

**Regional plan
for tverrfagleg spesialisert
behandling for
rusmiddelmissbruk**

Helse Vest RHF

PLANFORSLAG TIL STYRET

MAI 2006

INNHALD

1 INNLEIING	3
2 MÅL OG UTFORDRINGAR.....	4
3 DOKUMENTERT GOD FAGLEG BEHANDLING FOR RUSMIDDELMISBRUK	8
4 PRINSIPP FOR UTVIKLING AV TENESTETILBODET	10
5 OVERSIKT OVER TENESTETILBODET	12
5.1 TENESTETYPAR	12
5.2 POLIKLINISK BEHANDLING	13
5.3 AVRUSING OG ABSTINENSBEHANDLING	14
5.4 KORTTIDS DØGNBEHANDLING	14
5.5 LANGTIDS DØGNBEHANDLING	14
5.6 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING	15
5.7 TILBAKEHALDING I INSTITUSJON	15
5.8 OPPSUMMERING AV STATUS FOR TENESTETILBODET	16
6 UTVIKLING AV TENESTETILBODET I HELSEREGION VEST	17
6.1 LOKALE TENESTER I HELSEFØRETAKSOMRÅDA.....	17
6.2 REGIONSDEKKJANDE TILBOD	21
6.3 BRUKARMEDVERKNAD OG BRUKARSTØTTE	22
6.4 KOMPETANSEUTVIKLING	22
6.5 KVALITET	24
6.6 OPPSUMMERING	25
7 KJELDER.....	29
8 VEDLEGG	30

1 INNLEIING

Helse Vest RHF fekk frå 1.1.04 ansvar for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Rusreforma medførte at det ansvaret fylkeskommunen hadde hatt etter sosialtenestelova, blei overført til dei regionale helseføretaka.

Dei regionale helseføretaka tredde inn i dei avtalane fylkeskommunane hadde inngått med private tenesteleverandørar.

Tenestene blei heimla i spesialisthelsetenestelova og definerte som ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk”. Det medførte at det ansvaret dei regionale helseføretaka hadde hatt for å ”sørge for”, no blei utvida.

Helse Vest RHF har ansvar for å sjå til at personar med fast bustad eller opphald i helseregionen får tilbod om spesialisthelseteneste i og utanom institusjon. Det gjeld òg:

”Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenestelovens §§ 6-2 til 6-3 (jfr spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a, pkt 5)”

Tenestene er helsetenester, og institusjonane som yter dei, helseinstitusjonar. Verksemda er regulert av helselovgivinga.

Med utgangspunkt i det nye ”sørge for”-ansvaret blei det sett ned ei prosjektgruppe som fekk i oppdrag

- å gi ei kort beskriving og vurdering av tenestetilbodet i dag
- å fremje forslag til korleis tenestene kan utviklast i tråd med det nye ansvaret
- å fremje forslag til rutinar, samhandling og arbeidsdeling som sikrar god pasientflyt, oppfyljing av pasientrettar, rett prioritering, god samhandling mellom tiltaka/kommunane og effektiv utnytting av dei samla ressursane
- å kalkulere kostnadene med alle nye tiltak som blir foreslått

Desse har vore med i prosjektgruppa:

- Helse Stavanger: Randi Mobæk og Espen Andreas Enoksen
- Helse Fonna: Anne Lise Kvalevåg og Bernt Netland
- Helse Bergen: Mette Borthne Jentoft og Geir Lien
- Helse Førde: Ester Andreassen og Harald Munkholm
- Tillitsvald: Svein Olav Melberg, Helse Bergen
- Brukarrepresentant: Per Inge Børresen frå Brukerorganisasjonen Vekst
- Private:
 - Margunn Mo frå Askøy Blå Kors Klinik
 - May Karin Gismervik / Anders Hellman frå Rogland A-senter
 - Geir Iversen frå Haugaland A-senter
 - Kari Lossius og Svein Pedersen frå Stiftelsen Bergensklinikkene
- Helse Vest: Hans Stenby (leiar av arbeidsgruppa) og Kristine Enger

Den regionale planen for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk legg grunnlaget for utvikling og oppfølging av rusreforma i Helseregion Vest. Planen skisserer først og fremst overordna mål, strategiar og prinsipp for utvikling av tenestetilbodet. Planen legg premisser for vidare planarbeid i det enkelte helseføretaksområdet og peiker på særleg viktige utviklingsområde.

2 MÅL OG UTFORDRINGAR

Overordna mål

Det overordna målet med rusreforma er å sikre eit betre og meir fullstendig behandlingstilbod til rusmiddelmisbrukarar.

Det er viktig å understreke at rusreforma er ei reform, ikkje berre ei teknisk overføring av eit ansvar. Rusreforma er ei helsepolitisk reform og eit verkemiddel for å styrkje tenestetilbodet til rusmiddelmisbrukarar. Reforma legg til rette for at rusmiddelmisbrukarar kan få betre tenester og lettare tilgang til spesialiserte helsetenester. Gjennom lovheimling av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetenesta er reforma òg ei pasientrettsreform. Pasientrettane gjeld no generelt som for andre pasientgrupper.

Rusreforma kan på denne bakgrunnen sjåast både som ei ansvarsreform, ei pasientrettsreform og ei haldningsreform. Det siste fordi det òg blir understreka at personar med rusmiddelproblem skal likestillast med andre pasientar når det gjeld behovet for helsetenester.

Nedanfor gir vi ei kort oppsummering av dei viktigaste utfordringane som følgjer av rusreforma for Helse Vest.

Den helsefaglege profilen må styrkjast

Den helsefaglege profilen i dei tiltaka som gir tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukarar, må styrkjast gjennom auka vekt på rekruttering av spesialisert helsepersonell som til dømes psykologar, psykiatriske sjukepleiarar og legar. Samtidig må den sosialfaglege kompetansen sikrast.

Avrusings-/avgiftingstilbodet må styrkjast

Nasjonalt er det fastslått behov for å styrkje avrusings-/avgiftingstilbodet til rusmiddelmisbrukarar, både det faglege innhaldet og kapasiteten.

Kunnskapsgrunnlaget må forbetrast

Behandlingstenester til rusmiddelmisbrukarar skal utviklast på basis av føreliggjande kunnskap. Eit viktig mål med rusreforma er at behandlingresultata skal bli betre. Det krev mellom anna at helseføretaka medverkar til kunnskapsutvikling og held seg oppdaterte om resultat frå nasjonal og internasjonal forskning på området.

Behandlingstilbodet må vere fullstendig

Behandlingstilbodet til rusmiddelmisbrukarar skal vere fullstendig og ta utgangspunkt i totalsituasjonen til pasienten. Pasientar som treng behandling for både rusmiddelproblem, psykiske lidningar og/eller somatiske lidningar, skal ha eit behandlingstilbod som stettar alle dei aktuelle behova.

Brukarmedverknad og tilbod til pårørande må styrkjast

Brukarmedverknad krev informasjon og opplæring for pasientar, pårørande, tenesteytarar og avgjerdstakarar. Det må spreia informasjon om kva det vil seie å vere rusmiddelmissbrukar eller rusavhengig, om tilbod i hjelpeapparatet, om rettar og om situasjonen for dei pårørande. Ikkje berre pasienten sjølv, men òg dei pårørande må i mange samanhengar reknast som brukarar av tenestene som blir tilbydde. Ei liding hos ein familiemedlem påverkar heile familien. Ei prioritert oppgåve er å gjere partane meir klar over situasjonen for barna og å prioritere arbeidet med barnefamiliar, spesielt med tanke på kva som er trygt for barna og ved å skjerme dei frå dei negative følgjene av rusmiddelmissbruk.

Kunnskapen om rusmiddelmissbruk må styrkjast i spesialisthelsetenesta generelt

Tilsette i den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetenesta har generelt avgrensa kunnskap om rusmiddelmissbrukarar og dei spesielle behova til denne gruppa. Skal intensjonen om betre samordning bli oppfylt, er det nødvendig å setje i gang tiltak som kan gi tilsette i ulike delar av spesialisthelsetenesta nødvendig kompetanse. Dei distriktpsykiatriske sentra skal kunne gi behandling til pasientar med rusproblem og psykiske lidningar. Kompetanse i behandling av rusmiddelmissbruk i barne- og ungdomspsykiatrien må understrekast som spesielt viktig.

Private behandlingstiltak må nyttast

Private behandlingstiltak skal inngå i tilbodet til rusmiddelmissbrukarar på basis av tidsavgrensa driftsavtalar med dei regionale helseføretaka. Private aktørar skal kunne tilby tenester på likeverdig grunnlag. Krava til kvalitet, resultat, kompetanse, dokumentasjon, rapportering og liknande skal vere dei same for private som for offentlege behandlingstiltak. Dei regionale helseføretaka må vidareutvikle bestillarkompetansen sin og utforme gode avtalar med private aktørar til beste for pasientane.

Kommunane må ta eige ansvar

Rusreforma rører ikkje ved det samla ansvaret til den kommunale sosialtenesta, men føretaka har ansvar for å halde seg orienterte om problemomfanget i kommunane. Varierende behov gjer at helseføretaka må tilby eit differensiert, tverrfagleg spesialisert behandlingstilbod både i og utanfor institusjon. I tillegg er døgnbehandlingstiltak ved lov pålagde å varsle sosialtenesta i god tid før utskrivning dersom det er behov for vidare hjelpetiltak frå sosialtenesta, og dersom pasienten samtykkjer i at sosialtenesta blir varsla. I tilfelle der individuell plan ligg føre, vil slik varsling vere eit naturleg element. Retten til individuell plan for personar som har behov for langvarige og koordinerte tenester, følgjer av sosialtenestelova § 4–3a og pasientrettslova § 2–5, jf. spesialisthelsetenestelova § 2–5, kommunehelsetenestelova § 6–2a og lov om psykisk helsevern § 4–1, som til saman utgjer lovgrunnlaget for koordinering og samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og helse- og sosialtenesta i kommunane.

Tilstrekkeleg kapasitet for tilbakehalding

Dei regionale helseføretaka skal sørge for tilstrekkeleg kapasitet til å ta imot rusmiddelmissbrukarar når fylkesnemndene for sosiale saker gjer vedtak om tilbakehalding ved tvang (jf. sosialtenestelova §§ 6–2 og 6–2a). Dei aktuelle institusjonane må leggje stor vekt på individuelt tilpassa behandlingstilbod for denne pasientgruppa. Når rusmiddelmissbrukarar blir skrivne ut etter vedtak i samsvar med sosialtenestelova §§ 6–2 og 6–2a, skal sosialtenesta alltid varslast.

Etter sosialtenestelova § 6–3 kan ein behandlingsinstitusjon som er utpekt av eit regionalt helseføretak, setje som vilkår at ein rusmiddelmissbrukar kan haldast tilbake i inntil tre veker

når misbrukaren blir teken inn i institusjonen etter eige samtykke. Føreseigna i § 6–3 er å rekne som ”hovudregelen” for bruk av tvang mot rusmiddelmissbrukarar.

Legemiddelassistert rehabilitering skal inngå i det samla tilbodet

LAR skal vere ein del av eit samla behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar. Dei regionale helseføretaka skal leggje til rette for at rusmiddelmissbrukarar som ønskjer substitusjonsbehandling for heroinmisbruk, og som fyller dei fastsette kriteria, kan få slik behandling innanfor eit samla opplegg.

Også domfelte har rettar som skal oppfyllest

Til kvar tid sit om lag 1800 rusmiddelmissbrukarar i fengsel. Den landsomfattande undersøkinga ”Levekår blant innsatte” dokumenterer at 60 % av dei som blir sette i fengsel, har eit rusproblem. Dei fleste innsette rusmiddelmissbrukarar har ein kronisk sjukdom, og mange har psykiske lidingar (FAFO 2004).

