



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

Ole Georg Hoaas

**Det regionale helseforetakets ansvar for
tjenester til rusmiddelmisbrukere i
Helseregion Vest**

Rapport RF – 2003/161

Prosjektnummer: 720 1936
Prosjektets tittel: Implementering av rusreformene
Kvalitetssikrer: Sverre Nesvåg

Oppdragsgiver(e): Helse Vest RHF
Forskningsprogram:

ISBN: 82-490-0268-7
Gradering: Åpen

Forord

Denne rapporten er et arbeidsdokument som oppsummerer Rogalandsforskningens arbeid for Helse Vest med rusreformene, første halvår 2003. Ut fra oppdraget som ble gitt i januar 2003 skulle vi nå ha mulighet til å legge fram en avslutningsrapport som forutsatte at de regionale helseforetakene skulle overta ansvaret for en del av de fylkeskommunale rusinstitusjonene; de som driver med såkalte spesialiserte helsetjenester. Vi skulle også se på grensesnittet mot de tjenestene som de regionale helseforetakene ikke skulle overta (Rusreform 2), og gi råd om utvikling av behandlingsskjedene for rusmiddelmissbrukere der hjelpetjenestene på ulike forvaltningsnivå må fungere i et samspill.

I og med at Stortinget ikke gjorde noen vedtak om Rusreform 2 i juni, har grunnlaget for å levere en avsluttende rapport i august falt bort. Samtidig har flertallet på Stortinget signalisert at de vil gå inn for at de regionale helseforetakene skal overta alle de fylkeskommunale institusjonene og avtalene fra 1. januar 2004. Helsedepartementet har den 30. juni sendt ut retningslinjer til de regionale helseforetakene og fylkeskommunene om den videre prosessen som går parallelt med at man forbereder et endelig vedtak i Stortinget i november 2003. Disse prosessene vil i stor grad være preget av økonomi og formalia.

Vårt fokus er imidlertid innholdet i tjenestene. I og med at prosessene nå kommer til å rulle raskt i 2. halvår, er det behov for en oppsummerende rapport akkurat nå.

Prosjektleder for dette prosjektet har vært Ole Georg Hoaas, som også har ført denne rapporten i pennen. I og med at han går over i annen stilling fra 1. juli 2003, er rapporten også en status ved skifte av prosjektleder, og en overlevering av en stafettpinne til de som skal føre arbeidet videre. Ved Rogalandsforskning har dessuten forskningssjef Sverre Nesvåg (kvalitetssikring) og forsker Kirsten Allred (datainnsamling) vært med i prosjektet.

Stavanger, 4. august 2003

Ole Georg Hoaas, prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	4
1.1	Oppdrag og mandat	4
1.2	Metode og kilder	4
2	DET REGIONALE HELSEFORETAKETS ”SØRGE FOR” - ANSVAR	5
2.1	“Sørge for” - ansvar i forhold til Rusreform 1	5
2.2	“Sørge for” - ansvar i forhold til Rusreform 2	10
2.3	Hva blir det regionale helseforetakets endelige “sørge for” - ansvar?	10
3	GJENNOMGANG AV DET FYLKESKOMMUNALE RUSVERNET I HELSEREGION VEST	11
3.1	Institusjoner og avdelinger	11
3.2	Flaskehalsar	19
3.3	Spesialistkompetanse og utviklingskompetanse	19
4	PLANER OG OPPFATNINGER OM FRAMTIDIG ORGANISERING FRA DET FYLKESKOMMUNALE RUSVERNET	20
4.1	Fylkeskommunale planer	20
4.2	Innspill fra fagadministrative stillinger i fylkeskommunene	23
4.3	Innspill fra institusjonene	25
5	RUSPROBLEMATIKK OG RUSKOMPETANSE I SPESIALISTHELSETJENESTEN	27
5.1	Bakgrunn	27
5.2	Rusmiddelmissbrukeres behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten	27
5.3	Utfordringer ved å ha rusmiddelmissbrukere inne i psykiatriske og somatiske avdelinger	31
5.4	Relevant kompetanse for behandling av rusmiddelmissbrukere	33
5.5	Konklusjoner	36
6	FRAMTIDIG ORGANISERING AV RUSFELTET	37
6.1	Forutsetninger	37
6.2	Organisering av rusfeltet	39
6.3	Styring av pasientstrømmen	41
7	PROSESSEN VIDERE	42

1 Innledning

1.1 Oppdrag og mandat

I avtalen mellom Rogalandforskning og Helse Vest RHF er det avtalt å belyse følgende problemstillinger:

- Hvilket ”sørge for- ansvar” vil det regionale helseforetaket ha når det gjelder behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere i sin region etter at reformen(e) er trådt i kraft.
- I hvilken grad er eksisterende tiltaksapparat som det regionale helseforetaket får tilgang til, i stand til å løse de oppgavene som helseforetaket blir pålagt. (faglig og kapasitetsmessig)
- Hvordan kan tiltaksapparatet som det regionale helseforetaket får tilgang på etter rusreformen(e) integreres i det øvrige spesialiserte helsetilbudet for rusmiddelmissbrukere, slik at det regionale helseforetaket samlet sett kan gi et best mulig tilbud.
- Hvordan kan man bidra til at samspillet og kontinuiteten i den samlede tiltakskjeden blir best mulig (spesielt i forhold til primærhelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunene og det spesialiserte tilbudet innenfor somatikk og psykiatri)
- Hvilke faglige og økonomiske styringsmekanismer og incentiver kan det regionale helseforetaket ta i bruk for en best mulig utnyttelse av de faglige og økonomiske ressursene som legges i tilbudene for rusmiddelmissbrukere.

Selv om vi ikke i denne rapporten er i stand til å møte alle disse problemstillingene, er de fortsatt aktuelle. Vi vil avslutningsvis oppsummere hvor langt vi har kommet i forhold til problemstillingene ovenfor.

1.2 Metode og kilder

Dette prosjektet er definert av Helse Vest RHF som bistand til de utviklingsprosessene som det regionale helseforetaket står overfor i rusreformene. Det er med andre ord ikke definert som et forskningsprosjekt, og utformingen av denne rapporten tilfredsstiller med andre ord heller ikke de krav til dokumentasjon som vi vil stille til en forskningsrapport. Når det gjelder metodikk for innsamling av data har vi bygget på kvalitative metoder, først og fremst ved bruk av intervju med nøkkelpersoner i forhold til saksfeltet.

En viktig del av arbeidet har vært å analysere Odelstingsproposisjonene som ligger til grunn for reformene. En del av denne analysen ble mindre aktuell i og med at Stortinget er i ferd med å endre forutsetningene som var lagt av departementet.

Det er gjennomført to runder med intervjuer: En runde rettet mot rusinstitusjonene på fylkeskommunenes rusvernplaner, og en rettet mot spesialisthelsetjenesten. Disse intervjuene er gjennomført som kvalitative intervju med en intervjuguide som verktøy.

I tillegg har RF hatt stor nytte av de forskningsmessige gjennomgangene av rusfeltet som er kommet i løpet av første halvår 2003. Det dreier seg først og fremst om den regjeringsoppnevnte forskerkommisjonen (NOU 2003:4) og om rapportene fra Sintef Unimed rettet mot situasjonen og behandlingstilbudet for tunge rusmiddelmissbrukere (Sintef Unimed 2003)

I tillegg har vi hatt stor nytte av rusvernplanene og årsmeldingene fra de tre fylkeskommunene og et stort antall beskrivelser og rapporter fra institusjonene i det fylkeskommunale rusvernet.

2 Det regionale helseforetakets ”sørge for” - ansvar

I og med at Rusreform 1 er vedtatt av Stortinget er allerede en del av oppdraget på plass. Vi skal derfor ta en relativt grundig gjennomgang nedenfor av de oppgavene som er knyttet til disse tjenestene. Det gjenstår å se hvordan oppgaver knyttet til Rusreform 2 blir utformet. Vi vil allikevel ta med om noen resonnementer også om dette.

2.1 “Sørge for” - ansvar i forhold til Rusreform 1

De regionale helseforetakene har fått følgende oppgaver i Rusreform 1:

Helsefaglig avrusning

Utredning / kartlegging

Spesialisert behandling, poliklinisk og i døgninstitusjon

Selv om det regionale helseforetaket kan få oppgaver i tillegg til disse gjennom behandlingen av Rusreform 2, er det ikke grunn til å tro at basistjenestene i det regionale helseforetaket blir endret.

2.1.1 Helsefaglig avrusning

Helseforetaket skal ivareta avrusning som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging. Ot.prp.3 slår fast at dette blant annet gjelder avrusning hvor det oppstår komplikasjoner som faller inn under ”øyeblikkelig hjelp”, og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter. Pasienter med alvorlig abstinensproblematikk og/eller psykoseutvikling,

samt andre medisinske tilstander, hører også inn under helseforetakets ansvar. I tillegg til tilbudet rettet mot den enkelte pasient, forutsettes det at spesialisthelsetjenesten skal gi råd og veiledning til kommunen når den tar hånd om enklere avrusning.

