



RF – Rogalandforskning. <http://www.rf.no>

## **Handlingsplan for rusfeltet 2005-2008 Helse Nord RHF**

**Sverre Nesvåg**

Rapport RF – 2004/202

Prosjektnummer: 7201970  
Prosjektets tittel: Handlingsplan rus – Helse Nord

Oppdragsgiver(e): Helse Nord RHF

## **Innhold**

INNLEDNING .....	3
GRUNNLAGET FOR PLANEN .....	4
Problemomfang og problemutvikling .....	4
Nasjonale politikkdokument, planer, utredninger og undersøkelser .....	5
Tidligere regionale planer .....	8
Dialogen med fagmiljø i regionen .....	11
PLANOMRÅDER.....	12
Enkeltjenester til ulike målgrupper.....	12
Organisatoriske utfordringer.....	16
Kompetanseutvikling.....	18
Kvalitetssikring – kvalitetsutvikling.....	19
Samfunnsansvar.....	20
SAMLET PRIORITERING .....	21
REFERANSER .....	22

## Innledning

I denne rapporten presenteres et forslag til handlingsplan for rusfeltet i helseregion nord. Det er Helse Nord RHF som har gitt Rogalandforskning i oppdrag å lede arbeidet med å utarbeide forslaget.

Med ”rusfeltet” menes i denne handlingsplanen to tjenesteområder:

1. De tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende, som de regionale helseforetakene overtok ansvaret for fra 1. januar 2004.
2. Tjenestene organisert innenfor det spesialiserte psykiske helsevernet som er spesifikt rettet mot rusmiddelmissbrukere og deres pårørende.

Ut over dette vil rusmiddelmissbrukere og deres pårørende, som alle andre innbyggere, ha rett til tjenester fra de øvrige spesialiserte helsetjenester, de kommunale helse- og sosialtjenester og tjenester fra utdanningssystemet, trygdevesen og A-etat. I denne planen vil slike tjenester først og fremst bli omtalt som rusfeltets viktige samarbeidspartnere.

Forslaget til handlingsplan er utarbeidet på grunnlag av tidligere plandokumenter om rusfeltet i helseregion nord, dialog med aktuelle fagmiljø i regionen, og ulike nasjonale planer, utredninger og undersøkelser.

## Grunnlaget for planen

### Problemomfang og problemutvikling

Alkoholforbruket blant voksne har steget de siste 10 årene, og synes nå å ha stabilisert seg på det samme nivået vi hadde tidlig på 80-tallet. Alkoholforbruket er som kjent svært påvirket av pris/kjøpekraft og med det sterke presset det er på nedgang i avgiftsnivået, må en forvente en økning i alkoholforbruket framover. Alkoholforbruket blant unge har økt sterkt de siste årene. I aldersgruppen 15-20 år er gjennomsnittsforbruket i dag ca. 5 liter ren alkohol pr. år, mot 3 liter for fem år siden.

Bruken av illegale rusmidler blant unge har også økt sterkt de siste 10 årene. I aldersgruppen 15-20 år har andelen som svarer at de har brukt ulike typer illegale rusmidler siste år, blitt fordoblet (til 8% for cannabis, 4% for amfetamin, 3% for ecstasy, 1% for heroin). Vi vet lite om bruken av illegale rusmidler i den voksne befolkningen, ut over de som har fått alvorlige avhengighetsproblemer i forhold til disse stoffene. Flere undersøkelser tyder på at det er langt flere brukere av slike stoffer enn de som hjelpeapparatet identifiserer som rusmiddelmissbrukere (for eksempel undersøkelser av dem som mottar sprøyter fra "sprøytebussen" i Oslo og tilsvarende tiltak).

Andelen brukere av vanedannende legemidler synes å ikke ha endret seg vesentlig de siste 10 til 20 årene. Mest påfallende er den omfattende blandingsbruken av slike legemidler og andre rusmidler. Det viser både undersøkelser av pasienter i hjelpeapparatet og analyser av veitrafikksaker (2,6 stoff pr. sak i gjennomsnitt, utenom alkohol) og av overdosedødsfall (heroin alene i bare 10% av de heroinrelaterte dødsfallene).

Skadevirkningene av rusmiddelbruk og misbruk kan registreres på mange måter. De vanligste målene er rusmiddelrelaterte dødsfall, sykdom, ulykker/skader og vold. Det er en omfattende dokumentasjon som viser at bruk av rusmidler spiller en omfattende rolle på alle disse områdene. I WHO's studie: "Global burden of Disease 2000, ble alkohol rangert som den tredje viktigste sykdomsfremkallende faktor (etter røyking og høyt blodtrykk).

En beregning som nylig er gjennomført ved Rokkan-senteret i Bergen, viser at alkoholbruk koster det norske samfunnet 20 milliarder kroner i året. Beregningen viser imidlertid at de største kostnadene er knyttet til arbeidsliv og kriminalitet. Utgiftene til helsevesenet utgjør en mindre andel. Velferdstap for misbrukere eller skadelidende tredjepart er ikke regnet med.

SIRUS sin kost-nytte analyse basert på lang oppfølgingstid av ca. 500 rusmiddelmissbrukere (i hovedsak illegale rusmidler), viste også store kostnader knyttet til både kriminalitet og helsehjelp. SIRUS sin undersøkelse viste imidlertid også at det er nettogevinst å hente gjennom et omfattende rehabiliteringsarbeid, selv overfor de tyngste rusmiddelmissbrukerne.

## Nasjonale planer, utredninger og undersøkelser

I **regjeringens handlingsplan** mot rusmiddelproblemer 2003-2005 formuleres hovedmålet slik: ”en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk”. Dette hovedmålet vil regjeringen nå gjennom å sette inn både forebyggende tiltak og tiltak overfor personer med utviklede rusmiddelproblemer. På samme måte som i begrunnelsen for rusreformen, er det tre tema som blir særlig understreket i regjeringens målformuleringer: a) bedre tilgang til hjelpetjenestene, b) mer effektive tjenester (basert på kunnskap om hva som gjør tjenestene effektive) og c) tiltak som retter seg spesielt mot rusmiddelrelaterte helseproblemer og dødsfall.

I forhold til punkt a) og b) nevner regjeringens handlingsplan er rekke aktuelle tiltak som er relevante ved utarbeidingen av en handlingsplan for et regionalt helseforetak: kompetanseheving, tidlig intervensjon, helhetlige behandlingsskjeder og bedre samordning av de ulike spesialiserte tjenestene (med individuelle planer som et viktig virkemiddel), satsing på både legemiddelassisterte og ”legemiddelfrie” behandlingstiltak, og evaluering av tiltak for å utvikle kvaliteten på tjenestene.