Straffedømde har same rett til spesialisthelsetenester som andre. Føreseigna i pasientrettslova om fritt val av behandlingsstad gjeld òg for rusmiddelmissbrukarar når behandlinga blir gitt innanfor ramma av straffegjennomføringslova § 12.

Vurderingsansvaret må varetakast

Ved tilvising har pasientar krav på å få helsetilstanden sin vurdert innan 30 yrkedagar (pasientrettslova § 2–2). For pasientar som får rett til nødvendig helsehjelp, skal spesialisthelsetenesta i tillegg setje ein siste frist for når det er medisinsk forsvarleg å gi behandling (§ 2–1).

Det er viktig å gjere gode vurderingar av hjelpe- og behandlingsbehovet til pasienten, og slike vurderingar må nedfyllast i individuelle planar. Det er òg viktig å hindre tilvising til spesialiserte behandlingstiltak i tilfelle der pasienten først og fremst har behov for omsorgsretta tiltak.

Utvikling i rusmiddelsituasjonen

Arbeids- og sosialdepartementet gav i juli 2005 ut ein statusrapport over rusmiddelsituasjonen i Noreg. Rapporten viser at alkoholkonsumet i befolkninga samla sett aukar. Sjølv om kvinner og jenter enno har eit lågare alkoholkonsum enn menn og gutar, er forskjellen mindre enn før.

Alkoholforbruket blant ungdom har auka relativt mykje frå slutten av 1990-åra. Likeeins viser spørjeskjemaundersøkingar at prosentdelen av unge i aldersgruppa 15–20 år som rapporterer at dei har brukt ulike narkotiske stoff, har auka frå først på 1990-talet til dei seinare åra. Det har òg vore ein klar auke i prosentdelen av unge vaksne som svarer at dei har brukt narkotiske stoff (Helsedepartementet 2004).

På landsbasis er det mellom 11 000 og 15 000 injiserande sprøytemissbrukarar. Av tunge stoffmissbrukarar utgjer menn 70 % og kvinner 30 %, men blant dei unge er det relativt sett fleire kvinner (EMCDDA – National report 2005).

Overslag tyder på at 200 000 barn har foreldre med rusmiddelproblem. Barn som lever med rusmiddelmissbrukande foreldre, er ei sårbar gruppe med auka risiko for å utvikle ei rekkje psykiske og sosiale vanskar og rusmiddelmissbruk. Å redusere rusmiddelmissbruken, og dermed dei negative konsekvensane av rusmiddelmissbruk i samfunnet, er ei av dei største folkehelseutfordringane i Noreg.

Vi veit ein god del om status i dag, men lite om kva behov for behandling vi vil stå overfor i framtida.

Oppsummering

Utfordringane kan oppsummerast slik:

- For at "sørge for"-ansvaret skal vere oppfylt, må tilstrekkeleg spesialisert tverrfagleg behandling til rusmiddelmissbrukarar vere sikra.
- Det må sikrast nødvendig kompetanse og kapasitet til vurdering og utgreiing av behandlingsbehov.
- Avrusingstilbodet må styrkjast både fagleg og kapasitetsmessig.
- Det må sikrast tilstrekkeleg kapasitet til å ta imot rusmiddelmissbrukarar etter vedtak om tilbakehalding ved tvang.
- Det må sikrast institusjonstilbod som er eigna til å ta imot domfelte etter straffegjennomføringslova § 12.
- Tenestetilbodet må vere samanhengande og fullstendig og må ystast i nært samarbeid og forståing med kommunane.
- Psykiatriske, somatiske og rusfaglege tenester må samordnast, slik at alle aktuelle behov kan dekkjast på ein samordna måte.
- Det må leggjast til rette for god ressursutnytting og samordna pasientforløp.
- Det må fokuserast meir på pårørandeproblematikken i heile behandlingsnettverket.
- Rusmiddelmissbrukarar må sikrast reelle pasientrettar, inklusive rett til fritt val av behandlingsstad.
- Behandlingsresultata må bli betre gjennom kunnskapsutvikling, samordning og jamleg evaluering.
- Det må leggjast til rette for rapportering regionalt og nasjonalt.
- Det må skaffast kunnskap om utfordringar i eit lengre perspektiv.

3 DOKUMENTERT GOD FAGLEG BEHANDLING FOR RUSMIDDELMISBRUK

Sosial- og helsedepartementet gav i 2001 ein forskarkommisjon i oppgåve å sjå på kunnskapsgrunnlaget for rusmiddelpolitikken. Arbeidet resulterte i NOU 2003:4 "Forskning på rusmiddelfeltet", som mellom anna gir ei oppsummering av kva ein veit om effekten av behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukarar.

Nedanfor presenterer vi nokre av konklusjonane frå NOU 2003:4. I tillegg supplerer vi med informasjon frå ei anna sentral kjelde, SIRUS-rapport nr. 4/2003. Biletet av kva som er fagleg god behandling for rusmiddelmisbruk, er likevel ikkje komplett med dette.

Forskarkommisjonen baserer vurderingane sine på resultat frå internasjonale kunnskapsoppsummeringar. I den grad norske behandlingsstudiar oppfylte dei fastsette kriteria, var desse tekne med. Her er eit oversyn over dei behandlingstiltaka for rusmiddelmisbrukarar som kommisjonen fann hadde dokumentert effekt.

Miniintervensjonar ved risikofylt forbruk

Screening og rådgiving frå helsepersonell til pasientar med sannsynleg risikofylt alkoholforbruk har positive effektar.

Avrusing/avgifting

For alkoholavhengige gir bruk av medikament under avrusing/avgifting betre effekt når det gjeld symptomlindring og reduksjon av komplikasjonar, enn avrusing utan medikament. Det same gjeld med omsyn til symptomlindring for opioidavhengige pasientar.

Psykososial behandling

Spesifikke psykososiale behandlingstiltak gir betre resultat enn "standard behandling" (det vil seie ikkje-spesifikk intervensjon). Sjølv om denne konklusjonen i hovudsak er basert på studiar av personar med eit problematisk alkoholforbruk, er det grunn til å tru at det same gjeld for rusmiddelmisbrukarar generelt.

Avgrensa behandling ser ut til å ha same effekt som meir omfattande behandling for personar med lette eller moderate alkoholproblem. Dei best dokumenterte intervensjonane for å redusere alkoholkonsumet til personar med lette/moderate alkoholproblem, er kognitiv åtferdsterapi som til dømes trening i sjølvkontroll og eksponeringsterapi.

For personar med moderate/alvorlege alkoholproblem er dei best dokumenterte intervensjonane kognitiv åtferdsterapi, parterapi, tolvtrinnsbehandling, "Community Reinforcement Approach" (CRA) og motiverande samtalar.

For opioidavhengige er det ein viss dokumentasjon på at psykoterapi har effekt.

Medikamentell behandling

Disulfiram og acamprosat kombinert med rådgiving reduserer alkoholforbruket hos personar med eit problematisk alkoholkonsum, og det er ein viss dokumentasjon på at naltrexon og nalmefen har tilsvarande effekt.

Metadonbehandling av opioidavhengige har stor effekt når det gjeld å redusere behandlingsfråfall, dødsrate og misbruk samanlikna med inga behandling. Det er ein viss

dokumentasjon på at buprenofin er like effektivt som metadon med når det gjeld å redusere misbruk og fråfall i behandlinga.

Forskarkommisjonen konsentrerte seg om å oppsummere kunnskapsstatus med omsyn til effektar av tiltak på rusmiddelfeltet. Den forskinga kommisjonen har oppsummert, har sin styrke der innsatsfaktorane er velavgrensa og der det er kontrollert for verknadene av andre faktorar som kan tenkjast å påverke målet. Ein kan då gi ganske gode svar på om den eine typen tiltak er betre enn den andre, eller betre enn ingenting.

Situasjonen er meir komplisert nå det gjeld samansette tiltak, der det er vanskelegare å avgrense innsatsfaktorane. Her har det vist seg vanskeleg å gjennomføre gode effektstudiar med overføringsverdi.

Behandlingstilbod til rusmiddelmisbrukarar vil svært ofte vere prega av at det nettopp er samansette tiltak over tid som skal til for å oppnå eit godt behandlingsresultat.

Behandling nyttar

SIRUS-rapporten ”Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?” byr på viktig kunnskap når det gjeld å betre kunnskapsgrunnlaget for vedtak om behandling av narkotikamisbrukarar i Noreg (SIRUS-rapport nr. 4/2003).

For å kunne samanlikne ulike behandlingstiltak samla undersøkinga inn informasjon frå 482 klientar i 20 ulike behandlingstiltak. Klientane blei intervjuva tre gonger med eitt års mellomrom. Dei ulike tiltaka blei valde ut slik at dei representerte ulike behandlingsformer (poliklinisk behandling, døgnbehandling og legemiddelassistert rehabilitering).

Nokre viktige konklusjonar frå arbeidet:

- Behandling nyttar.
- Det finst ein viss grad av ”matching” i type behandlingstiltak, men det er rom for forbetringar.
- Systematisk bruk av behandlingsskjeder, med tiltak planlagde og avpassa etter dei mange og samansette behova til pasienten, var lite utbreidd.

Funn i undersøkinga viser kor nødvendig samspel mellom behandlingstiltak og omliggjande instansar og nærsamfunn er. I døgninstitusjonane er det registrert omfattande intervensjonar med omsyn til utdanning og arbeidstrening, og dette synest å vere ei naturleg prioritering når klienten ikkje har fullført skulegang og har minimal arbeidserfaring.

Oppfølgingsundersøkingar viser likevel at klientane i liten grad er komne i arbeid, og at tilpassa skule- og/eller arbeidstilbod er ein føresetnad for eit meir produktivt liv etter behandlinga.

Oppsummert kan ein seie at det er store variasjonar i behandlingsbehov, og mange pasientar har samansette og komplekse problem som krev koordinert og samtidig bistand frå fleire instansar. Behandling av rusmiddelrelaterte lidningar er som oftast òg langtidsbehandling, anten i form av rein poliklinisk behandling eller som alternerande sekvensar av polikliniske, dagbaserte og/eller døgnbaserte tilbod. Det er heilt vanleg at ein står overfor behandlingsforløp prega av funksjonsforbetring med periodar av tilbakefall. Slike tilbakefall er meir eit uttrykk for kompleksiteten i lidinga enn for dårleg behandlingsprognose.

Utfordringa blir å organisere tilbodet slik at tilbakefall ikkje automatisk fører til avbrot i sjølve behandlinga, men heller til at innhald og tilbodsmessig vekting blir tilpassa på ein måte som samsvarer med den fasen pasienten er i. Det er behov for eit samla tilbodsmønster som fort kan fange opp endringar i aktuelle pasientbehov utan unødvendige og destruktive behandlingsavbrot.

4 PRINSIPP FOR UTVIKLING AV TENESTETILBODET

Basistenester i alle helseføretaksområda

Rusreforma var mellom anna grunnlagt med at rusmiddelmissbrukarar ikkje fekk tilstrekkeleg tilgang til helsetenester. Gjennom rusreforma er tverrfagleg spesialiserte tenester for rusmiddelmissbrukarar heimla i spesialisthelsetenestelova, og tenestene er spesialisthelseteneste. Brukarane er pasientar med same rettar som andre pasientar.

Rusmiddelmissbrukarar har ofte eit samtidig behov for hjelp med somatiske plager, medfølgjande psykiske lidningar og misbruksproblematikk. Tenestene på desse områda er lagde til somatiske sjukehus, psykiatriske einingar og ulike rustiltak som tidlegare var heimla i sosialtenestelova.

Gjennom rusreforma er det lagt eit ansvarsmessig og organisatorisk grunnlag for ei sterkare samordning av desse tenestene.