Det er viktig å skille mellom en medisinsk stabilisering i en akutt situasjon, som spesialisthelsetjenesten alltid har hatt ansvar for i somatiske akuttavdelinger, og en avrusning med vekt på abstinensbehandling og motivering for videre behandling. Medisinsk stabilisering i akutte situasjoner medfører oftest korte innleggelse på en til to dager. For det siste formålet har man innenfor det fylkeskommunale tiltaksapparatet bygget opp tilbud på opp til 2 ukers varighet. Disse avdelingene er noenlunde jevnt fordelt utover i landet, og går sannsynligvis inn som et basistilbud i helseforetakenes behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Disse avdelingene går stort sett med fullt belegg hele tiden. Avdelingene har både som oppgave å være en innledning til utredning og behandling, men skal også å ta reinnleggelse ved sprekk i et mer langsiktig behandlingsopplegg. Slik sett har disse avdelingene en uvurderlig betydning med å binde sammen behandlingsforløp for en brukergruppe som er sterkt disponert for sprekk og avbrudd.

I regjeringens opplegg for rusvernet etter de siste reformene må det forutsettes at de regionale helseforetakene har plikt til å opprettholde et tilbud med god kapasitet på helsefaglig avrusning, og at det er en geografisk spredning som dekker hele helseregionen. Til nå har Rogaland A-senter dekket Rogaland, mens Stiftelsen Bergensklinikkene har dekket Hordaland. Det har vært planlagt å opprette et helsefaglig avrusningstilbud i Sogn- og Fjordane.

Avrusning har et grensesnitt mot akuttmottak i somatikk og psykisk helsevern. Avrusning i det fylkeskommunale rusvernet har ikke hatt akuttfunksjoner i medisinsk forstand. Men her har det vært uklare grenseoppganger og uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og rusvernet hvordan denne grenseoppgangen skal være.

2.1.2 Utredning / kartlegging

Når en rusmiddelmissbruker søker hjelp i sin hjemmekommune er det naturlig at den som tar imot vedkommende, prøver å kartlegge hvilke behov vedkommende har, enten det er helseproblemer eller sosiale problemer. Ofte vil en slik kartlegging være tilstrekkelig for å iverksette avgrensede hjelpetiltak. Når det gjelder personer med et alvorlig og sammensatt rusproblem, og som kommer inn under kategorien av personer som har rett til individuelle behandlingsplaner, er det spesialisthelsetjenesten som i henhold til dokumentene som ligger til grunn for reformen, har fått i oppgave å foreta mer omfattende utredninger. Rusreformen legger forholdsvis langt større vekt på kartlegging, utredning og diagnostisering enn tidligere. Man avgrenser disse utredningene fra de utredningene som sosialtjenesten har ansvaret for (økonomi, arbeid, bolig, nettverk). Spesialisthelsetjenesten får nå ansvar for utredninger som skal fange opp ”medisinsk og psykososial tilstand, og den enkeltes behandlingsbehov”. Vi forutsetter at det her med ”behandlingsbehov” ikke menes kun helsefaglig behandling, men totaliteten av den behandling og rehabilitering som er nødvendig for å få en bestemt rusmiddelmissbruker på beina igjen.

Når det gjelder utredninger beskriver departementet at tiltak under spesialisthelsetjenesten skal tilfredsstillende følgende krav:

- Den må inneha kompetanse til å kartlegge klientens rusrelaterte problematikk, sosial fungering og situasjon, og generelle psykiske og fysiske tilstand.
- Den må inneha kompetanse til å vurdere pasientens motivasjonelle, relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon.
- Den må inneha kompetanse til å vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne bruke resultater fra relevante screenings – og testverktøy.
- Den må inneha kompetanse til å foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand, og eventuelt somatiske tilleggslidelser, herunder ha kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og eventuelt nødvendige spesialutredninger.
- Den må inneha kompetanse til å foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnoser og anbefale adekvat behandlingstilbud.

Slik kartlegging/utredning beskrives i Ot.prp. 3, 2002-2003, legges listen høyt for å møte departementets krav til hva som skal finnes av kompetanse i helseforetakets rusinstitusjoner. Dette gjelder både spesifikk rusfaglig kompetanse, men også spesialisert somatisk, og ikke minst psykiatrisk / psykologisk kompetanse. Det legges opp til at et helhetlig og tverrfaglig utredningsmiljø skal levere de utredninger som det er behov for i et langsiktig behandlings- og rehabiliteringsforløp. (Utredning har tidligere i stor grad vært knyttet til behandling i den aktuelle institusjonen klienten til enhver tid er innlagt i.) Utredningen må med andre ord forholde seg til det som skjer i hele behandlingsskjeden, uavhengig av om det er på kommunalt eller statlig nivå.

