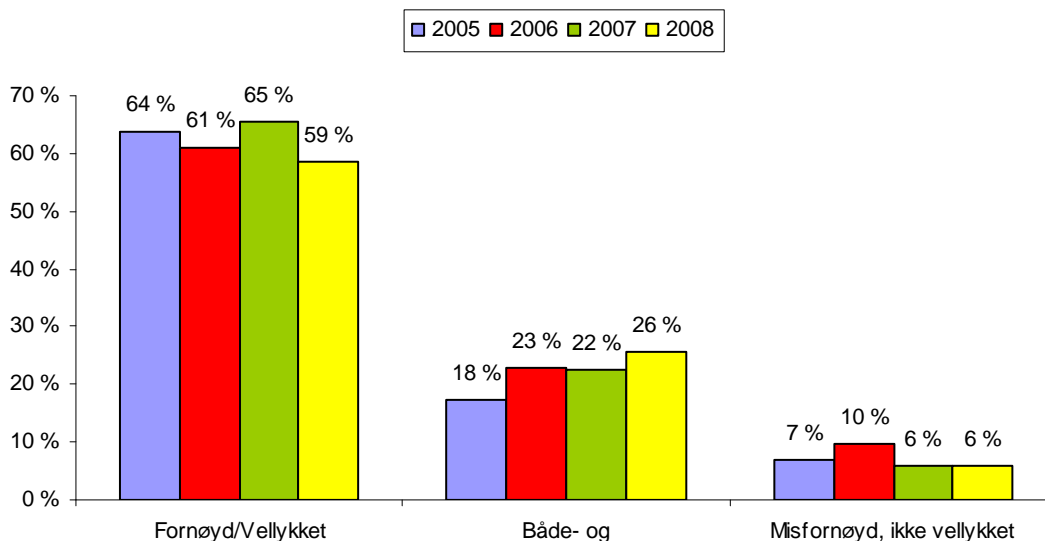
Legemiddelrelatert

Fordeling mellom metadon og Subuxone



LAR-Midt bruker opioidene buprenorfin og metadon som opioidsustitusjon. Legemiddelvalg drøftes i oppstartsmøtet (pasient, fastlege, henviser, LAR-konsulent ev LAR-lege) og besluttes av LAR-lege etter en helhetlig vurdering. Døgndose buprenorfin er i gjennomsnitt 21mg. Døgndose metadon har de siste 4 år sunket noe til en gjennomsnittsdose på 110mg. Man har erfaring med at rusmestringsmessig stabile pasienter over tid får en økt dempning på metadon og kan oppnå optimal klinisk effekt på lavere døgndoser.

Egenvurdering av hvorvidt behandlingen har vært vellykket, og pasienten er fornøyd;

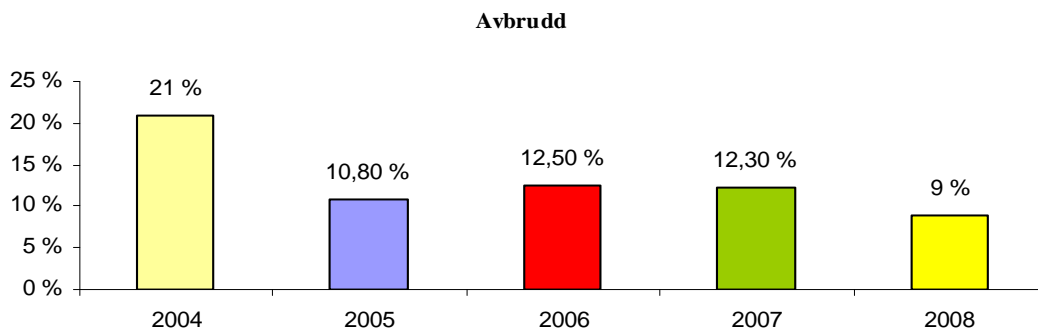


I den årlige statusundersøkelsen blir samtlige bedt om å gi en egenvurdering av hvorvidt de vurderer behandlingen som vellykket og de er fornøyd. LAR-Midt kommer godt ut sett i forhold til gjennomsnittstall nasjonalt. Det er samtidig viktig å påpeke at den nasjonale statusundersøkelsen kun har ett spørsmål om brukertilfredshet, og gir således ikke et tilstrekkelig grunnlag for å kunne si noe

om hva den enkelte er tilfreds eller ikke tilfreds med. Det kan heller ikke utelukkes at det for noen kan være vanskelig å gi en oppriktig tilbakemelding når de blir spurt direkte om dette.

Alle enheter i Rusbehandling Midt-Norge gjennomfører en årlig brukerundersøkelse som er relativt omfattende og som er anonymisert, og således gir et bredere grunnlag for å vurdere brukertilfredshet. Denne ble gjennomført høsten-08, og resultatene viser en økt brukertilfredshet sammenlignet med 2006. (har ikke tall for 2007 grunnet for lav deltakelse) Hele brukerundersøkelsen er vedlagt årsmeldingen. Den kan også leses fra vår hjemmeside.