I forhold til punkt c) er det tiltak overfor ”tunge narkotikamisbrukere” som regjeringens handlingsplan retter seg mot. De aller fleste aktuelle tiltak under dette punktet, er det kommunene som er ansvarlige for (lavterskel helsetilbud, helseundersøkelser, bo- og pleietilbud, ”væresteder”). Av de tiltakene som nevnes i planen, er det først og fremst en styrking av hjelpetilbudet til psykisk syke rusmiddelmissbrukere som er relevant ved utarbeidelsen av en handlingsplan for et regionalt helseforetak.

Kravet om å utvikle mer effektive hjelpetilbud, var en viktig grunn til at det ble oppnevnt en ”**forskerkommisjon**” som skulle oppsummere den forskningsbaserte kunnskapen om effekter av tiltak. I forhold til behandlings/rehabiliteringstiltak der kommisjonen har funnet at det er gjort relativt mye forskning, kan konklusjonene oppsummeres slik:

- Bruk av medikamenter under avrusning reduserer de medisinske komplikasjonene og reduserer drop-out under avrusningsoppholdet, men synes ikke å bety noe for om pasienten velger å gå videre i et behandlingssopplegg eller ikke.
- Tidlig intervensjon med begrenset kognitiv atferdsterapi (selvkontroll- og eksponeringstrening) har dokumentert god effekt.
- Spesifikke psykososiale behandlingssinnsatser har bedre effekt enn standard behandlingsprogram.
- Det er godt dokumentert at behandling med metadon og buprenorfin av opioidavhengige har stor effekt for å redusere frafall i behandling, dødelighet og misbruk, sammenlignet med ingen behandling. Det er ikke dokumentert effekt av medikamentell behandling av kokain- og amfetaminavhengige.
- Det er godt dokumentert at ulike tiltak for skadereduksjon har effekt i forhold til risikofyllt sprøytemisbruk.

På mange andre viktige områder har kommisjonen funnet at det gjenstår å utvikle forskningsbasert kunnskap om effekter av tiltak. Det gjelder på så viktige områder som tiltak overfor dobbeltdiagnose-pasienter, forholdet mellom polikliniske og institusjonsbaserte tiltak, effekter av å matche spesifikke pasientgrupper til spesifikke tiltak (se under om differensiering), bivirkninger av medikamentell behandling, tiltak rettet mot gravide rusmiddelmissbrukere (for å verne fosteret), mange psykososiale behandlingstiltak (spesielt rettet mot misbrukere av sentralstimulerende stoffer), og avrusningstiltak overfor blandingsmisbrukere. Det at det mangler forskningsbasert kunnskap, betyr imidlertid ikke at vi ikke har mye erfaringsbasert kunnskap om slike tiltak. Utfordringen vil både være å utvikle den forskningsbaserte kunnskapen og å utvikle, dokumentere, systematisere og formidle den erfaringsbaserte kunnskapen.

En klar svakhet ved forskerkommisjonens utredning, i tillegg til den bevisste ekskluderingen av erfaringsbasert kunnskap om enkelttiltak, er at den valgte å ikke gå inn på vilkår for at behandlings/rehabiliterings-kjeder skal ha effekt. Begrunnelsen fra kommisjonen er også her at den dominerende behandlingforskningen ikke har vært opptatt av denne problemstillingen. Dette skyldes i stor grad at de mest anerkjente metodiske tilnærmingene ikke synes å være i stand til å gå inn på slike problemstillinger. Igjen vil forsknings- og utviklingsarbeid basert på dokumentasjon og systematisering av erfaringsbasert kunnskap, kunne gi viktige bidrag til å utvikle effektive hjelpetilbud. (I denne sammenheng kan det vises til to rapporter fra Rogalandforskning der en har anlagt dette perspektivet på evalueringen av hjelpetilbud til rusmiddelmissbrukere; Tunglund 1998 og Nesvåg 2001.)

En **tvverrsnittundersøkelse** fra SINTEF Helse og Rogalandforskning (2004) om rusklinter og tjenester før rusreformen, gir viktig informasjon om hva som synes å være de viktigste styrkene og svakhetene ved dagens hjelpeapparat. Undersøkelsen baserer seg på vurderinger av behov, tilbud og samarbeid foretatt i kommunenes sosialtjeneste, blant et mindre utvalg fastleger, 42 omsorgstiltak og 67 behandlings/rehabiliteringstiltak som fylkeskommunene hadde ansvar for på det aktuelle tidspunkt (november 2003). Det vil si at tiltak som de regionale helseforetakene alt hadde overtatt ansvaret for gjennom sykehusreformen, ikke var med undersøkelsen. Fra de 67 behandlings/rehabiliteringstiltakene mottok en informasjon om 2727 klienter som enten oppholdt seg i et døgntilbud den 20. november eller som hadde fått et dagtilbud eller en poliklinisk konsultasjon i samme uke. For noe under 1/3 av klientene var dette deres første tilbud fra spesialisttjenesten. I helseregion nord fikk en inn informasjon om 91 klienter fra alle de tiltakene som Helse Nord RHF nå har overtatt ansvaret for. Av disse hadde 29 opphold i såkalte langtidsinstitusjoner.

Begrepet ”tunge rusmiddelmissbrukere” går igjen i mange planer og undersøkelser. I sin undersøkelse av helsetilbudet til denne pasientgruppen, definerer Ruud & Reas (2003) tunge rusmiddelmissbrukere som pasienter med:

- Alvorlig, intensivt og langvarig rusmiddelmissbruk
- Alvorlig fysisk og/eller psykiske lidelser og helseproblemer

- Alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering.

Av de klientene som fikk et tilbud i omsorgstiltak (663 klienter) eller i behandlings/rehabiliteringstiltak (2727 klienter) var det ca. halvparten som, ut fra disse kriteriene, kunne defineres som tunge rusmiddelmissbrukere. Av disse hadde noe over 1/3 et dominerende alkoholmissbruk, noe over 1/3 et dominerende narkotikamisbruk og 26% et omfattende blandingsmissbruk. Dette sier oss at både når det gjelder graden av alvorlighet og type missbruk, står vi overfor en stor variasjon i pasientgruppen.

Dette kommer også tydelig fram når det gjelder øvrige hjelpebehov: En av fire var gift/samboer. De tre gruppene som mottok henholdsvis attføring, uførepensjon eller økonomisk sosialhjelp var alle på omtrent 20%. Det vil si at mindre enn 40% ikke mottok noen form for offentlig økonomisk støtte. En tredel hadde ikke egen bolig. 20% ble vurdert å ha alvorlige somatiske helseproblemer og 30% ble vurdert å ha alvorlige psykiske helseproblemer (av disse, 7% begge deler).