Føretaksstrukturen i Helse Vest omfattar fire helseføretak, som yter somatiske og psykiatriske spesialisthelsetenester med utgangspunkt i geografiske område, og eitt felles apotekføretak. Det blir ytt basistenester i alle dei fire føretaksområda, mellom anna ut frå eit ønske om nærleik og lett tilgang til tenestene.

Tenestene til rusmiddelmissbrukarar bør organiserast på same måten. Det inneber at kvart føretaksområde bør tilby basistenester. Det vil skape nærleik til tenestene, lette tilgangen og leggje eit grunnlag for kontinuitet i tenesteytinga. Det vil gi betre grunnlag for samordning av tenestene og leggje til rette for samhandling lokalt, også med kommunane.

Med dette som utgangspunkt er det gjort ei vurdering av kva for tenester som bør vere basistenester i kvart føretaksområde, og kva for nokre det av ressursmessige årsaker ikkje vil vere rett å byggje opp i kvart føretaksområde.

Vi foreslår at kvart helseføretaksområde skal yte følgjande tenester:

- vurdering av behandlingsbehov og formidling av behandlingstilbod
- poliklinisk behandling
- avrusing, akutttilbod og døgnbasert stabilisering
- korttids døgnbehandling inntil seks månader
- legemiddelassistert rehabilitering
- tilbakehalding (§§ 6–2a og 6–3)

Tilbakehalding gjeld gravide (§ 6–2a) som bør ha tilknytning til nærmiljøet, og tilbakehalding med samtykke (§ 6–3).

Når det gjeld langtids døgnbehandling og tilbakehalding utan samtykke (§ 6–2), foreslår vi at tenestene skal fungere som ein fellesressurs for heile regionen, altså som regionsdekkjande tenester.

Samordning mellom tenester

I Helseregion Vest står private organisasjonar for drifta av ein stor del av dei tiltaka som blei overførte i samband med rusreforma. Helse Vest har avtalar med desse organisasjonane, og tenesteytinga er regulert gjennom avtalane.

I tillegg til at det er mange private tiltak, er det ei særleg utfordring på dette området å få til ei god samordning og arbeidsdeling mellom dei private tiltaka og helseføretaka.

På andre område er oppgåvefordelinga i avtalar med private tiltak hovudsakleg basert på geografiske opptaksområde. Dette er mogleg fordi helseføretaka har tilsvarende og parallelle tenester.

På rusområdet skal tenestene ofte utfylle kvarandre på ein annan måte. Ein rusmiddelmisbrukar kan særleg ha behov for tenester retta mot avhengige, eit felt der dei private tiltaka har sin hovudkompetanse, men kan òg ha bruk for tenester innanfor psykisk helsevern og for somatiske tenester i helseføretaka. Ei hovudutfordring er å samordne desse tenestene på tvers av organisatoriske og eigarmessige skilje.

Vi foreslår at det i kvart helseføretaksområde blir inngått lokale avtalar som nærmare regulerer arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private tiltaka som Helse Vest har avtale med.

Eit velfungerande, lokalt forankra og differensiert behandlingsnettverk er eit grunnelement i eit individuelt tilpassa behandlingstilbod.

Helseføretaka må ta lokalt ansvar

Som nemnt ovanfor har behandlingstilbodet til rusmiddelmisbrukarar i Helseregion Vest i hovudsak vore drive av private organisasjonar. Helseføretaka har i liten grad hatt eigne tiltak på dette området, sjølv om ein stor del av pasientane både innanfor somatikk og psykiatri har problem i samband med rusmiddelmisbruk og avhengnad.

Eit hovudmoment i reforma er å styrkje dei helsefaglege tenestene til rusmiddelmisbrukarane.

Helseføretaka treng auka fagkompetanse på rusmiddel- og avhengnadsproblem, og må ta eit meir heilskapleg lokalt ansvar også for rusmiddelmisbrukarar.

Helseføretaka må ha eit hovudansvar for å dimensjonere og utvikle tenestene lokalt i kvart helseføretaksområde i nært samarbeid med dei private tenesteytarane.

Det inneber mellom anna

- å vurdere behovet for ulike tenester i føretaksområdet i samarbeid med kommunane og private leverandørar
- å gjere bruk av samla kompetanse i samarbeid med private leverandørar og sørgje for kompetanseheving på området

- å sikre god samordning av tenester internt i føretaket, med private leverandørar og med kommunane
- å samarbeide om og ta ansvar for utvikling av regionsdekkjande tenester
- å ta ansvar for kjøp av gjesteplassar
- å utarbeide lokale planar med utgangspunkt i overordna føringar, i samarbeid med private leverandørar

Helseføretaka har eit koordineringsansvar når det gjeld spesialisthelsetenester for rusmiddelmissbrukarar, og bruken av private aktørar må innpassast i eit samla tilbod om spesialisthelsetenester. Tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk bør utviklast i nær samanheng med vidareutviklinga av det psykiske helsevernet og dei somatiske tenestene.

5 OVERSIKT OVER TENESTETILBODET

5.1 TENESTETYPAR

Poliklinikkar som tek imot tilvisingar til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk:

Helse Førde har fire psykiatriske poliklinikkar, som er lagde til Førde, Florø, Nordfjordeid og Sogndal. Helse Bergen har to psykiatriske ungdomsteam, eitt ved Fjell og Årstad DPS og eitt ved Bjørgvin DPS, begge i Bergen. Helse Fonna har ein psykiatrisk poliklinikk i Odda og eit psykiatrisk ungdomsteam i Haugesund. Helse Stavanger har to psykiatriske ungdomsteam, eitt i Stavanger og eitt i Sandnes.

Regionen har dessutan fleire poliklinikkar ved private institusjonar som har avtale med Helse Vest RHF. I Bergen har Stiftelsen Bergensklinikkene både poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam. I Haugesund har Haugaland A-senter poliklinikk. Det same har Rogaland A-senter i Stavanger og Blå Kors poliklinikk i Sandnes.

Alle desse poliklinikkane, og dessutan Askøy Blå Kors Klinikk, er vurderingseiningar som tek imot tilvisingar frå legar, sosialteneste og anna spesialisthelseteneste til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Speleavhengige har tilbod ved Blå Kors Poliklinikk Sandnes, Haugaland A-senter, BUP poliklinikk ved Førde sentralsjukehus og ved psykiatrisk poliklinikk på Nordfjordeid.

Avrusing og abstinensbehandling

Tilboda for avrusing og abstinensbehandling i regionen er lagde til Bergen og Stavanger. Stiftelsen Bergensklinikkene (33 plassar) og Rogaland A-senter (8 plassar) er tenestetilbydarar.

Korttids døgnbehandling

Korttids døgnbehandling er behandlingstilbod som varer i inntil seks månader. Tiltaka er tverrfaglege. Tenester for korttids døgnbehandling finn vi på Askøy, i Bergen, i Haugesund og i Stavanger. Tenestetilbydarar er Askøy Blå Kors Klinikk (32 plassar), Stiftelsen Bergensklinikkene (32 plassar), Haugaland A-senter (14 plassar) og Rogaland A-senter (12 plassar).

Langtids døgntil behandling

Langtids døgntil behandling er behandling som går over meir enn seks månader. Desse tiltaka tilbyr normalt eit behandlingsforløp i fleire fasar. Tiltaka er tverrfaglege, men har hovudvekt på ei sosialfagleg tilnærming i behandlinga. Tenester for langtids døgntil behandling finn vi på Radøy, i Bergen, på Karmøy og Finnøy og i Stavanger. Tenestetilbydarar er Floen kollektivet, Helse Bergen (19 plassar), Kalfaret behandlingssenter (9 plassar), Ungdomsenheten Tuastad, Helse Fonna (8 plassar + 4 oppfølgingsplassar i eigen bustad), Duedalen Blå Kors Behandlingssenter (12 plassar), Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter (14 plassar) og Gauselskogen utrednings- og behandlingssenter, Helse Stavanger (15 plassar). Den siste er ein institusjon for pasientar med rusmiddelproblem og psykiske lidningar.

I tillegg har Helse Vest inngått avtale med Karmsund ABR-senter ved Vikedal Ressurscenter (8 plassar) i Vindafjord, der ein berre betaler for dei plassane som er i bruk.

Legemiddelassistert rehabilitering

I regionen er det to senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) – eitt i Bergen og eitt i Stavanger. Dette er Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering ved Stiftelsen Bergensklinikkene og LAR Rogaland ved Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter.

Tilbakehalding i institusjon

I regionen har Helse Vest peikt ut nokre institusjonar til å ta imot pasientar som blir lagde inn i spesialisthelsetenesta etter tvangsparagrafane § 6–2, § 6–2a og § 6–3 i sosialtenestelova. Dette er Askøy Blå Kors Klinikk, Stiftelsen Bergensklinikkene, Haugaland A-senter (berre § 6–2a og § 6–3) og Rogaland A-senter (berre § 6–2a og § 6–3). Pasientar med vedvarande alvorleg rusmisbruk i kombinasjon med alvorleg psykisk lidning kan helseføretaka ta imot i tiltaka for psykisk helsevern.

5.2 POLIKLINISK BEHANDLING

Dei polikliniske tenestene dekkjer alle fasar i eit samla behandlingsopplegg, frå innleiande vurderingar, kartlegging, utgreiing og tidleg diagnostikk til behandling som strekkjer seg over fleire år. Poliklinikkane er sentrale berarar av behandlingssmessig kontinuitet i relasjon til pasientar som i periodar òg har behov for ulike typar døgntil behandling. Poliklinikkane gir eit differensiert behandlingstilbod som òg omfattar tilbod til pårørande, familie og sosialt nettverk.

Innan 30 yrkedagar etter at det er motteke tilvising, skal helsetilstanden til pasienten vurderast med tanke på pasientrettar (pasientrettslova §§ 2–1 og 2–2), behov for vidare undersøkingar og behandling. Det er viktig å skilje mellom denne vurderinga og ei meir omfattande utgreiing, som for nokre pasientar vil vere nødvendig for å kartleggje behandlingsbehovet.

Opptaksområdet til Helse Stavanger har det best utbygde polikliniske tenestetilbodet når vi ser på årsverk og polikliniske konsultasjonar i høve til innbyggjartalet. Det polikliniske tilbodet her omfattar òg to ambulante team ved dei psykiatriske ungdomsteama. Forskjellane er mindre mellom dei andre opptaksområda. Opptaksområdet til Helse Bergen manglar tilbod til speleavhengige.

Helse Førde og Helse Fonna har flest helsefaglege årsverk rekna i prosent av samla tal fagårsverk, høvesvis 71 % og 73 %. Her kjem opptaksområdet til Helse Bergen lågast ut med 38 %.

I vedlegget er det teke inn eit kart over opptaksområda, og fleire tabellar (tabell 1, 2 og 3) viser korleis det polikliniske tenestetilbodet fordeler seg på opptaksområda til helseføretaka.

Ved utgangen av september 2005 venta 216 personar på poliklinisk behandling i regionen. Den gjennomsnittlege ventetida varierer, men låg i perioden frå januar til september 2005 på mellom 10 og 13 veker for dei med lågast prioritet (anna helsehjelp).

5.3 AVRUSING OG ABSTINENSBEHANDLING

Nokre pasientar har behov for avrusing og abstinensbehandling før innlegging og vidare behandling ved ein døgninstitusjon. Det gjeld òg ved igangsetjing av legemiddelassistert rehabilitering. Avrusinga varer normalt i 10–14 dagar.

Helse Bergen er det opptaksområdet som har flest avrusingsplassar. I opptaksområda for Helse Førde og Helse Fonna er det ingen særskilde døgnstilbod for avrusing og abstinensbehandling (tabell 5 i vedlegget).

Samla beleggsprosent på avrusingsplassane dei første åtte månadene i 2005 var 80,7.