Andel pasienter med behandlingsavbrudd;



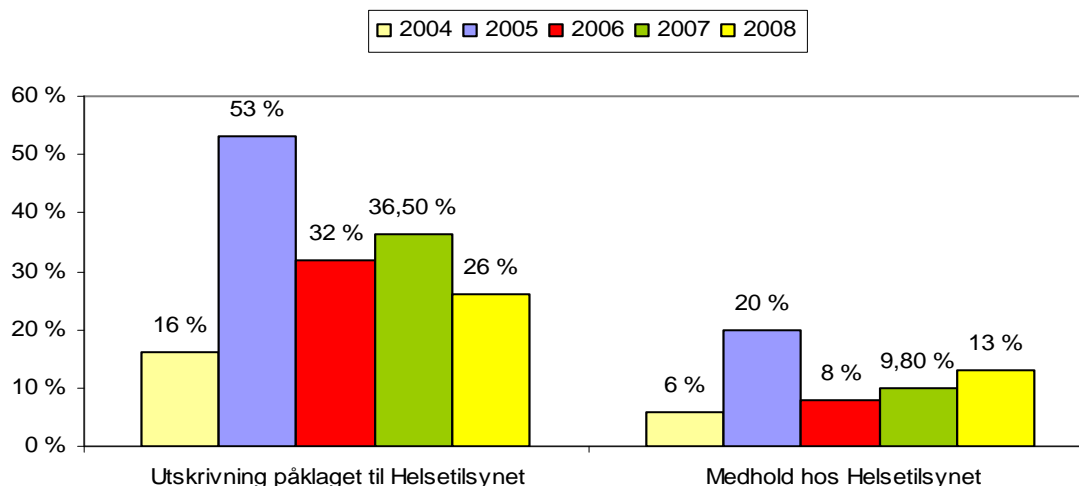
Av 31 avslutninger i 2008 fordeles disse som følger;

Frivillig avslutning av tilbudet;	4 % (14 personer)
Ufrivillig avslutning av tilbudet;	3 % (11 personer)
Flyttet til annen helseregion;	2 % (6 personer)

I gruppen ”frivillige avslutninger”, oppgis hos noen at de ønsker å avslutte LAR fordi de ønsker å forsøke mestre rusfrihet uten bruk av LAR-legemiddel. Videre er det noen pasienter som ikke opplever behandlingen som virksom. Til sist inngår også de pasienter som overføres til annen helseregion som følge av flytting.

Blant de som ufrivillig er skrevet ut, er beslutningen fattet i et tverrfaglig behandlingsteam, og hvor vedvarende rusmiddelmisbruk ligger til grunn for utskrivningsbeslutningen. Det er aldri enkelt å beslutte at behandlingen skal avsluttes, og skjer først etter en relativt lang prosess hvor alle aktuelle hjelpetiltak for å forsøke å stabilisere situasjonen skal være tilbudt og/eller forsøkt. Samtlige som skrives ut av behandling mot sin vilje, får tilbud om å bli henvist til annen, og eventuelt mer egnet rusbehandling. Det er imidlertid svært få som ønsker det

Andel utskrivningsbeslutninger som er påklaget til Helsetilsynet;

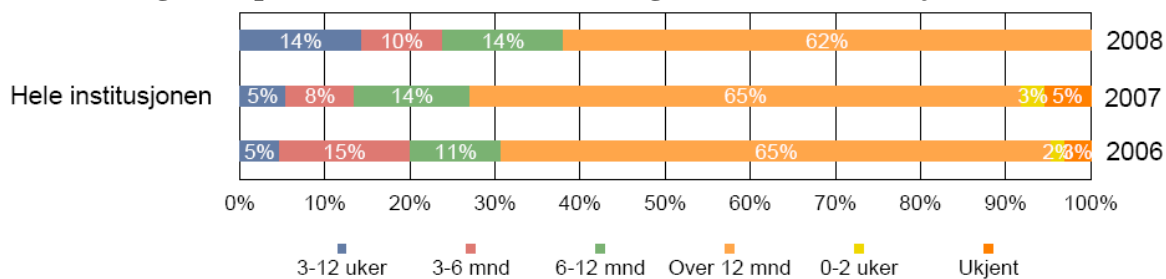


Brukerundersøkelse 2008

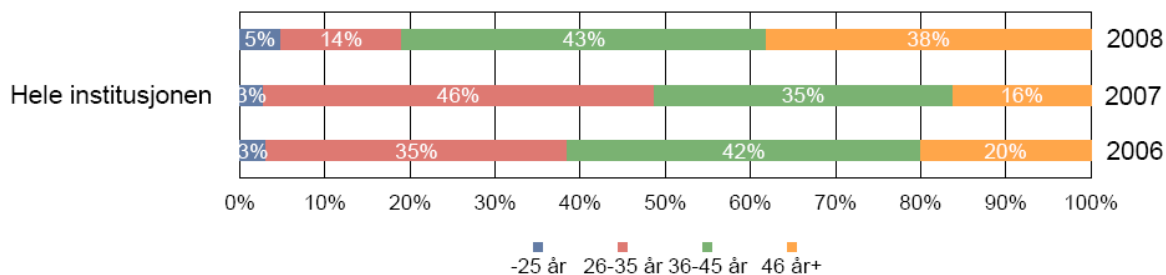
Rusbehandling Midt-Norge og berørte institusjoner gjennomførte i september 2008 en brukerundersøkelse. Lignende undersøkelse ble også gjennomført i 2006 og 2007.

Undersøkelsen ble gjennomført blant pasienter som var til døgntil behandling 17. september og de som var til poliklinisk behandling i perioden 17. tom 23. september. LAR-Midt hadde en svarprosent på 87,5 %.

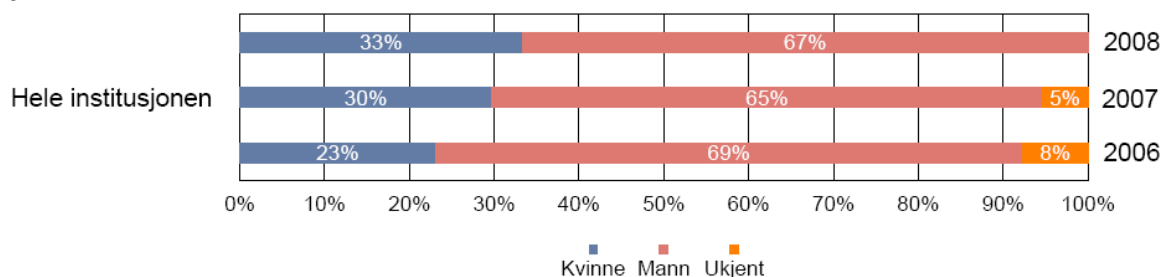
Hva er varigheten på ditt nåværende behandlingstilbud ved institusjonen?