Følgende tabell gir en god oversikt over forholdet mellom hvor mange som har behov for ulike typer tiltak og hvor god dekningen er i forhold til de ulike behovene:

**Tilbud/tiltak: Aktuelt behov – dekning av behov**

	<i>Aktuelt behov for få klienter (mindre enn ¼ av klientene)</i>	<i>Aktuelt behov for mange klienter (fra ¼ av klientene og mer)</i>
<i>Dårlig dekning av tilbud i forhold til behov (udekket behov for ¼ av klientene og mer)</i>	<p><u>Omsorgstiltak, praktisk hjelp</u> (pleie- og omsorgstilbud i kommunen, lavterskel tilbud i kommunen, hjemmetjenester/ praktisk hjelp, støttekontakt)</p> <p><u>Helsetiltak</u> (utredning somatisk helseproblem, behandling ved somatisk sykehus, psykiatrisk ungdomsteam, dobbeltdiagnoseteam psykisk helsevern, annet rusteam psykisk helsevern, dagtilbud psykisk helsevern, døgntilbud psykisk helsevern)</p> <p><u>Rusomsorg:</u> (dagtilbud rusomsorg, avrusing)</p>	<p><u>Aktivisering, økonomi</u> (grunnleggende forutsetninger for vellykket rehabilitering) (hjelp med bolig, hjelp med økonomi, tiltak i regi av Aetat, aktivisering/dagtilbud, skole/kurs/voksenopplæring)</p> <p><u>Koordinering rundt den enkelte klient:</u> (ansvarsgruppe, individuell plan)</p>
<i>God dekning av tilbud i forhold til behov (udekket behov for mindre enn ¼ av klientene)</i>	<p>Barnevernstiltak</p> <p>LAR rusomsorg</p>	<p>Regelmessig kontakt fastlege</p> <p>Regelmessig kontakt sosialkontor</p> <p>Trygdeytelser</p> <p>Poliklinisk tilbud rusomsorg</p> <p>Døgntilbud rusomsorg</p>

I forhold til samarbeid kommer det fram et klart mønster. I de tilfellene der en samarbeider relativt tett, slik som mellom rustiltakene og sosialkontor/fastlege, er også

behovene relativt godt dekket. I de tilfellene der en samarbeider lite, slik som mellom rustiltakene og A-etat, kommunale pleietjenester, utdanningssystemet, og andre spesialisthelsetjenester, er også behovene relativt dårlig dekket. Det kan sies å ha utviklet seg en indre sirkel av tjenester der samarbeidet er relativt tett og behovsdekningen relativt god, og en ytre sirkel av tjenester der både samarbeidet og behovsdekningen er dårlig. Dette er særlig kritisk i forhold til den store gruppen av pasienter med store vanskeligheter i forhold til sosial rehabilitering/integrering. Det er nok også av den grunn at så mange av pasientene vurderes å ha behov for en individuell plan / behandlingsplan, som kan styrke samordningen og forpliktelsene i samarbeidet mellom ulike tjenester.

## **Tidligere regionale planer**

De tre fylkeskommunene i helseregion nord laget sine siste planer for rusfeltet på slutten av 90-tallet og disse planene ble videreført i en samlet plan for helseregionen, for perioden 2001-2004. Det er dermed, ulikt de andre helseregionene, lenge arbeidet med utvikling av et samlet spesialisert tilbud til rusmiddelmissbrukere i helseregion nord. I forbindelse med forarbeidet til den statlige overtakelsen av det spesialiserte rusvernet, (rusreformen), laget en arbeidsgruppe en rapport som videreførte forslagene fra den regionale planen i forhold til de nye rammebetingelsene som rusreformen ville skape. Det er den regionale planen fra 2000 og rapporten fra 2003, som er de viktigste regionale plandokumentene i forhold til dette forslaget til handlingsplan for rusfeltet i helseregion nord.

## **Regional plan 2001-2004**

Den regionale planen for perioden 2001-2004 ble utarbeidet av en plangruppe nedsatt av det regionale helse- og sosialutvalget i helseregion nord i 1999. Plangruppen besto av representanter fra 2.linjetjenesten innen rusvernet og psykisk helsevern, kommunenes helse- og sosialtjeneste og fylkeskommuneadministrasjonene. Planen ble lagt fram i april 2000.

Planen inneholder en beskrivelse av den aktuelle situasjon i forhold til problemomfang og det etablerte tjenestetilbudet, et langsiktig fokus i forhold til utfordringer, mål og strategier, og en rekke forslag på ulike tiltaksområder.

De konkrete forslagene i den regionale planen er plassert under fem overskrifter:

1. Kompetanseheving/utvikling i kommunene og spesialisttjenesten, dvs. utvikling og gjennomføring av et program med Nordlandsklinikken som koordinator
2. Endringer i dagens tiltaksapparat:
  - Etablere en regional institusjon spesialisert for å ta i mot tvangsinnleggelses
  - Øke plasstallet ved Færingen fra 15 til 22
  - Utvide Finnmarkskollektivets nedslagsfelt til å dekke hele regionen
  - Etablere et internettbasert kommunikasjonssystem for samordning av tilbud
  - Utvikle en regionalt dokumentasjonssystem



- Etablere en koordinerende funksjon for kjøp av plasser utenom regionen
3. Nye tiltak:
- Etablere en eller flere enheter for gravide rusmiddelmissbrukere/foreldre m/barn
  - Etablere behandlingstiltak for unge rusmiddelmissbrukere som ikke kan nyttiggjøre seg tilbud i kollektiv – i en samordnet regional modell
  - Utvikle behandlingstiltak for dobbeltdiagnose-pasienter i hvert fylke
  - Utvikle akutt/avrusningstilbud i hvert fylke i samarbeid med psykiatri/somatikk
  - Etablere et eget LAR-senter for regionen
  - Styrke Finnmarksklinikkens tilbud til rusmiddelmissbrukere i den samiske befolkningen
4. Forebyggende arbeid
5. Etablere et regionalt fagråd

I perioden etter 2000 er det arbeidet videre med flere av disse tiltaksområdene:

- Det er gjennomført en rekke kompetansehevingstiltak i regionen rettet mot ulike målgrupper både innenfor de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, men ut en at disse aktivitetene springer ut fra et samlet program.
- Finnmarkskollektivets nedslagsfelt er i prinsippet utvidet til å gjelde hele regionen og etter 1.januar 2004 er Finnmarkskollektivet, gjennom inngått avtale med Helse Nord RHF i institusjoner som kan benyttes fra hele landet (det frie sykehusvalg).
- Det er i hvert helseforetak (HF) etablert en egen koordineringsenhet for bruk av institusjoner utenom helseregionen.
- Det videreutviklet et behandlingstilbud for dobbeltdiagnose-pasienter ved UNN og også til en viss grad ved Nordlandssykehuset
- Det er etablert et eget LAR-senter for regionen ved UNN og laget en egen plan for hvordan dette senteret skal drive sin virksomhet.
- Det er etablert et eget fagforum i regionen.