Ved utgangen av september 2005 venta 138 personar på avrusing i regionen. Den gjennomsnittlege ventetida varierer, men låg i perioden frå januar til september 2005 på mellom fem og sju veker for dei med lågast prioritet (anna helsehjelp).

5.4 KORTTIDS DØGNBEHANDLING

Helse Bergen er det opptaksområdet som har flest korttids døgnplassar. Opptaksområdet til Helse Førde har ikkje korttids døgnstilbod (tabell 4 i vedlegget).

Samla beleggsprosent på korttids døgnplassar dei første åtte månadene i 2005 var 86,3.

Ved utgangen av september 2005 venta 223 personar på korttids døgnbehandling i regionen. Den gjennomsnittlege ventetida varierer, men låg i perioden frå januar til september 2005 på mellom 20 og 25 veker for dei med lågast prioritet (anna helsehjelp).

5.5 LANGTIDS DØGNBEHANDLING

Helse Stavanger er det opptaksområdet som har flest langtids døgnplassar. I opptaksområdet til Helse Førde er det ingen langtids døgnstilbod (tabell 7 og 8 i vedlegget). Hovudvekta av tilbodet er for pasientar over 18 år. Ingen av langtidstilboda i Helseregion Vest har tilbod til familiar eller par.

Samla beleggsprosent på langtids døgnplassar dei første åtte månadene i 2005 var 90,7.

Ved utgangen av september 2005 venta 44 personar på langtids døgnbehandling i regionen. Den gjennomsnittlege ventetida varierer, men låg i perioden frå januar til september 2005 på mellom 26 og 35 veker for dei med lågast prioritet (anna helsehjelp).

Bruk av gjestebehandlingsplassar

Utover det tilbodet Helseregion Vest gir i eigne tiltak eller tiltak som Helse Vest har avtale med, blir det òg nytta andre tilbod i eigen region og i andre helseregionar. Det skjer dels på grunnlag av pasientval, dels som følgje av mangel på kapasitet eller bestemte tilbod i Helseregion Vest. Tala som blir refererte nedanfor, er baserte på registreringar for mars 2005.

Totalt fekk 73 pasientar behandlingstilbod på gjesteplassar i mars 2005. Det er ein auke frå september 2004 på 21 pasientar. 71 % av pasientane var menn. 80 % var på eit langtids døgntilbod. Mange langtids døgntilbod er det kollektiv og terapeutiske samfunn som står for, men det finst òg langtidsstilbod med ein meir generell behandlingsprofil. Korttids døgntilbod finn vi hovudsakleg i institusjonar som gir behandling etter ein tolvtrinnsmodell. Gjennomsnittsalderen var 30 år. Helse Førde er det opptaksområdet som ut frå innbyggjartalet sender flest pasientar ut av regionen (tabell 9 i vedlegget).

På grunn av store avstandar til institusjonane er det i Helse Førde eit rusettervern (privat ideell aktør) som følgjer opp pasientar som kjem frå behandling på institusjonar utanfor fylket, og som ikkje kan nyttiggjere seg den oppfølginga som institusjonen kan tilby.

5.6 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING

Opptaksområdet til Helse Førde har ikkje eige senter, men funksjonen blir dekt av Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering ved Stiftelsen Bergensklinikkene. Avdelinga dekkjer òg den delen av opptaksområdet til Helse Fonna som ligg i Hordaland. LAR Rogaland har oppretta eit avdelingskontor i Kopervik som dekkjer den resterande delen av opptaksområdet til Helse Fonna, det vil seie dei kommunane som ligg i Rogaland.

Rapporteringa for 2. tertial 2005 viser at dei to LAR-sentra no er omtrent like store i pasienttal: 327 pasientar ved Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering og 340 ved LAR Rogaland. Men Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering ved Stiftelsen Bergensklinikkene har 20 000 kroner høgare kostnader per pasient enn LAR Rogaland (tabell 10 og 11 i vedlegget). Dette skuldast mellom anna at Stiftelsen Bergensklinikkene har øyremerkt 6,5 stillingar ved avrusingseininga si og ved polikliniske einingar til behandling av denne pasientgruppa. Dette er behandlingsressursar som for pasientane ved LAR Rogaland er lagde til andre institusjonar, til dømes Rogaland A-senter. I tillegg har Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering større lege- og psykologressurs enn LAR Rogaland.

Ved utgangen av september 2005 venta 76 personar på legemiddelassistert rehabilitering i regionen. Den gjennomsnittlege ventetida varierer, men låg i perioden frå januar til september 2005 på mellom 7 og 19 veker for dei med lågast prioritet.

5.7 TILBAKEHALDING I INSTITUSJON

Dei regionale helseføretaka skal peike ut tiltak som skal ta imot pasientar som blir lagde inn etter tvangsparagrafane § 6–2, § 6–2a og § 6–3 i sosialtenestelova. Etter § 6–2 kan rusmiddelmissbrukarar haldast tilbake utan eige samtykke i inntil 3 månader. Etter § 6–2a kan gravide rusmiddelmissbrukarar haldast tilbake utan eige samtykke fram til fødselen.

Det er sosialtenesta i kommunane som har ansvar for å fremje slike saker for behandling i fylkesnemnda, og sosialtenesta har òg høve til å fatte vedtak i eventuelle hastesaker.

Etter § 6–3 første leddet kan pasientar haldast tilbake i inntil tre veker frå innlegging. Etter § 6–3 andre leddet kan pasientar haldast tilbake i inntil tre gonger tre veker ved behandlingsopphald som varer i minst tre månader. Begge desse føresegnene krev samtykke frå pasienten, og det skal vere inngått avtale mellom pasient og institusjon.

Talet på liggjedøgn under tvang var 318 i første tertial og 396 i andre tertial 2005.

Alle helseregionane rapporterer ein auke i bruken av tvangsparagrafen, § 6–2. Derfor har det utover hausten 2005, når plassane i eigen region har vore opptekne, blitt vanskelegare å skaffe plassar til desse pasientane utanom regionen. I 2005 var det berre to plassar til § 6–2 ved Askøy Blå Kors Klinikkk.

5.8 OPPSUMMERING AV STATUS FOR TENESTETILBODET I OPPTAKSOMRÅDA

Helse Førde

Helse Førde har fire psykiatriske poliklinikkar som utfører vurderingar og gir poliklinisk behandling. Av lokale tenester manglar Helse Førde tilbod til avrusing, korttids døgnbehandling, tvang § 6–2a og § 6–3 (der det ikkje er snakk om pasientar med vedvarande alvorleg rusmisbruk i kombinasjon med alvorleg psykisk liding) og legemiddelassistert rehabilitering. Opptaksområdet har òg få fagårsverk i poliklinisk behandling. Mange pasientar blir sende ut av regionen til behandling på gjesteplassar. Rusettervernet i Sogn og Fjordane følgjer opp pasientar som kjem frå behandling på institusjonar utanfor helseføretaksområdet.

Helse Bergen

Helse Bergen har to psykiatriske ungdomsteam som utfører polikliniske tenester. I tillegg har dei langtids døgnbehandling ved Floen kollektivet. Private institusjonar som har avtale med Helse Vest (Askøy Blå Kors Klinikkk, Kalfaret Behandlingssenter og Stiftelsen Bergensklinikkene), utfører polikliniske tenester, avrusing, korttids døgnbehandling, langtids døgnbehandling, legemiddelassistert rehabilitering og tilbakehalding i institusjon (tvang §§ 6–2, 6–2a og 6–3). Opptaksområdet til Helse Bergen skil seg ut med relativt mange avrusingsplassar og korttids døgnbehandlingsplassar. Men opptaksområdet har få fagårsverk i poliklinisk behandling. Her er det òg prosentvis vesentleg færre helsefaglege årsverk i poliklinikkane enn i dei andre opptaksområda. Opptaksområdet manglar tilbod til speleavhengige.

Helse Fonna

Helse Fonna har ein psykiatrisk poliklinikk og eit psykiatrisk ungdomsteam som utfører polikliniske tenester. I tillegg har dei langtids døgnbehandling ved Ungdomsenheten Tuastad. Private institusjonar som har avtale med Helse Vest (Haugaland A-senter og Karmsund ABR-senter), utfører polikliniske tenester, korttids døgnbehandling, langtids døgnbehandling og tilbakehalding i institusjon (tvang §§ 6–2a og 6–3). Få pasientar blir sende ut av regionen til behandling. Av lokale tenester manglar Helse Fonna spesielt eit avrusingstilbod.

Helse Stavanger

Helse Stavanger har to psykiatriske ungdomsteam som utfører polikliniske og ambulante tenester. I tillegg har dei langtids døgnbehandling ved Gauselskogen utrednings- og behandlingssenter. Private institusjonar som har avtale med Helse Vest (Blå Kors poliklinikk Sandnes, Duedalen Blå Kors behandlingssenter, Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter og Rogaland A-senter), utfører polikliniske tenester, avrusing, korttids døgnbehandling, langtids døgnbehandling, legemiddelassistert rehabilitering og tilbakehalding i institusjon (tvang §§ 6–2a og 6–3). Opptaksområdet skil seg ut med mange fagårsverk i poliklinikkane og mange langtids døgnbehandlingsplassar. Av lokale tenester har opptaksområdet få avrusingsplassar og korttids døgnplassar.

Ventelister

Nærmare 700 pasientar venta på behandling i regionen ved utgangen av 2. tertial 2005. Dei fleste av desse venta på poliklinisk behandling og korttids døgnbehandling (63 %).

Gjennomsnittleg ventetid i perioden 1. januar til 1. september 2005 for pasientar med lågast prioritet (anna helsehjelp) var 10–13 veker for poliklinisk behandling, 5–7 veker for avrusing, 20–25 veker for korttids døgntilbod og 26–35 veker for langtids døgntilbod. Eit aukande tal pasientar med rett til nødvendig helsehjelp og korte individuelle fristar får behandling på private gjesteplassar som Helse Vest betaler for.

Beleggsprosentar

Samla for dei første åtte månadene i 2005 var det 81 % belegg på avrusingsplassane, 86 % på korttidsplassane og 91 % på langtidsplassane. Samanlikna med 2004 har det vore ei spesiell positiv utvikling i utnyttinga av langtids døgntilbod.

Litt om fordeling av ressursbruk

Helseregion Vest har 20 % av befolkninga over 18 år i Noreg. Tal frå Statistisk sentralbyrå viser at vi på landsplan berre har 17 % av døgntilbod til avrusing, 18 % av korttidsdøgntilbod og 11 % av langtidsdøgntilbod (sjå tabell 13 i vedlegget). Samla har vi berre 15 % av alle døgntilbodane innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i landet.

Det er store forskjellar mellom helseføretaksområda når det gjeld bruk av økonomiske ressursar til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk innanfor eige opptaksområde. Helse Førde kjem lågast ut med kr 50 000 per 1000 innbyggjarar over 18 år. Til samanlikning bruker opptaksområdet til Helse Bergen kr 454 000 per 1000 innbyggjarar.

Fordelinga ovanfor gir ikkje eit fullstendig bilete av ressursbruken i helseføretaksområda, sidan pasientane til dels får behandling utanfor eige opptaksområde. Til dømes får mange pasientar frå opptaksområdet til Helse Førde behandling ved døgntilbod i Bergen. I tillegg er kostnader til kjøp av gjesteplassar haldne utanfor. I høve til innbyggjartalet sender Helse Førde flest pasientar ut av regionen til behandling (sjå tabell 9 og 12 i vedlegget).

6 UTVIKLING AV TENESTETILBODET I HELSEREGION VEST

6.1 LOKALE TENESTER I HELSEFØRETAKSOMRÅDA

Poliklinisk behandling

Poliklinisk arbeid kombinert med korttids døgntilbod bør vere det primære tilbodet som spesialisthelsetenesta yter til rusmiddelmissbrukarar.