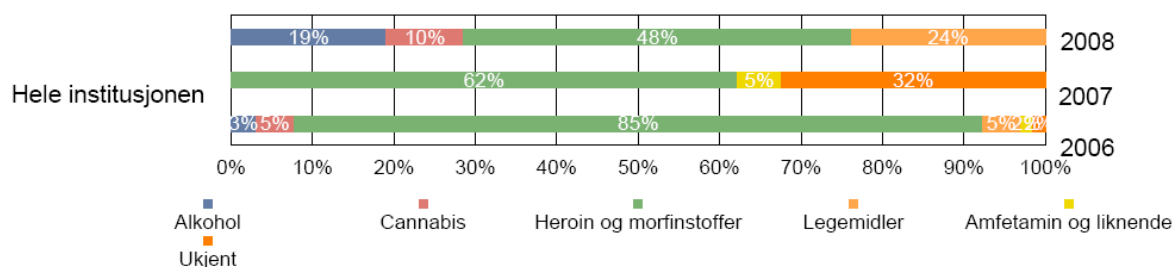
Fødselsår;



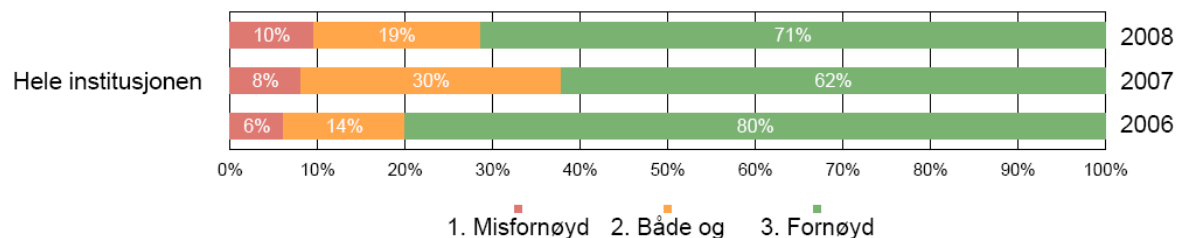
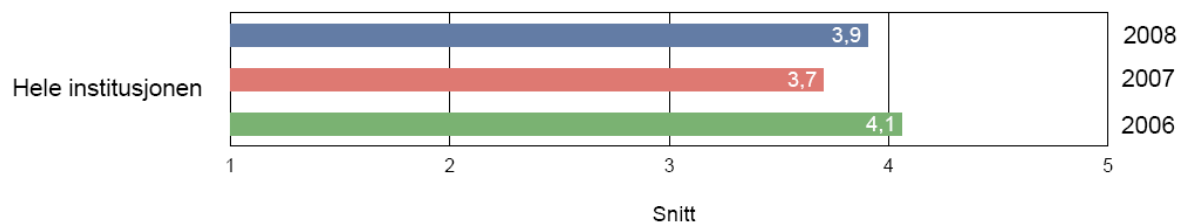
Kjønn;



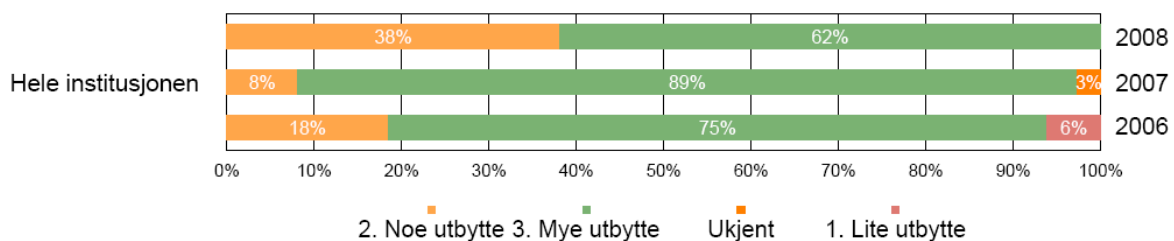
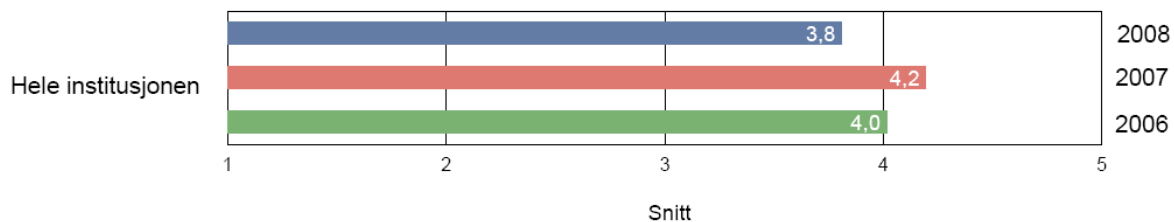
Mest brukte rusmiddel før behandlingen ble påstartet?