Men mange av tiltakene som ble foreslått i den regionale planen var det aktuelt for neste arbeidsgruppe, som ble nedsatt for å foreberede rusreformen, å arbeide videre med.

### **Rusreform, arbeidsgruppe - rapport 2003**

Som en del av forarbeidet til Helse Nord RHF sin overtakelse av ansvaret for det spesialiserte rusfeltet i Nordland, Troms og Finnmark (Rusreformen), ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra de samme instansene som hadde vært med i utarbeidelsen av den regionale planen, men med flere representanter fra de lokale helseforetakene. Siden arbeidsgruppen ble nedsatt høsten 2002 og avgå sin rapport i juni 2003, dvs. før Stortinget hadde behandlet det som da ble omtalt som Rusreform 2, konsentrerte arbeidsgruppen seg om det som alt var besluttet i forbindelse med

Rusreform 1; spesialiserte helsetjenester til rusmiddelmissbrukere og tjenester etter sosialtjenestelovens tvangsparagrafer. Nå kan det nok sies at arbeidsgruppen ikke gjorde noe skarpt skille mellom de tjenester som var omtalt i Rusreform 1 og de som var omtalt i Rusreform 2. Arbeidsgruppens rapport omhandler alle de tjenester som i dag er overtatt av helseforetakene.

I rapporten fra arbeidsgruppen er det innledningsvis pekt på tre perspektiv som må tillegges stor vekt når det spesialiserte tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere skal videreutvikles:

1. Et brukerperspektiv som betyr at en skal ta utgangspunkt i brukernes behov og forutsetninger. Det vil si at rusmiddelmissbrukeres behov skal dekkes av det tjenestetilbud som har de beste faglige forutsetninger for å dekke behovet. På spesialisert nivå er disse tilbudene knyttet til et spesialisert rusfelt og til de spesialiserte psykiatriske og somatiske tjenestene. Tilbud på spesialisert nivå skal utformes slik at de gir maksimal støtte til de tjenester som ytes på kommunalt nivå og skal kunne nyttiggjøre seg tilbud gitt av andre instanser som A-etat og Trygdevesen.
2. Tjenestene skal ha god tilgjengelighet både ut fra spesifikke formelle krav og rettigheter og ut fra øvrige faglige kriterier.
3. Tjenestene skal ha god helsefaglig kvalitet (egentlig dekket av punkt 1, men er så eksplisitt formulert som en av begrunnelsene for rusreformen, at den nevnes spesielt også her).

Arbeidsgruppens konkrete forslag er plassert under tre overskrifter:

1. Forslag i forhold til tilbudstyper:
  - Etablering av rusteam ved de psykiatriske poliklinikkene (som igjen er knyttet til DPS-er)
  - Utvikle akutt-/avrusningstilbudet (overlappende m/regional plan)
  - Utvikle tilbud spesialisert for innleggelse med tvang (overlappende m/regional plan)
2. Forslag i forhold til spesielle brukergrupper:
  1. Styrke tilbudet til unge rusmiddelmissbrukere (overlappende m/regional plan)
  2. Styrke tilbudet til de ”tyngste” misbrukerne (overlappende m/regional plan dersom det for eksempel menes dd-pasienter og LAR-tilbud)
  3. Styrke tilbudet til den samiske befolkningen (overlappende m/regional plan)
  4. Styrke tilbudet til innvandrere, flyktninger, asylsøkere
3. Forslag i forhold til kompetansestyrking:
  - Øke rekrutteringen av spesialister til rusmiddelforskning
  - Styrke kvaliteten på den kliniske rusmiddelforskningen

Tidligere planarbeid dekker altså et stort område av tiltaksområder og konkrete forslag om utvikling av eksisterende og etablering av nye tiltak. Dialogen med fagmiljøene i forbindelse med utarbeidingen av dette forslaget til handlingsplan, har tatt utgangspunkt i disse planene. Tidligere beskrivelser og forslag er så stilt dem opp mot den aktuelle

situasjonen som fagmiljøene opplever at de nå står overfor, ut fra krav fra både eiere og brukere.

## **Dialogen med fagmiljøene i regionen**

Denne planen har tatt sitt utgangspunkt i tidligere regionale planer, der fagfolk fra både kommuner og spesialisttjenester har vært sterkt engasjert i planarbeidet. For å samle et breiere utvalg av fagpersoner ble det i forbindelse med utarbeidelsen av denne handlingsplanen, invitert til et to-dagers arbeidsseminar der vi drøftet oss i gjennom et stort antall problemstillinger og tema. På seminaret deltok det også en brukerrepresentant som kom med mange og viktige innspill til planarbeidet. Dokumentasjonen fra seminaret har inngått som et viktig grunnlag for planen.

Et første utkast til plan ble presentert på et møte i det nylig etablerte fagrådet for rusfeltet i helseregion nord og er også gjennomgått av fagavdelingen i Helse Nord RHF.

Det forslaget til handlingsplan som presenteres gjennom denne rapporten, burde dermed ha en god forankring i fagmiljøene i regionen. Det er imidlertid Helse Nord RHF som oppdragsgiver, som nå vil være ansvarlig for å videreføre planen i de årlige planer og budsjetter for utviklingen av rusfeltet i regionen.

## Planområder

I en handlingsplan som denne er det ikke rom for å gå i dybden i forhold til analyser av problemsituasjon, behov og tilbudsdekning. Beskrivelsene i dette kapittelet og prioriteringene i neste kapittel bygger på beskrivelser/prioriteringer i nasjonale plandokument og tidligere regionale plandokument og på dialogen med fagmiljøene. Inndelingen i planområder bygger også i stor grad på tidligere dokumenters inndelinger.