Det er behov for ei generell styrking av det polikliniske tilbodet, medrekna behandlingstilbodet til speleavhengige. Poliklinikkane må tilførast ressursar som set dei i stand til å arbeide meir utoverretta i samarbeid med helse- og sosialtenestene i kommunane og andre samarbeidspartnarar som kriminalomsorga, barne-, ungdoms- og familieetaten og familien og nettverket til pasienten. Dette er særleg viktig for dei yngre rusmiddelmissbrukarane. Tilbodet må vere lett tilgjengeleg og kunne tilpassast livssituasjonen til mottakaren.

Poliklinikkane i helseføretaka må i tillegg fungere som kompetansebasar og kunnskapsformidlarar for dei andre spesialisthelsetenestene når det gjeld rusmiddelmissbruk. På sikt må alle dei distriktpsikiatriske sentra kunne tilby poliklinisk, tverrfagleg spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukarar.

Helsetilstanden til pasienten skal vurderast innan 30 yrkedagar med tanke på behov for vidare undersøking og behandling. Det er viktig å skilje mellom vurdering og meir omfattande utgreiingar. Slike utgreiingar blir omfatta av behandlingsomgrepet. Rett behandling kan altså vere utgreiing i døgninstitusjon.

Det skal vurderast om pasienten har rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta (jf. § 2–1). Dersom pasienten blir vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsetjast ein individuell frist for når pasienten seinast skal få behandling. Vurderinga skal byggje på tilvisinga, men det skal òg gjerast kliniske undersøkingar dersom tilvisinga ikkje gir tilstrekkeleg informasjon. Ved mistanke om svært alvorleg eller livstrugande sjukdom har pasienten krav på vurdering tidlegare enn 30 yrkedagar.

Ei vurdering skal munne ut i ei tilråding om eigna behandling. Dette krev god kjennskap til behandlingsapparatet og ulike behandlingfaglege metodar og tilnærmingar. Dagens behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukarar representerer ulike faglege tilnærmingar, og lengda og intensiteten varierer. Ei ekstra utfordring er å finne fram til behandlingstilbod som i størst mogleg grad tilfredsstiller dei behandlingsbehova som er avdekte i vurderinga, samtidig som rusmiddelmissbrukaren skal ha rett til å velje behandlingsstad.

Det må gjennomførast ei operasjonalisering av prioriteringsforskrifta til støtte for det arbeidet vurderingseiningane/poliklinikkane gjer for å vurdere om pasientar har rett til nødvendig helsehjelp. Dette arbeidet er alt sett i gang.

I dag er det mange vurderingseiningar i regionen. Det må vurderast om færre einingar er meir eigna til å sikre pasientrettane gjennom betre faglege vurderingar og meir einsarta prioritering.

Korttids døgnbehandling

Det er viktig å vurdere kor mykje av den tradisjonelle bruken av døgnplassar som kan erstattast med at pasienten bur i eigen bustad med poliklinisk oppfølging (medrekna ambulerande tenester) og ulike tiltak i nærmiljøet. Samtidig bør det opnast for ei veksling mellom korte opphald i døgninstitusjon og eit tilvære i eigen bustad med støtte.

Det bør i større grad utviklast fleksible løysingar for bruken av døgnplassar, løysingar der behovet til pasienten er bestemmande for kor lenge opphaldet skal vare. For at slike løysingar skal fungere, må samarbeidet med kommunane vere godt.

Fleksibel bruk av korttids døgnplassar i kombinasjon med (ambulerande) polikliniske tenester vil kunne redusere det samla behovet for langtids døgnplassar og gi fleire pasientar eit tilbod nær heimstaden. Dette er spesielt aktuelt for pasientar som har hatt fleire lange behandlingsopphald på døgninstitusjon, og som framleis har behov for hjelp frå spesialisthelsetenesta.

Det er store variasjonar når det gjeld talet på korttids døgnbehandlingsplassar innanfor dei ulike helseføretaksområda. Dette tilbodet er lite utbygt i opptaksområda til Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger, også når ein samanliknar med andre delar av landet.

Tilbodet bør byggjast ut til òg å kunne gi spesifikke tilbod til kvinner og familiar eller andre grupper der ein kan oppnå gode resultat ved å differensiere korttidstilbodet. I arbeidet med å foreslå konkrete tiltak for å styrkje korttids døgnbehandling, er det dessutan viktig å gå nærmare inn på korleis dei distriktpsikiatriske sentra kan nyttast.

Ein bør òg vurdere om det i eige opptaksområde finst langtids døgntilbod som med fordel kan gjerast om til korttids døgnbehandling med fleksible løysingar som omhandla ovanfor.

Avrusing og stabilisering

Avrusing skjer i dag i eigne døgneiningar, men dels òg poliklinisk og i dei psykiatriske og somatiske akuttmottaka. Det er viktig å utforme gode organisatoriske og faglege rammer for avrusing og stabilisering. Det bør utviklast felles faglege retningslinjer for abstinensbehandling.

Avrusing bør vere avgrensa til tilfelle der det trengst tett medisinsk oppfølging som berre kan tilbydast i spesialisthelsetenesta, der pasienten har ein psykose eller der avrusing er første trinn i utgreiing og/eller behandling i spesialisthelsetenesta. Avrusingstilbod må òg omfatte tilbakefall, stabilisering og medikamentomlegging for pasientar som er i behandling i spesialisthelsetenesta.

Avrusingstiltaka bør sikre

- medisinsk vurdering av tilstanden til pasienten med omsyn til aktuell bruk av rusmiddel, til dømes kor lenge misbruken har vart og kor omfattande han har vore
- vurdering av fare for forgifting/overdose, forventa abstinensplager og eventuell fare for komplikasjonar
- høve til å setje i gang tiltak for å hindre alvorlege komplikasjonar i avrusingsfasen, til dømes førebygging av delirtilstandar, hallusinasjonar og krampar
- vurdering av psykisk tilstand og høve til å setje i gang adekvate behandlingstiltak for somatiske og psykiske lidingar
- døgkontinuerleg sjukepleiefagleg oppfølging og tilsyn
- tilgang på legehjelp gjennom nødvendige beredskapssystem

Ei særleg utfordring er å sikre oppfølging av pasientar som blir innlagde i somatiske sjukehus eller blir behandla av prehospital akutteneste. Det gjeld både den vidare behandlinga i spesialisthelsetenesta og oppfølginga i kommunane.

Avrusingskapasiteten blir rekna som ein flaskehals i dag. Ein behandlingssjess kan bli ledig på kort varsel. Ventetid til avrusing gjer at slike behandlingssjessar står ledige i påvente av ny pasient. Dette gir dårleg utnytting av døgnbehandlingssjessiteten i regionen, og fører til at ytterlegare gjesteplassar må kjøpast. Auka avrusingskapasitet er òg viktig for å kunne greie ut pasientar.

Innanfor kvart helseføretakssjessråde er det nødvendig å greie ut og gjennomføre tiltak for å styrkje tilbodet til avrusing/abstinensbehandling.

Legemiddelassistert rehabilitering

Det er fornuftig å halde oppe ein spesialkompetanse til å vedta igangsetjing av LAR. Dette må vere ein spesialkompetanse som kan sikre lik praktisering av inntak og ei fagleg forsvarleg utforming av behandlingstilbodet, basert på dei individuelle behova til pasienten og i samarbeid med kommunen. Det tverrfaglege perspektivet, både det helsefaglege og det sosialfaglege, er viktig i sjølve behandlings- og oppfølgingstiltaka, men òg som ein del av inntaks- og utskrivingskriteria.

Det er samtidig viktig at innsøking/tilvising til LAR blir samordna og koordinert med andre tilvisingar til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, slik at ei samla vurdering av behova til pasienten er sikra.

LAR blir rekna som eit lokalt tilbod, og skal vere lokalisert i opptaksområdet for kvart helseføretak. I kvart helseføretaksområde er det nødvendig å greie ut og gjennomføre tiltak for å sikre at LAR blir integrert i anna tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukarar.

Samarbeid med kommunane

Spesialisthelsetenestene skal støtte opp under helse- og sosialtenestene i kommunane. Effekten av tverrfagleg spesialisert behandling vil ofte vere avhengig av kor gode oppfølgingstiltak kommunane er i stand til å setje inn.

For å få til ei betre behandlingsskjede bør det i større grad enn tidlegare leggjast opp til fleksibilitet mellom behandling frå spesialisthelsetenesta og kommunale bu- og omsorgstilbod med oppfølging både frå spesialisthelseteneste og kommunal helse- og sosialteneste.

God samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane krev at spesialisthelsetenesta held seg orientert om problemomfanget i kommunane og tilpassar tenestetilbodet etter dette. Kommunane på si side har behov for oppdatert informasjon om kva for tenester spesialisthelsetenesta kan tilby.

I alle helseføretaksområda må det etablerast system som sikrar nødvendige dialog med kommunane når det gjeld vidareutvikling av tenestetilbodet. Oppfølging av hjelpebehov hos pårørende må integrerast i dette arbeidet.

Det bør setjast opp felles retningslinjer for samarbeidet, eventuelt avtalar etter mønster frå psykisk helsevern og somatikk. Avtalane bør fokusere på

- tilvising (rutinar, innsøkjande instansar, informasjonsbehov)
- vurdering (samarbeid, informasjonsinnhenting, klagebehandling)
- behandling (ansvarsgrupper, individuell plan)
- krise/behandlingsavbrot (ny utgreiing, ansvar)
- utskriving (rutinar ved utskrivingar, oppfølging)
- kompetanseutvikling

Tidleg intervensjon

Med tidleg intervensjon meiner vi her tiltak retta mot risikogrupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eit rusmiddelmisbruk. Dette er eit perspektiv som ofte blir kalla sekundærførebyggjande arbeid. Med sekundærførebygging er meint innsats retta mot risikogrupper og tiltak som kan hindre at misbruk og skadar oppstår. Slike tiltak må vere retta mot bestemte målgrupper.

Sosial- og helsedirektoratet har sett ned ei arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til ein nasjonal strategi for tidleg intervensjon på rusområdet. Her blir det mellom anna understreka at det er viktig å drive førebyggjande tiltak i det ordinære helsevesenet, og at helse- og sosialarbeidarar må vere kompetente til å setje i gang adekvate intervensjonar. Tidleg intervensjon er mellom anna å fokusere på situasjonar eller fasar som kan hjelpe potensielle

rusmiddelmissbrukarar til å innsjå situasjonen, eller som i særleg grad kan motivere dei til å redusere forbruket.

Det er viktig å utnytte sjukehusa som ein arena for tidleg intervensjon. Alle som arbeider på eit sjukehus, uavhengig av spesialitet og plassering, kjem i kontakt med pasientar som har eit rusmiddelproblem. Svært mange (15–20 %) av dei som blir lagde inn på sjukehus, har alkoholrelaterte diagnosar (Pål Gulbrandsen 2003). Pasientar med eit høgt forbruk av alkohol har både auka sjukdomsfrekvens og fleire kompliserande forløp under innlegging på sjukehus. Behandlingsresultata er òg dårlegare, mellom anna i samband med operasjonar (Alkohol – Forebyggelse på sykehus, 2003).

Auka fokus på tidleg intervensjon kan òg sikrast ved å styrkje poliklinikkane slik at dei kan arbeide meir utoverretta i eit tettare samarbeid med kommunane og andre samarbeidspartnarar, til dømes kriminalomsorga og barne-, ungdoms- og familieetaten. På denne måten kan vi mellom anna medverke til at fleire ungdommar og familieane deira får koordinert hjelp tidlegare i ein ruskarriere. Poliklinikkane i helseføretaka bør òg styrkjast for å kunne arbeide meir på tvers innanfor sjukehuset. Dette for å overføre kompetanse, men òg for å sikre oppfølging av pasientar.