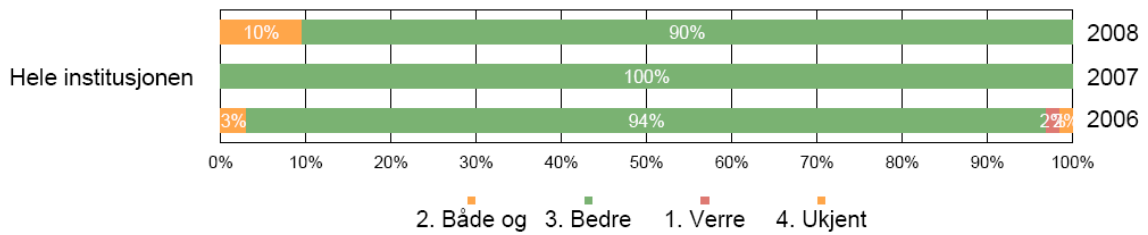
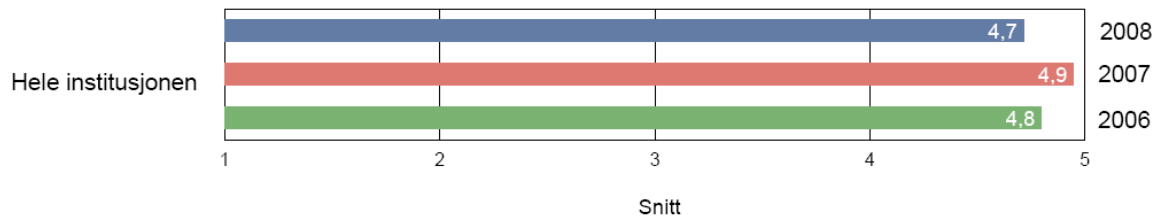
Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med behandlingsstilbudet?



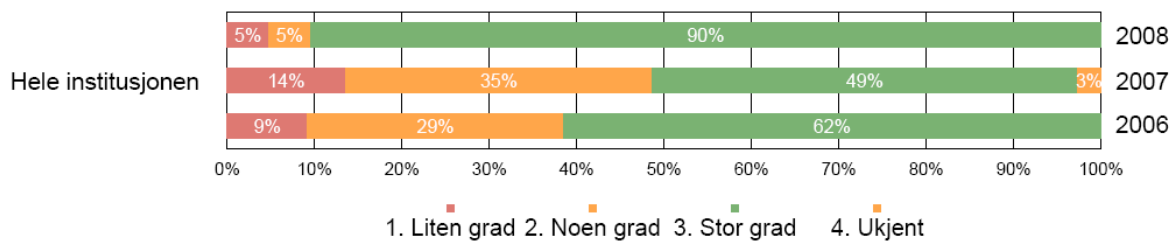
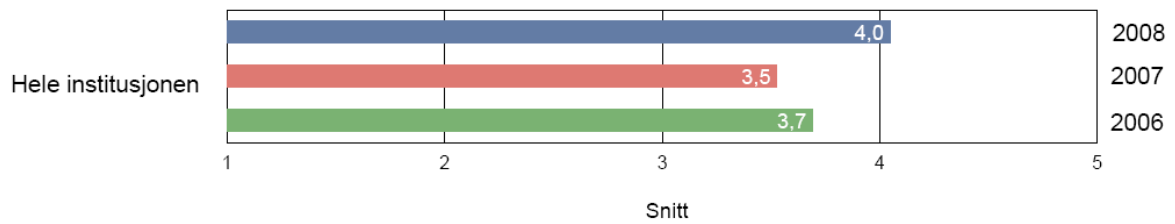
Alt i alt, hvilket utbytte har du av behandlingstilbudet?



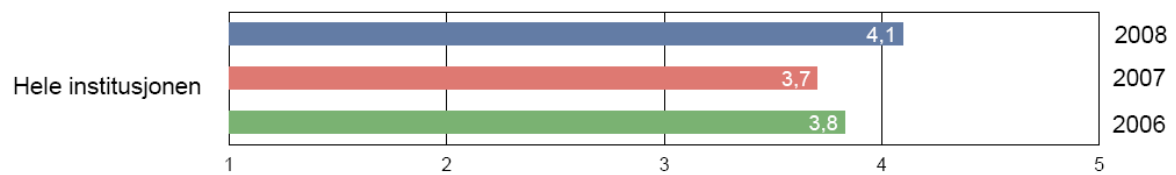
Er dine rusproblemer blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet i behandling ved dagens tilbud?



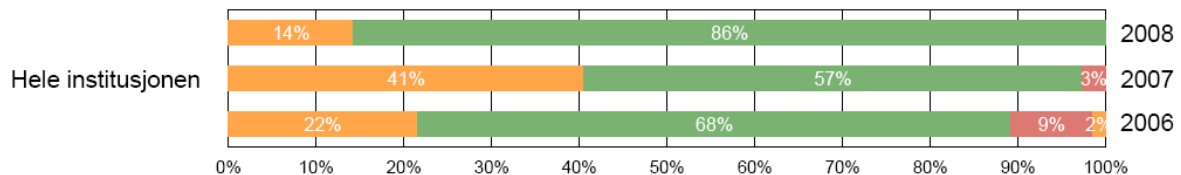
Opplever du at din behandler/behandlere ved behandlingsstedet forstår din situasjon?



Får du fortalt behandler/behandlere ved behandlingsstedet det som er viktig om problemene dine?

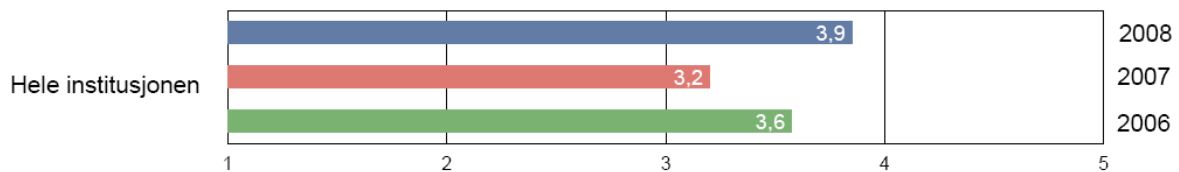


Snitt

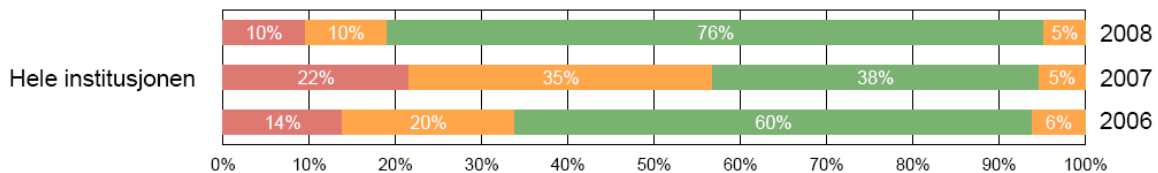


2. Noen grad 3. Stor grad 1. Liten grad 4. Ukjent

Hva synes du om informasjonen du får om dine rusproblemer fra behandlingsstedet?