### Enkelttjenester til ulike målgrupper

Rusmiddelmissbrukere og deres pårørende er ingen ensartet pasientgruppe. Både problemtype, kompleksitet og omfang varierer svært mye. Tilbudet til **den enkelte pasient** må dessuten ta hensyn til mange forhold knyttet til psykiske, sosiale og kulturelle dimensjoner ved pasienten og pasientens livshistorie og situasjon. Det må imidlertid være et spørsmål til åpen faglig debatt om i hvilken grad spesifikke karakteristika ved pasienten eller pasientens livssituasjon er av en slik karakter at det gir grunnlag for å skulle differensiere behandlingstilbudet på **gruppenivå**. I den faglige debatten er følgende dimensjoner ofte framme som grunnlag for å differensiere behandlingstilbudet på gruppenivå:

- Dominerende rusmiddeltype (legal, illegal, medikament) og i tillegg andre typer avhengighet (mest aktuell: spilleavhengighet).
- Når misbruket startet (rehabilitering eller habiliteringsbehov?)
- Graden av psykiske tilleggslidelser med definisjonen av såkalte dobbeltdiagnose pasienter som et ytterpunkt (alvorlig rusmiddelmissbruk/avhengighet og psykotisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse).
- Pasientens kommunikasjonsform: fra sterkt utagerende til svært sårbar (såkalt jeg-svak).
- Graden av annen tilleggsproblematikk enn psykiske lidelse; i forhold til atferd: kriminalitet, prostitusjon med mer, og i forhold til lidelser: ADHD, nevrologiske skader / kognitiv svikt med mer.
- Alder, med spesiell oppmerksomhet på de yngste pasientenes behov (opp til ca. 25 år).
- Kjønn, med spesiell vekt på kvinners behov
- Etnisitet, med spesiell vekt på urbefolkningens og innvandrere/flyktningers rettigheter og behov.
- Familiesituasjon/omsorgsansvar, med spesiell vekt på gravides og småbarnforeldres behov.
- Ulike grupper av pårørendes egne hjelpebehov.

- Spesielle behov ved legemiddelassistert behandling (LAR) og dersom det skal gis tilbud ut fra ulike tvangsbestemmelser (enten ut fra Sosialtjenesteloven eller Lov om psykisk helsevern).

Som en ser av denne listen over faglig relevante karakteristika, er det et stort behov for å kunne tilpasse behandlingen til både enkeltpasienter og pasientgrupper. Dette kravet om tilpasning av behandlingstilbudet vil måtte møtes på tre nivå:

**Nivå 1.** Ut fra noen karakteristika og behov vil noen grupper av pasienter kreve egne tilpassede tiltak enten fordi pasientgruppen krever en fagkompetanse som en ikke kan bygge opp i hele tiltaksapparatet eller fordi gruppen må tilbys et spesielt pasientmiljø for at hensynet til både behandlingen og et ivaretakende miljø skal kunne oppfylles. Dette er imidlertid en måte å differensiere tilbudet på som gir økte kostnader og større utfordringer i forhold til koordinering og samarbeid. I en landsdel med store avstander er dette en ekstra stor utfordring. En differensiering på dette nivået vil dermed måtte kreve en klar faglig begrunnelse, med henvisning til at nødvendig differensiering ikke kan ivaretas på nivå 2 eller 3.

**Nivå 2.** Noen tiltak har mulighet til å differensiere sitt tilbud ved å dele opp tiltaket i ulike avdelinger, enten ut fra en kategorisering av pasientgruppen de har ansvar for eller ut fra faser i behandlingen. Nødvendigheten av en slik differensiering må også gis en spesifikk faglig begrunnelse, selv om konsekvensene i forhold til økonomisk effektiv drift og samordning, ikke er så store som ved differensiering mellom tiltak.

**Nivå 3.** Alle tiltak har krav på seg om å tilpasse og differensiere sitt tilbud til den enkelte pasients livssituasjon og behov. Forholdet mellom behandlingsformer og krav om individuell tilpasning er et kriterium som må tillegges vekt ved valg av behandlingstilbud. I noen tiltak er behandlingstilbudet basert på en stor grad av ensartede kollektive behandlingsformer (grupper og miljø). Det må gis en spesifikk faglig begrunnelse dersom et tiltak, av den grunn ikke kan ivareta behovene for individuell tilpasning, fordi en manglende tilpasningsmulighet i ett tiltak nødvendigvis reduserer muligheten for en fleksibel utnyttelse av det samlede behandlingstilbudet.

Det er med dette som bakgrunn vi kan vurdere hvilke behov som synes å være dårlig dekket i dagens hjelpeapparat, og hvilke utvikling av eksisterende tiltak og nye tiltak som bør prioriteres.

### **Avhengighetsproblematikken**

Den primære grunnen til at det bør finnes et eget rusfelt, dvs. tiltak som er rettet spesifikt mot rusmiddelmissbrukere og deres pårørende, er at avhengighetsproblematikk krever en egen kompetanse for å bli tilstrekkelig forstått og behandlet. Ut fra tidligere regionale planer og dialog med fagfeltet, er det pekt på behov for tiltak i forhold til følgende problemområder:

- Ikke på noe område er det dokumentert bedre kostnadseffekt av rusbehandling enn ved tidlig intervensjon. Det primære ansvaret for tidlig intervensjon ligger vel i den kommunale helsetjenesten men det er gode eksempler på at også

spesialisttjenesten kan utvikle tilbud på dette området (for eksempel TIPS-prosjektet i Stavanger).

- Det er behov for å utvikle tilbudene i forhold til utredning/diagnostisering av selve avhengighetsproblematikken ut fra en bedre forståelse av pasientens vei inn i avhengigheten, avhengighetsgraden og avhengighetens kognitive, emosjonelle og atferdsmessige sider.
- Det er behov for et avrusningstilbud i rusfeltet med tilstrekkelig spredning og dekning; dvs. minimum 3 enheter – ett i hvert fylke. Disse tilbudene må ha oppgaver i forhold til abstinensbehandling, komme i posisjon for videre tilbud, utredning og planlegging av videre tilbud.
- Det er behov for et regionalt tiltak som kan ta i mot pasienter etter sosialtjenestelovens paragraf 6.2.
- DPS-ene er 1.linje i det spesialiserte rusfeltet. Det er behov for å styrke det rusfaglige arbeidet i DPS-ene ved at eksisterende og nye stillinger organiseres som egne rusteam ved hvert DPS. Ved et av DPS-ene bør rusbehandling være et særskilt satsingsområde med tilførsel av ekstra ressurser.
- Det er behov for å etablere et regionalt familiebehandlingstiltak som også kan ta i mot gravide etter 6.2a.
- Det er behov for å etablere langtidstilbud for unge rusmiddelmisbrukere med en ”sårbar kommunikasjonsstil” som ikke kan gis et forsvarlig tilbud for eksempel i dagens kollektivtilbud eller terapeutiske samfunn.
- Det er behov for å utvikle tilbudet til dobbeltdiagnosepasienter innenfor det spesialiserte psykiske helsevern ved alle helseforetakene.
- Det er behov for å styrke behandlingstilbudet til den samiske befolkningen med spesiell vekt på å utvikle tilbud med den nødvendige språklige og kulturelle kompetansen.

### **Rusmiddelmisbrukeres tilleggsproblematikk**

I hvilke grad behov som følger av rusmiddelmisbrukeres tilleggsproblematikk skal behandles innenfor rusfeltets tiltak eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og sosialtjenesten eller i andre instanser, må avgjøres ut fra ulike hensyn som bør avveies i forhold til hverandre.