6.2 REGIONSDEKKJANDE TILBOD

Langtids døgnbehandling

Det er behov for eit differensiert langtids døgnbehandlingstilbod. Kjøp av langtids behandlingsslassar i andre helseregionar viser at behovet er langt større enn det ein klarer å dekkje innanfor eigen helseregion.

Behovet for langtids døgnbehandling vil truleg endre seg når det blir etablert ein meir passande kapasitet innanfor avrusing og ein meir fleksibel bruk av polikliniske tenester og korttids døgnbehandling. Noko langtids døgnbehandling vil stå att, men då meir differensiert og spesialisert.

Det må vurderast om talet på langtids døgnbehandlingsplassar i eigen region bør aukast.

Tilbakehalding i institusjon

Pasientar som blir innlagde etter tvangsparagrafane §§ 6–2, 6–2a og § 6–3 i sosialtenestelova, må sikrast kvalitativt gode tilbod og få tilgang til vidare frivillig oppfølging straks etter at tvangsvedtaka går ut. Tvang etter § 6–2 er ei regionsdekkjande teneste. Tvang etter §§ 6–2a og 6–3 skal vere eit lokalt tilbod i opptaksområdet til kvart helseføretak.

For pasientar innlagde etter § 6–2a, i tilfelle der mora skal behalde barnet, er det vesentleg at det blir lagt til rette for oppfølging og tenestetilbod frå spesialisthelsetenesta også etter at barnet er født. Dette er eit viktig argument for at innlegging etter § 6–2a primært skal vere eit lokalt tilbod.

Innanfor kvart helseføretaksområde er det nødvendig å greie ut og gjennomføre tiltak for å sikre at pasientar på tvang får eit tilbod der kompetansen til å dekkje behova er størst. For nokre pasientar vil dette vere innanfor psykisk helsevern eller somatikk, for andre ved ein av institusjonane for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Same korleis tilbodet blir organisert, må det sørgjast for tilstrekkeleg tilgang på legetenester til dei einingane som har pasientar på tvang.

Erfaringane frå 2005 viser at det trengst fleire plassar for å dekkje dagens behov for slike plasseringar.¹

6.3 BRUKARMEDVERKNAD OG BRUKARSTØTTE

Rusreforma legg vekt på brukarmedverknad. I utgangspunktet er forholdet mellom tenestemottakar og tenesteytar ikkje eit jambyrdig forhold. Mottakaren er i stor grad avhengig av hjelpeapparatet og tenesteytaren. I forholdet mellom rusmiddelmissbrukaren og hjelpeapparatet er denne asymmetrien forsterka ved at det er knytt så mykje skam til eit rusmiddelmissbruk. Stigmatiseringa av rusmiddelmissbrukaren hemmar eit godt behandlingsresultat. Det er nødvendig å jobbe med haldningane overfor rusmiddelmissbrukarar i alle delar av spesialisthelsetenesta.

Eit viktig verkemiddel for å sikre autonomien og integriteten til pasienten er individuell plan. Retten til individuelle planar skal medverke til at personar med langvarige og samansette behov for tenester får eit meir heilskapleg og koordinert tenestetilbod. Hjelpeapparatet skal leggje til rette for brukarmedverknad i heile planprosessen. Det skal leggjast spesiell vekt på dei måla tenestemottakaren sjølv har for framtida.

Eit anna mål med individuell plan er å gi tenestemottakaren større råderett og innverknad i kontakten med tenesteapparatet, å gjere situasjonen tryggare og meir føreseieleg og å sikre at tenestene er utforma med utgangspunkt i individuelle behov.

Pasientane må i større grad få høve til å påverke utforminga av behandlingstilboda. Som for psykisk helsevern og somatiske tenester kan dette gjerast gjennom regelmessige spørjeundersøkingar der brukarane får seie kva dei meiner om behandlingstilbodet. Informasjonen som kjem fram, vil vere viktig for behandlingstiltaket, for helseføretaka og som grunnlagsmateriale for det regionale helseføretaket med tanke på vidare styringssignal.

Som ei følge av rusreforma er det òg naturleg at brukar- og pårørandeorganisasjonar for rusmiddelmissbrukarar blir representerte i brukarutval på regionalt nivå og på helseføretaksnivå.

Alle behandlingstiltak må leggje lokala sine til rette for funksjonshemma, og tolketeneste må vere tilgjengeleg.

6.4 KOMPETANSEUTVIKLING

På tvers i spesialisthelsetenesta

Innanfor somatikk og psykisk helsevern er kunnskapen generelt avgrensa når det gjeld rusmiddelmissbrukarar og dei spesielle behandlingsbehova desse har. Skal intensjonen om eit meir heilskapleg tilbod kunne oppfyllest, er det nødvendig å setje i gang kompetansehevande tiltak for tilsette i alle delar av spesialisthelsetenesta.

Alle helseføretaka må setje opp ein kompetansestatus. Vi rår til at det innanfor kvart helseføretak blir etablert gjennomgåande fagnettverk (rus-psykiatri-somatikk) som får i oppdrag å initiere kompetanseutviklingsaktivitetar i opptaksområdet. Dei private behandlingstiltaka må involverast i arbeidet.

¹ Frå 01.01.06 auka talet på plassar til §§ 6-2, 6-2a og 6-3 frå to til tre ved Askøy Blå Kors Klinik. Innan sommaren 2006 vil dei òg ha ein fjerde plass klar til bruk.

Stiftelsen Bergensklinikkene og Rogaland A-senter er regionale kompetansesenter for rusmiddelspørsmål, og får oppdrag og midlar frå Sosial- og helsedirektoratet. Sentra har tre hovudoppgåver: å stimulere til utvikling av førebyggjande tiltak i kommunane, å utvikle kompetanse i kommunane og spesialisthelsetenesta og å vidareutvikle nasjonale spisskompetanseområde. Stimulering til utvikling av førebyggjande tiltak i kommunane har vore prioritert. Kompetansesentra er styrte ved oppdragsbrev frå Sosial- og helsedirektoratet. Frå 2006 skal dei regionale helseføretaka og kommunane ta del i utforminga av bestillinga frå Sosial- og helsedirektoratet.

Stimulere til auka forskning og kunnskapsutvikling

Det er eit aukande krav at tiltak og behandlingsmetodar skal utformast og utviklast på grunnlag av dokumentert kunnskap om relevans og effektar. NOU 2003:4 "Forskning på rusfeltet" gir ein innfallsvinkel til dokumentert kunnskap, nemleg den vitskapleg baserte kunnskapsutviklinga. I tillegg må kunnskap byggjast på dei samla erfaringane pasientar, fagpersonar og fagmiljø sit inne med.

I tråd med kvinnehelsestrategien i St.meld. nr. 16 "Resept for et sunnere Norge" og NOU 1999:13 "Kvinner helse i Norge" må ein i alle tiltak vere klar over samanhengane mellom helse og kjønn. Forsking på dette kan handle både om ulik fordeling av helse og sjukdom og om ulike verkemekanismar for kvinner og menn.

Helse Vest har sett ned ein forskingsprogramkomité innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Målet med ein slik komité er å stimulere til auka forskingsaktivitet på rusfeltet i Helseregion Vest. Det er viktig at forskingsprogrammet som blir utarbeidd, evnar å mobilisere miljøa til å konkurrere om utlyste forskingsmidlar i Helse Vest dei nærmaste åra. Komiteen skal ha fullført arbeidet sitt innan 15. mai 2006.

Tiltak der det er behov for meir forskning²

Det er godt dokumentert at miniintervensjonar – å identifisere risikofylt forbruk av alkohol, å gi informasjon og å tilby motivasjonsstyrkjande innsats og støtte – fører til redusert forbruk og færre alkoholproblem (SBU 2001). Men denne enkle og effektive metoden blir for lite brukt. Det er usikkert korleis ein optimal behandlingssinnsats bør utformast, og om ein meir omfattande innsats gir større behandlingsverdi. Ein har lite kunnskap om langsiktig effekt (utover eitt år), og det kan stillast spørsmål om kor vidt intervensjonen bør gjentakast for å vere effektiv over tid. I arbeidet med å sikre at miniintervensjonar blir tekne meir i bruk, bør det leggjast til rette for forskning på desse problemstillingane.

Som ein del av arbeidet med å redusere dei skadeverknadene rusmiddelmisbruk har på tredjepartar, særleg barn og unge med foreldre som misbrukar rusmiddel, bør forskning på dette området prioriterast. Det trengst meir kunnskap om korleis barna har det, om kva som påverkar situasjonen deira og om korleis innsatsen for å skjerme dei kan styrkjast.

Det bør leggjast til rette for forskning på metodar for avrusing av pasientar med abstinensar ved avbrote inntak av andre narkotiske stoff enn opioid (til dømes benzodiazepin, amfetamin osv.). Dei fleste opioidavhengige i Noreg har eit vesentleg tilleggsmisbruk av andre rusmiddel. Dette kan gjere til at legemiddel som normalt gir ein god symptomlindrande effekt, får liten eller ingen verknad.

² Der ikkje anna er oppgitt, er NOU 2003:4 brukt som hovudkjelde.

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringa av psykososiale behandlingsintervensjonar retta mot alkohol- og stoffmisbrukarar er basert på studiar der slike tiltak er brukte parallelt med medikamentell behandling (NOU 2003:4). Ein manglar såleis kunnskapsgrunnlag for å samanlikne med effekten av ulike former for psykososial behandlingssats utan samtidig medikamentell behandling. Det er derfor behov for studiar som reindyrkar psykososiale intervensjonar. Spesielt trengst det studiar av psykososiale behandlingsintervensjonar retta mot personar med ein problematisk bruk av sentralstimulerande stoff og cannabis. Dei psykiatriske ungdomsteama vil vere ein god arena for slik forskning.

Det er behov for meir kunnskap om moglege biverknader av metadon- og buprenorfinbehandling. Dette gjeld biverknader for pasienten som får slik behandling (medisinske biverknader, kognitiv funksjon, komplikasjonar), men òg moglege biverknader på samfunnsplan (lekkasje til den illegale marknaden, ulykker, metadonrelaterte dødsfall osv.).

Den norske forskinga er mangelfull når det gjeld effekten av behandlingsintervensjonar for personar med alvorlege psykiske lidningar som samtidig er rusmiddelmissbrukarar. Miljø innanfor klinisk forskning og rusforskning bør utfordrast til å samarbeide om forskning der desse to kompetanseområda blir kombinerte.

Ei varig betring for rusmiddelmissbrukarar er avhengig av ei omlegging av livsstilen, og motivasjonen for endring må oppretthaldast både i og utanfor behandlinga. Å medverke til å halde oppe motivasjonen for endring utanfor tiltaka er kanskje ei av dei største sosialpolitiske utfordringane, og dette er ei utfordring som ikkje berre kan leggjast på behandlingsapparatet (Norges Forskningsråd 2005). Her er det hjelpeapparatet og samarbeidstiltak utanom behandlingstiltaka som bør utbetrast og utviklast, i samarbeid med behandlingsapparatet og som ein integrert del av eit heilskapleg tilbod. Forsking på dette området finst knapt, og er heilt sentralt i høve til den omlegginga av rusfeltet som no går føre seg.

Det må stimulerast til forskning som kan auke kunnskapen om korleis samspelet mellom rusmiddelmissbrukaren og ulike hjelpeinstansar, og hjelpeinstansane imellom, kan utformast til beste for rusmiddelmissbrukaren. Her er kunnskapen mangelfull sjølv om dette samspelet er heilt avgjerande for betring på sikt.

Noreg har ein relativt høg grad av institusjonsbehandling i det totale behandlingstilbodet til rusmiddelmissbrukarar. Det er derfor behov for studiar som samanliknar ulike behandlingsintervensjonar for tilsvarende pasientgrupper i høvesvis poliklinikk og døgninstitusjon.