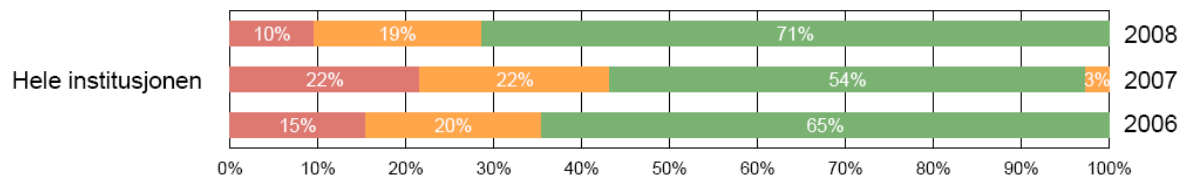


Snitt



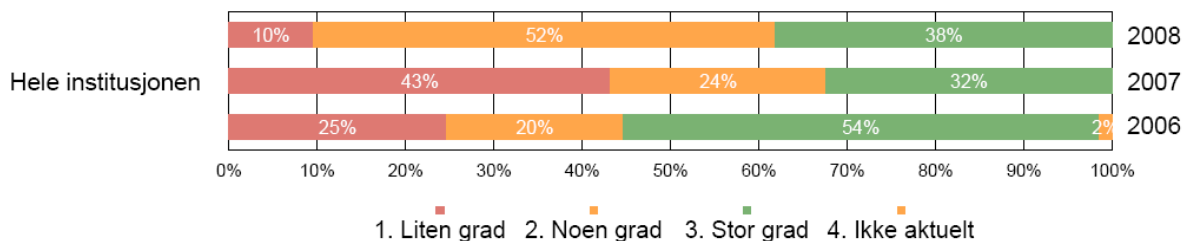
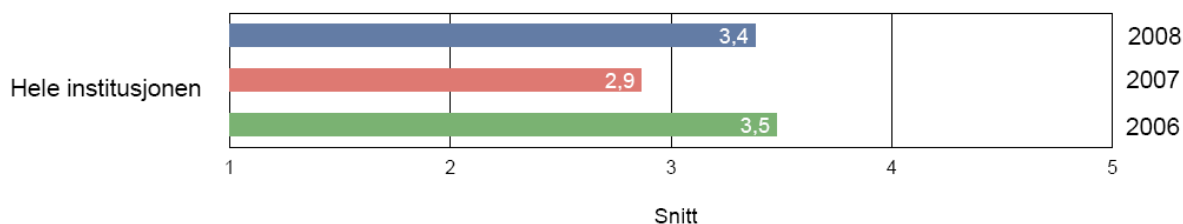
1. Dårlig 2. Både 3. Bra 4. Ukjent

Opplever du at behandlingen er tilpasset din situasjon?



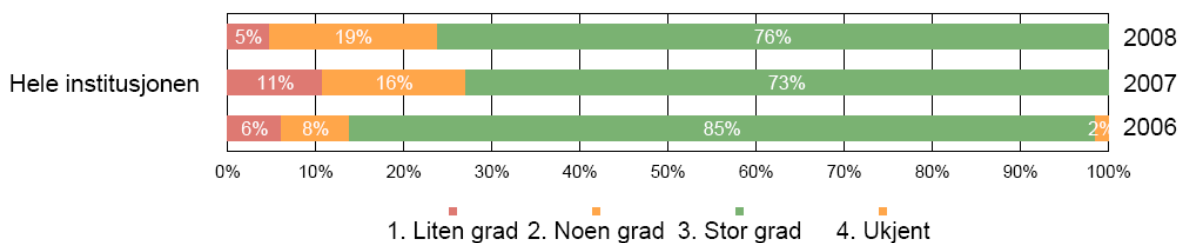
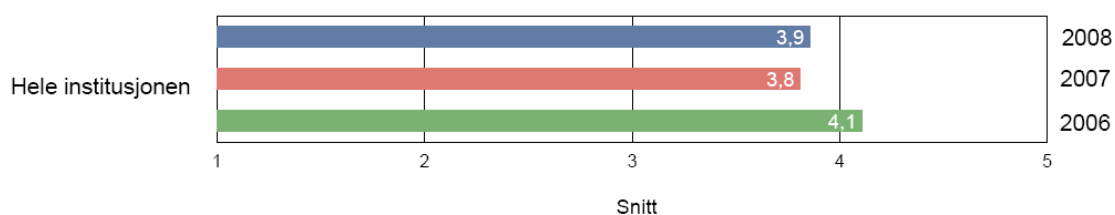
1. Liten grad 2. Noen grad 3. Stor grad 4. Ukjent

Har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg?