Det ene hensynet som taler for at tilleggsproblematikken ofte bør møtes **utenom** rusfeltets tiltak, er hensynet til at rusmiddelmisbrukere har de samme rettigheter til den mest relevante og kompetente behandling for sine problemer uavhengig av om de er rusmiddelmisbrukere eller ikke. Noen typer tilleggsproblematikk har en best kompetanse til å møte utenom rusfeltet. Innenfor spesialisttjenestene gjelder det først og fremst alvorlige psykiske og somatiske lidelser. En rekke andre typer tilleggsproblematikk må først og fremst ivaretas i den kommunale helse- og sosialtjeneste og i instanser som utdanningssystem, A-etat og trykdevesen.

To andre hensyn taler for at tilleggsproblematikken bør møtes **innenfor** rusfeltets tiltak. Det ene er et praktisk og økonomisk hensyn. Dersom en pasient kan få dekket sine ulike behov på en forsvarlig måte innenfor ett og samme tiltak, vil det både ut fra behovene for samordning og effektiv ressursutnyttelse, best kunne løses innen ett tiltak. Det andre hensynet er allikevel det viktigste, nemlig de faglige kravene om at avhengighetsproblematikken ikke kan behandles uten samtidige andre tiltak rettet mot tilleggsproblematikken. I forhold til psykiatrisk tilleggsproblematikk er dette fullt ut anerkjent og har ført til at en har prøvd å skille mellom hvilken dobbelproblematikk som bør behandles i psykiatrien (dobbeltdiagnose-pasientene) og hvilke som bør behandles i rusfeltet. I tillegg til dd-pasientene vil selvsagt både den spesialiserte somatiske og psykiatriske helsetjenesten måtte kunne møte avhengighetsproblematikken hos pasienter de ellers har ansvar for (helst med rusfeltets assistanse)

På denne bakgrunn har tidligere regionale planer og fagmiljøene pekt på behov for tiltak i forhold til følgende problemområder:

- Det er behov for å få til et samordnet øyeblikkelig hjelpetilbud der det etableres en funksjons/oppgavefordeling og samordningsmodell mellom tilbudene om øyeblikkelig hjelp innen somatikk/psykiatri og avrusnings/abstinensbehandlings-tilbudet innen rusfeltet.
- Det synes nå som et regionalt LAR-tilbud innenfor de spesialiserte tjenestene er i ferd med å komme på plass. Den største bøygen synes allikevel å være tilstrekkelige ressurser, kompetanse og utholdenhet i det kommunale tilbudet.
- Det er behov for å styrke tilbudet om utredning og viderehenvisning for somatiske lidelser:
  - Infeksjoner (inkl. hepatitt)
  - Under/feilernæring
  - Smertelidelser
  - Diabetes
  - Tannbehandling
  - nevropsykologiske skader (ikke somatisk i vanlig forstand).
- Ut over de definerte dobbeltdiagnose-pasienter som er entydig plassert som et ansvar for det spesialiserte psykiske helsevern, vil rusfeltet måtte vurdere hvor mye kompetanse og ressurser de skal ha for å kunne gi forsvarlige tilbud rettet mot rusmiddelmissbrukeres psykiske lidelser og plager og, motsatt, hvor mye kompetanse og ressurser det spesialiserte psykiske helsevern (utenom de tiltak som er rettet spesifikt mot rusmiddelmissbrukere) skal ha for å kunne behandle rusmiddelavhengighet hos psykiatriske pasienter. Psykiske lidelser hos rusmiddelmissbrukere spenner over et vidt felt:
  - Volds / aggresjonsproblematikk
  - Selvmordsproblematikk

- Traumer
  - Spiseforstyrrelser
  - Psykoser
  - Personlighetsforstyrrelser
  - ADHD
- Den største utfordringen i forhold til vellykket habilitering / rehabilitering av rusmiddelmissbrukere, synes imidlertid å være den sosiale integrering i forhold bolig, utdanning, arbeid, økonomi og sosialt nettverk. Dette vil måtte kreve en helt annen innsats fra kommunale (helse, sosial, utdanning, kultur), statlige hjelpeinstanser (A-etat, trygd), og frivillig innsats, enn den vi ser i dag. Spørsmålet i denne forbindelse er hvor stor innsats og hvilket ansvar spesialisthelsetjenestene skal ha for at slike instanser yter sitt og for at koordineringen mellom innsatsene er god nok.

### **Pårørende**

De samme prinsipielle avveininger som vi i forrige avsnitt gjorde i forhold til rusmiddelmissbrukeres tilleggsproblematikk, må danne utgangspunkt for en diskusjon om hvor pårørende skal få dekket sine hjelpebehov, vurdert som problematikk oppstått som følge av andres rusmiddelmissbruk. Tidligere regionale planer har ikke fremmet spesifikke forslag i forhold til pårørende som selvstendig målgruppe men i dialogen med fagfeltet er det pekt på behov for tiltak på følgende problemområder:

- Stort behov for å informere pårørende om tilbud, organisering og rettigheter etter rusreformen og endringene i pasientrettighetsloven. Men det er også et stort behov for å gi pårørende en nøktern informasjon om hjelpeapparatets muligheter og begrensninger i forhold til målsettinger om endring for ulike pasientgrupper.
- Det må stilles krav til alle tiltak om at de også skal ha et familie/relasjonsperspektiv i alt arbeid med rusmiddelmissbrukere.
- Det er behov for å gi pårørende tilbud om læring/mestring av egen livssituasjon. Pårørende til rusmiddelmissbrukere må være en spesifikk målgruppe for de lærings/mestringssentra som etableres / er etablert i spesialisthelsetjenesten.
- Det må etableres egne gruppetilbud til ulike grupper pårørende.

### **Organisatoriske utfordringer**

Både i nasjonale og tidligere regionale utredninger og plandokument pekes det på at rusfeltet står overfor store organisatoriske utfordringer. Både rusreformen og den tidligere sykehusreformen må først og fremst ses på som et forsøk på å møte noen av disse organisatoriske utfordringene.



I dette forslaget til handlingsplan vil vi spesielt fokusere på behov for tiltak i forhold til tre organisatoriske utfordringer; tilgjengeligheten til tjenestene, brukermedvirkning og samordning av tjenester både på pasient- og tjeneste-nivå.