I internasjonale kunnskapsoppsummeringar er det ikkje funne kontrollerte studiar som dokumenterer effekten av behandlingsintervensjonar retta mot gravide rusmiddelmissbrukarar. Det trengst meir systematisk kunnskap om slike behandlingsintervensjonar.

6.5 KVALITET

Arbeid for å heve kvaliteten på dei tenestene som rusmiddelmissbrukarar får tilbod om i spesialisthelsetenesta, saman med arbeidet for å sikre ein god og lik prioriteringspraksis, vil stå heilt sentralt i det kommande utviklingsarbeidet.

Office of Technology Assessment, US Congress og *Academy of Science* i USA har formulert ein definisjon på kvalitet i helsetenesta der det heiter (fritt omsett):

Kvalitet handlar om i kva grad det som skjer med pasienten i helsetenesta, fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap.

Omgrepet helsegevinst dreier seg ikkje berre om forlengd levetid. Like viktig er betra funksjonsevne, livskvalitet og meistring.

Rusmiddelmissbrukarar må sjåast i eit samla perspektiv slik at kvar pasient får eit optimalt tilbod tilpassa egne behov. Det blir viktig å ha fokus på lett tilgang til tenestene, forsvarlege behandlingstilbod, samhandling på og mellom behandlingsnivåa og at tenestene legg til rette for informasjon og medverknad.

Det må utviklast gode kvalitetsindikatorar, og det må jamleg gjennomførast brukar-/pasientundersøkingar. Det vil vere ein fordel med ein felles mal og eit opplegg for brukar-/pasientundersøkingar.

Aktuelle grunnlagsdokument til det vidare utviklingsarbeidet er Sosial- og helsedirektoratets rapport om "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere" (IS-0050. 2004), Helsetilsynets rapport "Rusmiddelmissbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv" (2/2005) og Styresak Helse Vest RHF 117/05B "Strategi for arbeid med kvalitet i Helse Vest".

Dei ulike tiltaka skal ha internkontroll/kvalitetssikringssystem som sikrar at tiltaka oppfyller dei krav som er sette til spesialisthelsetenesta gjennom lov og forskrift. Det skal mellom anna liggje føre eit ajourført system for avviksbehandling. Tiltaka skal ha kvalitetsdata og data som viser kor fornøgde pasientane er, slik offentlege styresmakter og/eller gjeldande lovgiving krev.

6.6 OPPSUMMERING

Gjennom rusreforma er det lagt eit grunnlag for å styrkje det helsefaglege tilbodet til rusmiddelmissbrukarar og å gi eit meir heilskapleg behandlingstilbod.

Rusreforma kan sjåast både som ei ansvarsreform, ei pasientrettsreform og ei haldningsreform. Rusmiddelmissbrukarar skal sidestillast med andre pasientar når det gjeld behov for spesialiserte helsetenester.

Utviklinga av tenestetilbodet i Helseregion Vest må ha dette som utgangspunkt.

Det overordna målet er

- å sikre eit betre og meir heilskapleg behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar

Følgjande overordna strategiar blir tilrådde:

- å utvikle basistjenester i alle helseføretaksområda
- å utvikle lokale avtalar om arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private tiltaka som Helse Vest har avtale med
- å gi helseføretaka større ansvar for tenester til rusmiddelmissbrukarar

Forslag til kva basistjenester bør omfatte:

- vurdering av behandlingsbehov og formidling av behandlingstilbod
- poliklinisk behandling
- avrusing, akuttstilbod og døgnbasert stabilisering
- korttids døgnbehandling inntil seks månader
- legemiddelassistert rehabilitering
- tilbakehalding (§§ 6–2a og 6–3)

Som regionsdekkjande tenester foreslår vi i denne omgangen:

- langtids døgnbehandling i institusjon
- tilbakehalding utan samtykke (§ 6–2)

Det er behov for samordning av tenestene på tvers av organisatoriske og eigarmessige skilje innanfor kvart helseføretaksområde. Det må

- lagast lokale avtalar innanfor kvart helseføretaksområde som nærmare regulerer arbeidsdeling mellom helseføretaka og dei private tiltaka som Helse Vest har avtale med

Det er viktig å styrkje ansvaret til helseføretaka. Utvikling av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk må samordnast med utviklinga innanfor psykisk helsevern og somatikk. Helseføretaka må ta eit heilskapleg lokalt ansvar også for rusmiddelmissbrukarar, og må ha ei avtalt arbeidsdeling med dei private avtalepartane. Det inneber mellom anna

- å vurdere behovet for ulike tenester i føretaksområdet i samarbeid med kommunane og private leverandørar
- å gjere bruk av samla kompetanse i samarbeid med private leverandørar og sørge for kompetanseheving på området
- å sikre god samordning av tenester internt i føretaket og med private leverandørar
- å samarbeide om og ta ansvar for utvikling av regionsdekkjande tenester
- å ta ansvar for kjøp av gjesteplassar
- å utarbeide lokale planar med utgangspunkt i overordna føringar i samarbeid med private leverandørar og kommunane

Av framstillinga som er gitt, går det fram at tenestetilbodet i dag er ulikt utbygd i dei fire helseføretaksområda, og at det til dels er store forskjellar i ressursbruken per innbyggjar.

Eit likeverdig tilbod føreset

- større grad av ressurslikskap per innbyggjar i helseføretaksområda, korrigert for bruk av felles regionale funksjonar og kjøp av gjesteplassar

Følgjande overordna føring bør leggjast til grunn for styrking av tilbodet:

- Basistjenester som avrusing, stabilisering, korttids døgnstilbod og poliklinikk må styrkjast først.

Det følgjer av dette at det viktigaste større enkelttiltaket vil vere utbygging av avrusing, stabilisering og korttids døgntilbod i Helse Førde-området. Vi viser her til forslag om å byggje ut eit slikt tiltak i tilknytning til Nordfjord sjukehus.

Av beskrivinga går det òg fram at eit aukande tal døgnplassar blir kjøpte utanfor regionen eller i tiltak som Helse Vest ikkje har avtale med. Det er fordi pasientar vel det, men òg i stor grad fordi det ikkje finst tilstrekkeleg annan kapasitet.

Dette vil i stor grad gjere oppfølging og tilrettelegging av eit heilskapleg tilbod vanskeleg. Det bør såleis

- utviklast større kapasitet lokalt til erstatning for ein stor del av dei plassane som blir kjøpte som gjesteplassar

Utover dei føringane som er nemnde ovanfor, bør områda nedanfor følgjast opp og styrkjast:

- helsefagleg kompetanse
- rett og lik prioritering
- forskning på rusfeltet
- brukarmedverknad
- kvalitet og fagleg utvikling

Eit hovudmål med rusreforma er å sikre rusmiddelmissbrukarar betre tilgang til helsefagleg kompetanse. Helseføretaka bør setjast betre i stand til å handtere dei helsefaglege oppgåvene i tilknytning til rusmiddelmissbruk gjennom personellstyrking og kompetanseoppbygging. Det bør òg leggjast opp til ei styrking av den helsefaglege kompetansen i dei tiltaka som gir tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Med rusreforma er prioriteringsforskrifta gjort gjeldande også for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Pasientane skal prioriterast med utgangspunkt i dei same kriteria som andre pasientar i spesialisthelsetenesta. Prioriteringsforskrifta må operasjonaliserast for å sikre rett og mest mogleg lik prioritering med utgangspunkt i alvorsgrad, nytte og kost/nytte-vurderingar. Vi viser her til pågåande arbeid.

Gjennomgangen av kunnskapsstatus på rusfeltet viser at vi framleis på mange område manglar dokumentert kunnskap om rusproblem og ulike behandlingsintervensjonar. Det er viktig at Helse Vest òg bidreg til å styrkje forskinga på dette området. Vi foreslår at dette blir følgt opp som eit eige programområde i forskningssamarbeidet mellom Helse Vest og universiteta i regionen, jf. Samarbeidsorganet.

Det må leggjast til rette for brukarmedverknad i eige behandlingsopplegg, mellom anna gjennom bruk av individuell plan og deltaking i planarbeid og brukarutval.

Vidare er det viktig å stimulere til kvalitet og fagleg utvikling. Her må det mellom anna leggjast vekt på

- å utvikle vurderingseiningane for å sikre god kompetanse på vurdering og rett prioritering, mellom anna ved å sjå nærmare på kor mange einingar som vurderer retten til nødvendig helsehjelp

- å styrkje og vurdere bruken av avrusings- og stabiliseringstiltak
- å integrere legemiddelassistert rehabilitering i anna tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukarar
- å utvikle alternative behandlingssopplegg, i samarbeid med kommunane, med kortare og meir vekslende bruk av tradisjonelle døgnplassar kombinert med kommunale tenester og oppfølging frå spesialisthelsetenesta
- å vurdere om det trengst fleire plassar som kan nyttast ved plassering etter sosialtenestelova § 6–2 (tilbakehalding utan eige samtykke)
- Også innanfor tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukarar må det utviklast gode kvalitetsindikatorar, og det må jamleg gjennomførast brukar-/pasientundersøkingar

Mange av tiltaka kan la seg gjennomføre innanfor eksisterande ressursramme og ved omprioritering og omorganisering av eksisterande tenester.

For å dekkje behovet for tenester og for å utvikle tenestetilbodet i tråd med dei føringane som er fastsette her, vil det òg vere behov for tilførsel av nye midlar, anten ved omdisponering frå andre delar av spesialisthelsetenesta eller ved at det blir etablert ein eigen statleg opptrappingsplan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Ei vurdering av det siste er venta i samband med statsbudsjettet for 2007.

7 KJELDER

Alkohol – Forebyggelse på sygehus, Klinisk enhed for sygdomsforebyggelse, København 2003

Arbeids- og sosialdepartementet. Rusmiddelsituasjonen i Norge, statusrapport. 2005

FAFO. Levekår blant innsatte. 2004

Helsedepartementet. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere – perspektiver og strategier. 2004

Helsetilsynet. Rusmiddelmisbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. 2005