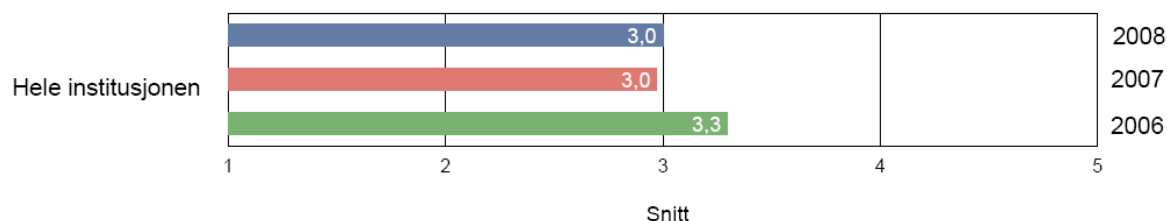


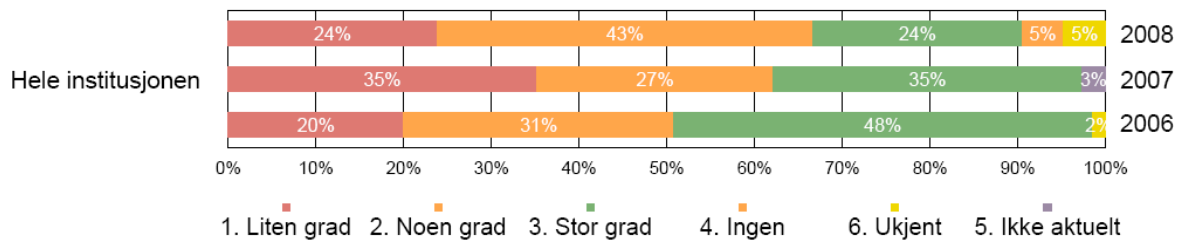
Får du nok tid til å samtaler og kontakt med behandler/behandlere ved behandlingsstedet?

13. Får du nok tid til samtaler og kontakt med behandler/behandlere ved behandlingsstedet?

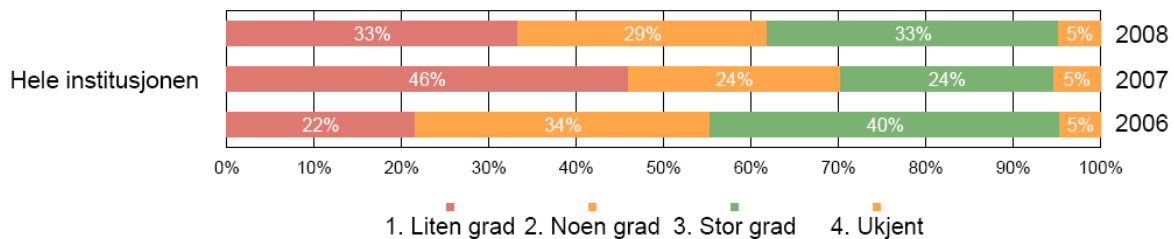
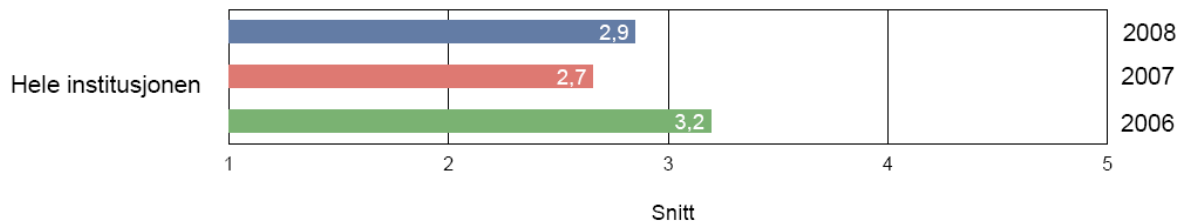


Har du hatt innflytelse på medisineringen din?

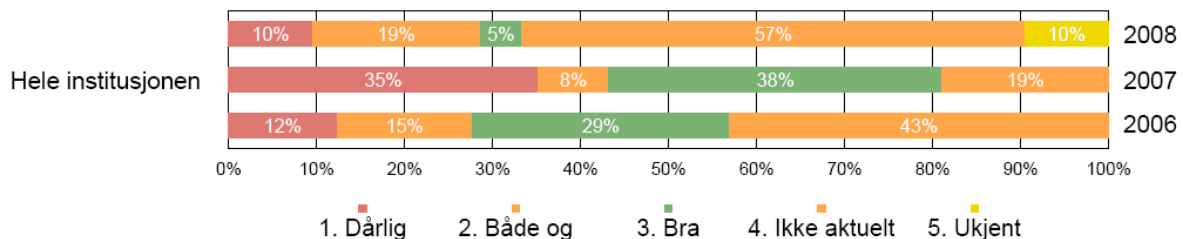
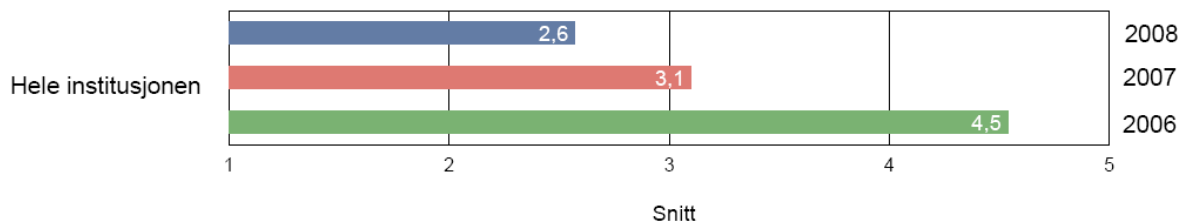




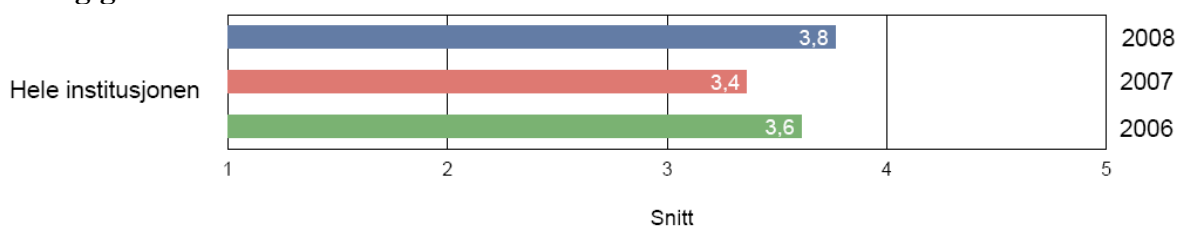
Hvor godt synes du tilbudet ivaretar dine behov for aktivitet og miljøterapi?