### **Tilgjengelighet**

- Det første vilkåret for at tjenestene skal være tilgjengelige er at det er nødvendig kapasitet i forhold til den etterspørsel det er etter tjenester (ventetid er dermed et mål må manglende tilgjengelighet). Det er en spesiell utfordring at rusproblematikken i samfunnet synes å endre seg så raskt, både i omfang, typer og konsekvenser, at hjelpeapparatet har store problemer med å omstille seg i forhold til de endrede behov som dette skaper. Det er dermed behov for en systematisk overvåking av slike endringer og de omstillingsbehov de fører til (men hvem sitter på den informasjonen som da kreves – alle ser virkeligheten ut fra den delen de selv har tilgang til).
- Det andre vilkåret som må oppfylles er at potensielle brukere av tjenestene er tilstrekkelig informert om hvilke tjenester som faktisk finnes og hvilke rettigheter en har for tilgang til disse tjenestene. Med de store endringene som nå har skjedd i forhold til organisering og rettigheter er det et stort informasjonsbehov til både pasienter, pårørende og henvisningsinstanser.
- Det er behov for å se på alle de rammebetingelser i form av geografisk avstand, åpningstider, krav om oppmøte til bestemte tider, avvisning ut fra atferd og mer generelle holdninger til rusmiddelmissbrukere som ”uverdige trengende”, som gjør at ulike grupper rusmiddelmissbrukere ikke klarer å tilpasse seg til hjelpeapparatets krav, og som dermed reduserer tilgjengeligheten til tjenestene.
- Det er behov for å vurdere om henvisningsrutiner og vurderingsrutiner er blitt for byråkratisert og dermed fører til en redusert tilgjengelighet til tjenestene.

### **Brukermedvirkning**

- Graden og formen for brukermedvirkning / deltakelse på avpasses etter hvor en er i prosessen. Brukerdeltakelsen må være reell når planer for egen rehabilitering utvikles og evalueres.
- Brukergrupper / organisasjoner må trekkes aktivt med i planarbeid (slik det skjedde på seminaret i denne prosessen), kompetanseutviklingsaktiviteter, seminarer og samlinger og i faste utvalg. Representanter for rusmiddelmissbrukere må inn i brukerutvalgene.
- Brukernes erfaringer må systematisk samles inn gjennom et fast system for brukerundersøkelser.

### **Samordning**

- God samordning krever at det blir ryddet i ledelses- og autoritetsstrukturene i helseforetakene og at det blir utarbeidet beskrivelser av hvordan de ulike tiltakene skal være innpasset i forhold til pasientgrupper, funksjoner og

behandlingsnivå. En slik beskrivelse må basere seg på en anerkjennelse av at rusfeltet er et selvstendig fagfelt innen de spesialiserte tjenestene, samtidig som en må stille seg spørsmål om i hvilken grad tjenestene (gjelder særlig DPS-nivå) skal framstå som spesialiserte ”rusfelt-tjenester” eller breiere/mer allmenne tjenester (jfr. spørsmålet om egne rusteam eller ikke).

- Også innenfor rusfeltet må det etableres en klar nivåstruktur; DPS/rusteam – sykehus/institusjon – regional funksjon, der hvert nivå skal representere en forsterkning av nivået ”under”.
- I samordningen av det spesialiserte tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere synes det spesielt viktig å få avklart oppgaver og funksjoner i forhold til:
  - Øyeblikkelig hjelp og abstinensbehandling (avrusning)
  - Dobbeldiagnose-pasienter og øvrige pasienter med samtidig rus-psykisk lidelse
  - Kartlegging – diagnostikk
  - Råd og veiledning i forhold til enkeltpasienter, på tvers av tjenestene
  - Alles ansvar i forhold til barnevernslovgivningen
- Det er behov for å utvikle feller kriterier og systemer for å koordinere nivåfunksjonene i regionen; i forhold til kravene om god matching, nivåvurdering, ivareta pasientrettigheter.
- Det må utvikles en klarere oppfatning av hvordan en skal vekte forholdet mellom oppsøkende og kontor-baserte tjenester, basert på bevissthet om relevant metodikk og arenaer, mulighetene/begrensningene innenfor dagens refusjonssystem og om hvilket tidsperspektiv og krav om kontinuitet som må stilles i arbeidet med den enkelte pasient. Her må det være rom for forsøksvirksomhet ut fra en tilpasning til lokale forhold (geografi, tilgjengelige tjenester/fagfolk osv).

## Kompetanseutvikling

Det er et økende krav til at tiltak og behandlingsmetoder skal utformes og utvikles på grunnlag av dokumentert kunnskap om relevans og effekter. Vi har tidligere vist til NOU 2003:4 som en innfallsvinkel til dokumentert kunnskap, nemlig det vitenskaplig baserte kunnskapsutviklingen. I tillegg til dette må kunnskap også bygges på brukere, fagpersoner og fagmiljøer erfaringsbaserte kunnskap. Denne kunnskapen er i mindre grad enn den vitenskaplig baserte kunnskapen blitt systematisk samlet inn, analysert og dokumentert. På den annen side har den sin styrke i at den daglig blir brukt og vurdert i den konteksten som kunnskapen må anvendes (fra kunnskap til kompetanse). I gjennomgangen av hvilke behov det er for kompetanseutvikling og hvilke tiltak som bør prioriteres for en å få til en slik utvikling, er den denne breie tilnærmingen til kunnskap og kompetanse som er lagt til grunn. Ut fra tidligere regionale planer og dialogen med fagfeltet synes det å være behov for tiltak på følgende områder:

- Utvikle kompetansen i rusfeltet basert på en kartlegging (og anerkjennelse) av den kompetansen en alt disponerer, for å møte de krav til kompetanse som stilles til tverrfaglige spesialiserte tjenester. Legge stor vekt på relasjonskompetanse og kompetanse som styrker den enkelte fagpersonens evne til å bidra i forhold til de oppgaver og funksjoner tiltaket er satt til å dekke.
- Bidra til utviklingen av ruskompetansen i den kommunale helse- og sosialtjeneste og i forhold til den kompetanse ansatte i instanser som utdanningssystem, A-etat og trygdevesen må ha for å kunne yte de nødvendige tjenestene til rusmiddelmissbrukere.
- Utnytte samarbeid om enkeltpasienter som anledninger for å utveksle kompetanse mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten (og andre samarbeidspartnere).
- Utvikle kompetanse om metoder og verktøy for koordinering og samarbeid på systemnivå og i arbeid med enkeltpasienter.
- Etablere gjennomgående fagnettverk (rus-psykiatri-somatikk) innen det enkelte helseforetak og et regionalt rus-fagnett, som får i oppgave å initiere kompetanseutviklingsaktiviteter i regionen.
- Etablere nettstedet [rusbehandling.no](http://rusbehandling.no) (med regionalt kompetansesenter som ansvarlig og helst som nasjonalt nettsted) for formidling av resultater fra behandlingsforskningen og beste praksis (base for kvalitetsregistre).
- Initiere forsknings- og utviklingsaktiviteter både ved det regionale kompetansesenteret og i de enkelte foretakene, basert på en regional FoU-pakke (program/finansieringspakke). Utvikling av forskningskompetanse (på relevant nivå) for klinikere som skal delta i FoU-aktiviteter.