Norges Forskningsråd. Programplan for psykisk helse. 2005

NOU. Forskning på rusmiddelfeltet. 2003:4

Pål Gulbrandsen, Tidsskrift for den norske lægeforening 2003; 123:15

SIRUS. 2005 National report (2004 data) to the EMCDDA. 2005

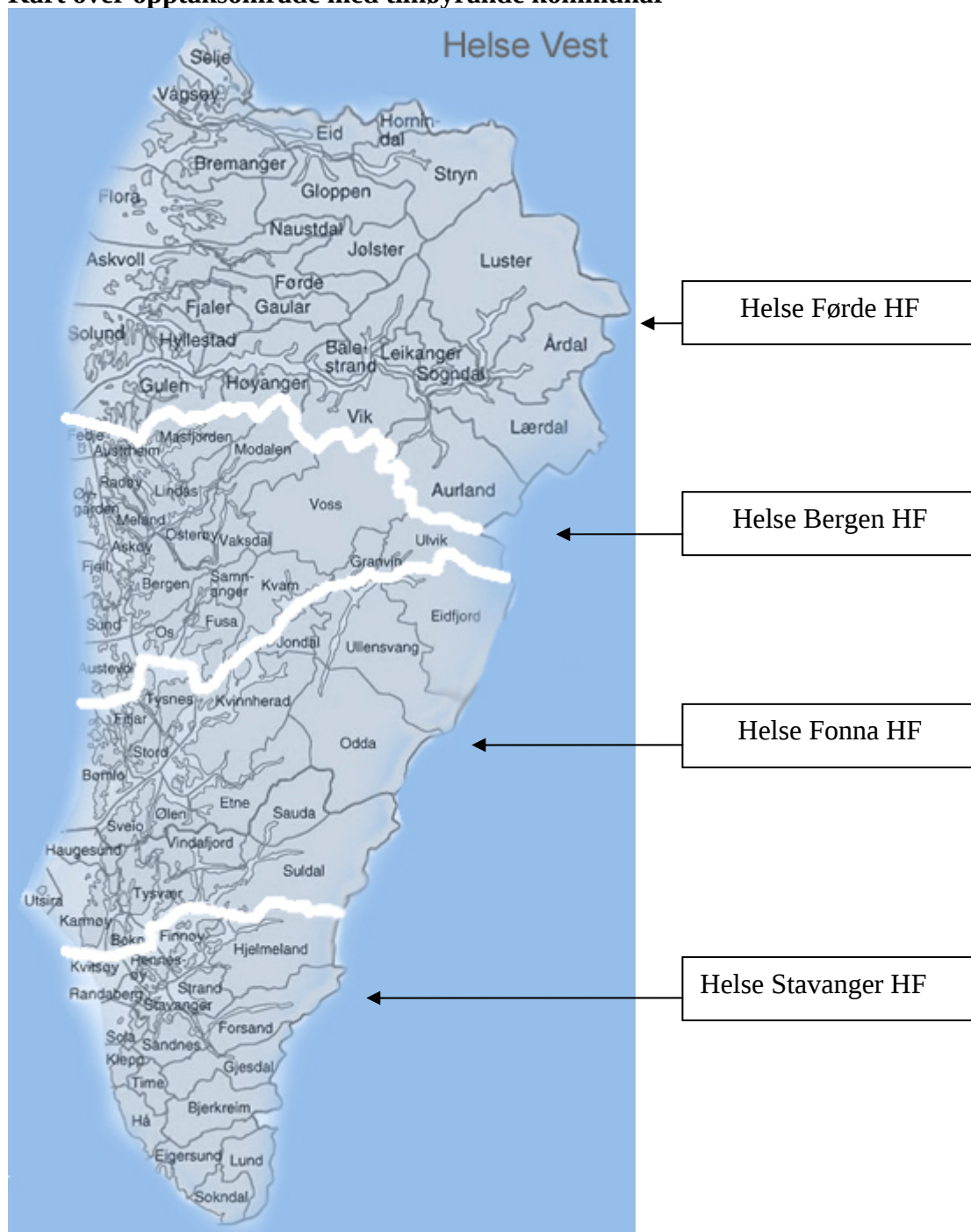
Sosial og helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere (IS-0050). 2004

Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol och narkotikaproblem. 2001

Styresak 117/05B ”Strategi for arbeid med kvalitet i Helse Vest” til Helse Vest RHF sitt styremøte den 14. desember 2005

8 VEDLEGG

Kart over opptaksområde med tilhørende kommunar



Innbyggjartal

Innbyggjartal per 1.1.04 for personar 18 år og eldre. Tala er henta frå Samdata 2004.

Helse Førde: 80 299

Helse Bergen: 284 850

Helse Fonna: 121 224

Helse Stavanger: 214 675

Totalt i Helseregion Vest: 701 048

Innbyggjartal per 1.1.05 for personar 25 år og eldre. Tala er henta frå SSB.

Sogn og Fjordane: 70 582

Hordaland: 298 223

Rogaland: 253 200

Totalt i Helseregion Vest: 622 005

Tabellar for poliklinikk

Tabell 1: Fagårsverk i poliklinisk behandling i 2004

Opptaksområde	Polikliniske fagårsverk totalt	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde Helseføretaket	8,0	0,10
Helse Bergen Helseføretaket Private	9,1 18,8	0,10
Totalt	27,9	
Helse Fonna Helseføretaket Private	7,25 6	0,11
Totalt	13,25	
Helse Stavanger Helseføretaket* Private	21 18,5	0,18
Totalt	39,5	
Helseregionen samla	89,6	0,13

* Åtte av stillingane inngår i ambulante tenester.

Rapportering for andre tertial 2005 gir i tillegg ei fordeling av dei polikliniske fagårsverka på helsefaglege og sosialfaglege årsverk. I opptaksområdet til Helse Førde er 71 % av alle fagårsverk helsefaglege årsverk, i opptaksområdet til Helse Bergen er talet 38 %, i Helse Fonna 73 % og i Helse Stavanger 41 %. I regionen under eitt er 47 % av alle fagårsverk helsefaglege årsverk i poliklinisk behandling.

Tabell 2: Polikliniske konsultasjoner totalt (inkl. enkeltpasient-, gruppe- og pårørandekonsultasjoner) i 2004

Opptaksområde	Polikliniske konsultasjoner totalt	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde Helseføretaket	1 971	24,6
Helse Bergen Helseføretaket Private	1 837 8 970	37,9
Totalt	10 807	
Helse Fonna Helseføretaket Private	2 656 2 985	46,5
Totalt	5 641	
Helse Stavanger Helseføretaket Private	6 195 5 852	56,1
Totalt	12 047	
Helseregionen samla	30 466	43,5

Tabell 3: Polikliniske konsultasjoner (inkl. enkeltpasient-, gruppe- og pårørandekonsultasjoner) per fagårsverk i 2004

Opptaksområde	Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk
Helse Førde Helseføretaket	246
Helse Bergen Helseføretaket Private	204 477
Totalt	387
Helse Fonna Helseføretaket Private	324 498
Totalt	397
Helse Stavanger Helseføretaket Private	295 316
Totalt	305
Helseregionen samla	340

Tabellar over korttids døgntbehandling og avrusing

Tabell 4: Døgntbehandlingsplassar korttid inkl. tvangsplassar i 2004

Opptaksområde	Korttidsplassar totalt	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde - Helseføretaket - Private - Totalt	0 0 0	0,00
Helse Bergen - Helseføretaket - Private - Totalt	0 64 64	0,22
Helse Fonna - Helseføretaket - Private - Totalt	0 14 14	0,12
Helse Stavanger - Helseføretaket - Private - Totalt	0 12 12	0,06
Helseregionen samla	90	0,13

Tabell 5: Tilbodet for avrusing og abstinensbehandling i Helseregion Vest

Opptaksområde	Avrusingsplassar	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde - Helseføretaket - Private - Totalt	0 0 0	0,00
Helse Bergen - Helseføretaket - Private - Totalt	0 33 33	0,12
Helse Fonna - Helseføretaket - Private - Totalt	0 0 0	0,00

Helse Stavanger		0,04
• Helseføretaket	0	
• Private	8	
Totalt	8	
Helseregionen samla	41	0,06

Tabell 6: Opphaldsdøgn ved døgnbehandling korttid inkludert avrusing i 2004

Opptaksområde	Opphaldsdøgn totalt	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde	0	0
Helse Bergen	32099	113
Helse Fonna	4130	34
Helse Stavanger	6332	30
Helseregionen samla	42 561	61

Tabellar over langtids døgnbehandling og gjestepasientar

Tabell 7: Tilbodet for langtids døgnbehandling i Helseregion Vest

Opptaksområde	Langtidsplassar	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde		0,00
• Helseføretaket	0	
• Private	0	
Totalt	0	
Helse Bergen		0,10
• Helseføretaket	19	
• Private	9	
Totalt	28	
Helse Fonna		0,16
• Helseføretaket	12	
• Private	8	
Totalt	20	
Helse Stavanger		0,19
• Helseføretaket	15	
• Private	26	
Totalt	41	
Helseregionen samla	89	0,13

Tabell 8: Opphaldsdøgn ved døgnbehandling langtid i 2004

Opptaksområde	Opphaldsdøgn totalt
Helse Førde	0
Helse Bergen	9522
Helse Fonna	*766
Helse Stavanger	10 627
Helseregionen samla	20 915

*Langtids døgntilbod var i ein tidleg oppstartsfase hos Helse Fonna i 2004.

Tabell 9: Gjestepasientar på korttids og langtids døgnbehandling ut av regionen totalt (per mars 2005)

Opptaksområde	Gjestepasientar totalt	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde	21	0,26
Helse Bergen	23	0,08
Helse Fonna	4	0,03
Helse Stavanger	24	0,11
Helseregionen samla	73	0,10

* Ein pasient er ufordelt, men inngår i det samla talet.

Tabellar over legemiddelassistert rehabilitering

Tabell 10: Legemiddelassistert rehabilitering, fordeling av budsjett for 2005 (tal i tusen)

Opptaksområde	Økonomiske ressursar totalt	Per 1000 innbyggjarar 25 år og eldre
Helse Førde og Helse Bergen pluss kommunar i Helse Fonna som ligg i Hordaland	Fordelt til avdeling for legemiddelassistert rehabilitering, Stiftelsen Bergensklinikkene: 22 306	60,5
Helse Stavanger og Helse Fonna minus kommunar som ligg i Hordaland	Fordelt til LAR Rogaland, Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter: 16 387	64,7
Helseregionen samla	38 693	62,2

Tabell 11: Pasientar på legemiddelassistert rehabilitering i andre tertial 2005

Opptaksområde	Pasientar totalt	Kostnader per pasient
Helse Førde og Helse Bergen pluss kommunar i Helse Fonna som ligg i Hordaland	Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering, Stiftelsen Bergensklinikkene: 327 (45 i Helse Fonna) (7 i Helse Førde)	68 214
Helse Stavanger og Helse Fonna minus kommunar som ligg i Hordaland	LAR Rogaland, Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter: 340 (118 i Helse Fonna)	48 197

Tabellar som viser fordeling av ressursar**Tabell 12: Økonomiske ressursar til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk – budsjett for 2005 (tal i tusen)**

Opptaksområde	Økonomiske ressursar	Per 1000 innbyggjarar 18 år og eldre
Helse Førde Helseføretaket	4 053	50
Helse Bergen Helseføretaket Private	19 346 110 046	454
Totalt	123 392	
Helse Fonna Helseføretaket Private	3 160 35 917*	322
Totalt	39 077	
Helse Stavanger Helseføretaket Private	17 719 58 950	357
Totalt	76 669	
Helseregionen samla	243 191	347

* Frå 15. november 2005 gjekk Ungdomsenheten Tuastad over frå Haugaland A-senter til Helse Fonna.

Midlar til legemiddelassistert rehabilitering og gjestepasientplassar er haldne utanfor. Det same gjeld kjøp av behandlingsplassar ved Vikedal Ressurssenter (Karmsund ABR-senter). Med Karmsund ABR-senter har Helse Vest ein avtale der vi betaler for dei plassane som er i bruk, inntil åtte plassar.

Tabell 13: Sengetal etter type tilbud og helseregion (private tiltak som har driftsavtale med eit regionalt helseføretak, er plasserte saman med sjukehus eigde av helseføretaket). Kjelde SSB 2004.

Helseregion	Avrusing/avgifting/ abstinensbehandling		Døgnbehandling korttid		Døgnbehandling langtid	
Helseregion Øst	117	48 %	173	34 %	419	58 %
Helseregion Sør	58	24 %	126	25 %	109	15 %
Helseregion Vest	41	17 %	90 (98)	18 %	77 (54)	11 %
Helseregion Midt-Norge	19	7 %	50	10 %	67	9 %
Helseregion Nord	10	4 %	72	14 %	45	6 %
Totalt	254		511		717	

Kommentar: Helseregion Vest har 20 % av befolkninga over 18 år i Noreg, men på landsplan har regionen berre 17 % av døgnplassane til avrusing, 18 % av korttidsdøgnplassane og 11 % av langtidsdøgnplassane. Samla sett har Helseregion Vest berre 15 % av alle døgnplassane innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i landet.

Helseregion Øst har 36 % av befolkninga over 18 år i Noreg. Dei tilsvarande tala for Helseregion Sør er 20 %, Helseregion Midt-Norge 14 % og Helseregion Nord 10 % (tal frå SSB per 1.1.2004).

Informasjonen i tabellen til SSB for vår helseregion var ikkje heilt korrekt, og tabellen er derfor retta opp. Tal i parentes er SSB-tala for plassar i 2004.