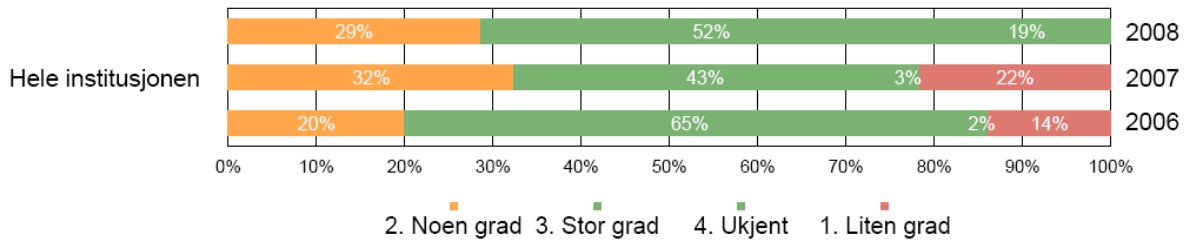


Hvordan samarbeider behandler/behandlere ved behandlingsstedet med dine pårørende?

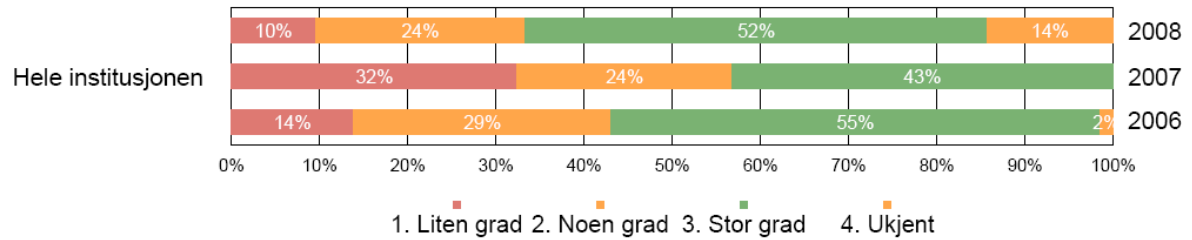
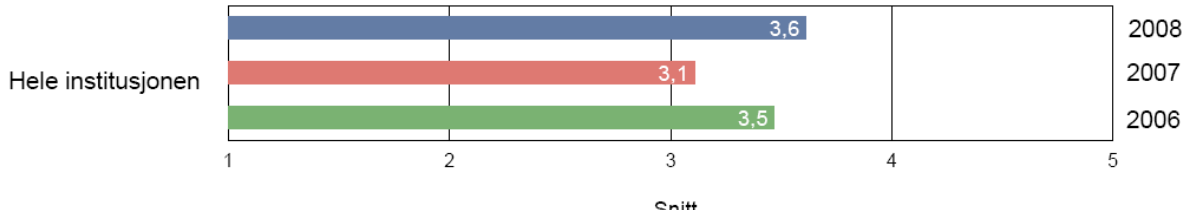


Hvor godt ivaretar behandlingen dine helhetlige behov for å mestre eget liv uten avhengighet av rusmidler?

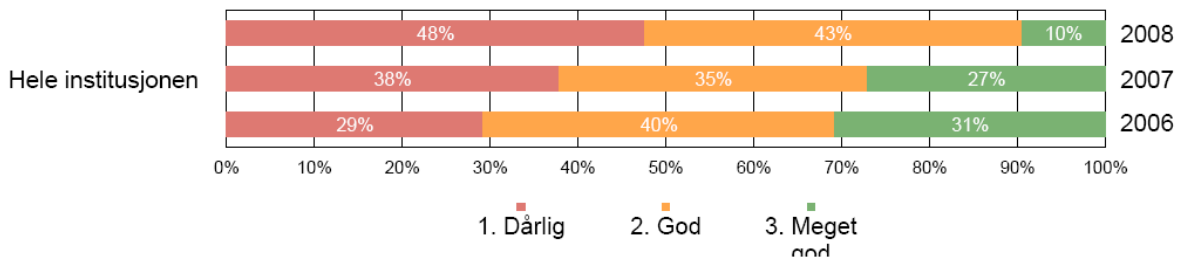
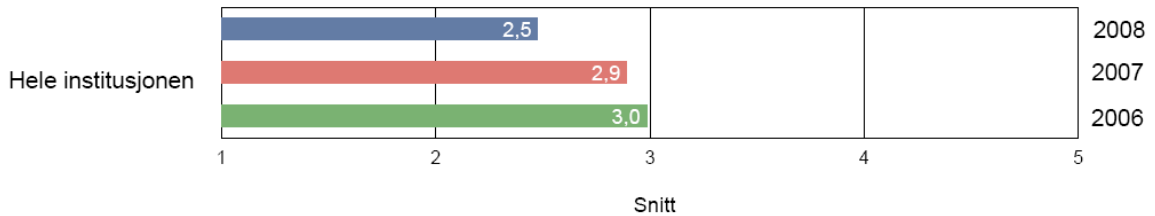




Opplever du at behandler/behandlere samarbeider med andre hjelpeinstanser?



Stort sett, vil du si din psykiske helse er?



Forskning og utvikling v/ LAR-Midt 2008

Ved LAR-Midt har vi i løpet av 2008 selv drevet eller vært involvert i 5 ulike forskning eller utviklingsprosjekter. Det har i løpet av 2008 vært nyttede betydelige ressurser knyttet til FOU prosjekter på alle nivå (tverrfaglig) i organisasjonen.