## Kvalitetssikring

Kvalitet er et nøkkelord i all tjenesteproduksjon. Det er ikke rom for å gå inn i dette store temaet på en grundig måte i denne handlingsplanen. Vi har nøydd oss med å skille mellom behov og tiltak som retter seg mot sikre at tjenestene holder en forsvarlig standard, og behov og tiltak for å utvikle kvaliteten på tjenestene ut over denne minstestandarden. Alt som er sagt ovenfor om kompetanseutvikling går inn i det siste temaet, mens punktet om kvalitetssikring blir omtalt i dette kapitlet.

Temaet er imidlertid lite omtalt i tidligere regionale planer og heller ikke nasjonalt har en klart å komme så langt med dette temaet. I den regionale planen 2001 – 2004 pekes det på behov for å foreta en samlet statistisk bearbeiding av pasientdata for å kunne følge med på hvilken kapasitet og kvalitet tjenestene leverer, uten at en har fått gjort så mye konkret på dette punktet. På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en arbeidsgruppe for tiden en rapport om en nasjonal strategi for kvalitetssikring og – utvikling i rusfeltet. Gruppen vil både komme med forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer, områder som egner seg for utarbeidelse av faglige retningslinjer og områder der det bør utvikles nasjonale faglige kvalitetsregistre (beste praksis – registre).

I helseregion nord må en være klar til å kunne utnytte slike virkemidler i egen kvalitetsutvikling.

I dialogen med fagfeltet er det formulert behov for tiltak på følgende områder:

- Stille krav om at det enkelte tiltak må kunne gi åpne beskrivelser av sine tilbud, arbeidsmåter og behandlingsmetoder i forhold til de funksjoner er ment å dekke.
- Stille krav om at hvert tiltak har systemer for dokumentasjon av kvaliteten/effektiviteten på tjenestene, etablerte systemer for klagebehandling / avvikshåndtering.
- Innføre pasientundersøkelser som en fast del av kvalitetssystemet.
- Etablere minstekrav i forhold til bemanning (sammensetning og kompetansekrav) i forhold til kravet om at tjenestene skal være tverrfaglige og spesialiserte, og ut fra at tiltakene skal dekke ulike målgrupper, funksjoner og behandlingsnivå (rusteam/DPS – sykehusfunksjoner/institusjoner – regionale funksjoner).
- Gjennomføre en mer detaljert GAP-analyse i forhold til konkrete tiltak – funksjoner/nivå – økonomiske/personell-ressurser.
- Gjennomføre faglige revisjoner på DPS-nivå og sykehusnivå for å sikre god kvalitet og gode system for avvikshåndtering. Her vil også nasjonale kvalitetsindikatorer og retningslinjer være et viktig utgangspunkt.

## **Samfunnsansvar**

Dette er et tema som det ikke har vært tid til å gå nærmere inn på i dette plandokumentet. Vi tar det allikevel med som en overskrift for å kunne peke på den betydning fagpersoner, fagmiljø og eiere av tjenestene har for å holde fram rusproblematikken som samfunnsproblem. I det ligger:

- Å bidra til en mest mulig korrekt beskrivelse av problemenes omfang og utvikling
- Formidle kunnskap om hva som synes å være de problemskapende faktorene både på individuelt, relasjonelt og samfunnsnivå
- Formidle kunnskap om hvordan problemene kommer til uttrykk og hvilke konsekvenser de får for den enkelte, pårørende og i samfunnet ellers
- Gi nøktern informasjon om hvilke muligheter og begrensninger hjelpeapparatet har i forhold til å møte/mestre/løse disse problemene.

Dette er oppgaver som både eiere og ansvarlige for de enkelte tiltak bør kjenne et ansvar for og opptre aktivt i forhold til.

## Samlet prioritering

Ut fra tidligere regionale planer, dialogen med fagmiljøene og mine egne vurderinger, synes følgende innsatsområder å være de viktigste:

### Tiltaksutvikling:

- Etablere rusteam ved hvert DPS og utpeke rus som satsingsområde ved et av DPS-ene (Bodø-området synes å være særlig dårlig dekket)
- Etablere tre avrusningstilbud, ett i Finnmark, ett i Troms (ved UNN) og ett i Nordland. Dersom en ønsker å utnytte kompetansen i et allerede etablert rusfaglig miljø bør avrusningstilbudet etableres i Narvik (Nordlandsklinikken). Dersom en vil bruke etableringen av et avrusningstilbud til å bygge opp et sterkere rusfaglig miljø i den delen av regionen som har størst avstand mellom behov og tilbud, bør det etableres i Bodø (Nordlandssykehuset).
- Etablere et regionalt tiltak som kan ta i mot pasienter etter tvang (samlet for tvang etter både psykiatri og sosiallovgivningen eller spesifikt tiltak for tvang etter sosiallovgivningen?)

Og dersom en ønsker å prioritere det tiltaket som har sikrest effekt:

- Tiltak for tidlig intervensjon

### Organisasjonsutvikling:

- Etablere et fast system for brukerundersøkelser
- Gjennomføre en utredning/beskrivelse som fastlegger funksjons/nivåinndelingen i regionen og hvilke bemannings- og kompetansekrav som ut fra dette skal være oppfylt i hver type tiltak.
- Gjennomføre et forsøk med nye metoder for oppsøkende virksomhet

### Kompetanse/kvalitetsutvikling:

- Etablere et regionalt/nasjonalt nettsted for formidling av kunnskap/beste praksis for rusbehandling.
- Etablere et ”rammeprogram” for kompetanseutvikling rettet mot ulike målgrupper, inkl. et system for råd/veiledning mellom deltjenestene innenfor det spesialiserte tjenestetilbudet.
- Etablere et program for behandlingsforskning i regionen.

## Referanser

Gjeldsvik, O. (2004): Utredning av de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til alkoholbruk. Rokkan-senteret.

Melberg, HO, Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003): Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? SIRUS-rapport nr. 4/2003.

Nesvåg, S. (2001): Rusvernet i Rogaland – vurdering av behandlingstilbud og samarbeidsforhold. RF 2001/221.

NOU 2003:4: Forskning på rusfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

Ramstedt, M. (2004): The role of alcohol in the global and regional burden of disease. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. Vol. 21 s. 97-107

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Sosialdepartementet.

SINTEF Helse (2003): Helsetjester for tunge rusmiddelmisbrukere.

SINTEF Helse (2004): Rusklienter og tjenester før ”rusreformen”. En tverrsnittsundersøkelse.

Tungland, E. (1998): Behandling, hjelper det? Evaluering av 4 behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere. RF 1998/136