”Meta-kognitiv terapi som tillegg til ordinær LAR-behandling”

LAR-Midt startet i 2007 rekrutteringen til pilotprosjektet meta-kognitiv terapi for rusmestring, med det mål å utvikle en behandlingsmanual. Manualen er utviklet, på bakgrunn av utredning og behandling av 6 pasienter. Fokuset i 2008 har vært på rekruttering av pasienter med det mål å kunne gjennomføre en randomisert kontrollert studie på utfallet av metakognitiv terapi på rusmestring i løpet av 2010. Prosjektet er et samarbeid mellom LAR, Coperiosentret og NTNU. I løpet av 2008 har vi rekruttert 9 pasienter til studien. 5 har gjennomført hele utredningen og skal starte behandlingen i februar 2009 og 4 skal gjennomføre utredning i starten av 2009. Det er brukt kr 74.400 i 2008 (se spesifisert faktura fra desember 2008).

”Matching prosjektet”

LAR-Midt deltar i foretakets matching studie. Denne studien tar sikte på å utvikle et kartleggingsinstrument som skal gi bedre grunnlag for å vurdere pasienter til riktig behandlingsnivå. Lar- midt har i løpet av 2007 gjennomført opplæring av 2 ansatte i bruk av kartleggingsinstrumentet. Rekruttering til videofilmet opptak av treningsvideoer til prosjektet har vært hovedfokus for 2008. I løpet av året har vi rekruttert 9 pasienter til disse intervjuene.

”Behandlingsutfallsstudien”

I løpet av 2008 har vi vært involvert i rekrutteringen til foretakets behandlingsutfallsstudie. Fokuset har vært rekruttering til dybdeintervjuer, samt pasienter til selvutfylling av spørreskjema på tidspunktene; venteliste, behandlingsstart, behandlingsslutt, og etter behandling. Vi har rekruttert 2 pasienter til dybdeintervju (en videreført og en utskrevet). Vi har sendt ut skjema til 73 pasienter på venteliste samt puring, 6 pasienter ved behandlingsstart, 6 pasienter ved behandlingsslutt, og sendt ut skjema til 75 pasienter etter behandling samt puring.

”Kartlegging/Utredning i Database”

Databaseprosjektet er et prosjekt med intensjon om å benytte selvutfyllingsverktøy i en database for utredning og kartlegging av pasienter i rusbehandling. Dette skal benyttes klinisk til å utarbeide gode behandlingsplaner og evalueringer, samt til hjelp i diagnostiseringsarbeid. Databasen vil også gi anledning til evaluering av terapeutiske resultater, behandlingsplan og er unikt i.f.t samling av datamateriale til forskning. Prosjektet startet i 2006 og i løpet av 2007 ble databasestrukturen og et minimum av relevante kartleggingsverktøy lagt inn i systemet, slik at det var klart til uttesting i 2008. (utfyllende opplysninger se prosjektsøknad vedlegg 3). Dette er et utviklingsprosjekt, som kan danne grunnlaget for andre forskningsprosjekter.

I løpet av 2008 har LAR-Midt gjennomført uttesting av databasen med kartleggingsinstrumentet SCL-90. I perioden har det også vært gjennomført opplæring i bruk av databasen for konsulentene, og det har vært gjort en rekke justeringer av databasen underveis etter tilbakemeldinger fra brukerne i samarbeid med Coperio systems. Prosjektperioden er planlagt avsluttet i mars 2009.

”Qtc Prosjektet”

Med bakgrunn i at det har blitt rapportert om økt Qtc-tid ved medisinerings med metadon, men at det er få studier på dette, ble studien igangsatt. Studien omfatter også buprenorfin selv

om det ikke fines noen holdepunkter for at buprenorfin har vist økt QTc-intervall, men dette er mangelfullt studert.

Formålet med studien er å kartlegge forholdet mellom dosene og serumkonsentrasjonen av metadon og buprenorfin på den ene siden og QTc-tiden, både målt i absolutte tall og som en forandring etter påbegynt behandling, på den andre siden. I tillegg til å måle den totale serumkonsentrasjonen av metadon, vil også konsentrasjonen av enantiomerer (R)- og (S)-metadon bli målt. Vi ønsker også å se på serum kalium i denne studien for å se om det kan ha en sammenheng med QT tid. Hovedmålet er å kunne gi gode medisinske retningslinjer for primære og spesialist helsetjenesten som utleverer metadon/buprenorfin til pasienter. I dag er disse retningslinjene diffuse og spredte, noe som kan medføre risiko med tanke på pasienten sikkerhet. (prosjektbeskrivelse vedlegg 4)

Prosjektet ble startet som en multisenter studie med Stavanger, Bergen Kristiansand og LAR-Midt. Stavanger og Bergen har falt ut av studien. Ut i fra at to senter har falt ut av studien har måltallet for inkludering blitt redusert, måltallet er redusert til minimum 32 pasienter i hver gruppe. Kristiansand avslutter rekrutteringen av pasienter 31.12.2008, så det som er igjen av rekruttering faller på LAR-Midt.

Økonomi:

For 2008 var budsjettrammen;

Drift	12 002 000,-
<u>Legemidler</u>	<u>12.852.000,-</u>
Sum	24 854 000,-

LAR-Midt hadde i 2008 en opprinnelig budsjettamme på 25.396.000,-.

Budsjettammen ble i april redusert med 542.000,-. Ny ramme ble da 24.854.000,-
Reduksjonen forklares ved at planlagt 10 års jubileum for LAR-Midt ble tatt bort da dette ble lagt til en større konferanse arrangert av Rusbehandling Midt-Norge.

Totalt resultat for 2008 viser et forbruk på 24.258.000,



LAR-Midt
Postboks 4335
Besøksadresse; Kongens gt 27
7417 Trondheim
tlf; 73874260 fax; 73874261

www.lar-midt.no
e-post; hanne.berg@rus-midt.no