Spesialisthelsetjenestens utredning av rusmiddelmissbrukere skal danne grunnlag for arbeidet med individuelle planer på kommunalt nivå. Siden det er opp til fastlegen å henvise til utredninger i spesialisthelsetjenesten, må det være primærlegen som også mottar utredningene. Men samtidig er det sosialtjenesten som har ansvaret for at individuelle behandlingsplaner for rusmiddelmissbrukere kommer på plass. Et godt samarbeid på kommunalt nivå er med andre ord nødvendig for å kunne nyttiggjøre seg de utredningene som spesialisthelsetjenesten utfører.

Vi har sett at det er naturlig å samle og utvikle utredningsoppgavene i et tyngre miljø med utpreget tverrfaglig kompetanse på spesialistnivå med stor ruskompetanse integrert med medisinske, sosialpsykologiske og sosialpedagogiske fagfokus. For noen klienter er det imidlertid så stor grad av psykiatrisk problematikk, at disse best utredes i psykiatrien (jfr. arbeidsfordelingen som er utviklet mellom det fylkeskommunale rusvernet og rusrelatert psykiatri).

Utfordringer når det gjelder utredninger:

Helseforetakene bør få ansvaret for å drive tverrfaglige og spesialiserte utredningsmiljøer som kan gi en helhetlig vurdering, som igjen kan legges til grunn for et langsiktig behandlings- og rehabiliteringsopplegg for rusmiddelmissbrukere.

Det bør utvikles standarder og kvalitetskriterier for hvilke undersøkelser som bør være tilgjengelige i slike utredningsenheter, og dette må kommuniseres tydelig til både fastlegene som innsøkende instans og til sosialtjenesten som ansvarlig for individuelle behandlingsplaner. Det vil være naturlig at kompetansesentrene i helseregionen blir trukket inn for å gjøre et utviklingsarbeide på dette området.

Det er behov for en geografisk lokalisering av slik utredningskompetanse som gjør det mulig for det kommunale hjelpeapparatet å nyttiggjøre seg denne kompetansen, og utredning bør kunne skje både poliklinisk og ved innleggelse. Det gjenstår mye utviklingsarbeid før dette er på plass i forhold til det tiltaksapparatet som overføres fra fylkeskommunene til kommunene.

2.1.3 Spesialisert behandling, poliklinisk og i døgninstitusjon

Spesialisert behandling, fortrinnsvis av kortere varighet, er det tredje området som de regionale helseforetakene får ansvar for i Rusreform 1. Mens avrusning og utredning må betegnes som et grunntilbud som må være på plass i starten av et behandlingsopplegg, er behandlingsoppleggene mer differensierte i forhold til ulike brukergrupper. I Rusreform 1 omtales behandling om det som skal ligge hos helseforetakene til forskjell fra rehabilitering som regjeringen opprinnelig foreslo skulle legges til kommunene.

Dersom Stortinget gjør vedtak i Rusreform 2, slik flertallet har signalisert, er det grunn til å regne med at følgende tilpasninger skjer: All spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere blir det regionale helseforetakets ansvar. Denne behandlingen omfatter både poliklinisk behandling og behandling i døgninstitusjon. Behandling vil måtte være differensiert på brukergrupper slik at det regionale helseforetaket må disponere et antall behandlingsopplegg som tilsvarer de brukergruppene som trenger behandling. Det skilles ikke mellom behandling og rehabilitering. Rehabilitering som krever de rammene som en institusjonsinnleggelse kan gi, er også helseforetakets ansvar.

2.1.4 Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (LOST § 6-2, 6-2a, 6-3)

Tilbakehold i institusjon mot eget samtykke er hjemlet i Lov om sosiale tjenester § 6-2 og 6-2a. Denne adgangen beholdes og skal fortsatt være hjemlet i Lov om sosiale tjenester. Dog skal helseforetaket ha "sørge for" - ansvaret for at det finnes institusjonsplasser for disse innleggelsene. De regionale helseforetakene kan pålegge helseforetak å opprette plasser for inntak av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke, eller inngå avtaler med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, private institusjoner eller med andre tjenesteytere.

"Sørge for" - ansvaret innebærer at det er nok plasser, og at disse faglig og materielt er i stand til å gi tilbud om den hjelpen den enkelte rusmiddelmissbruker trenger. Helseforetaket skal peke ut hvilke institusjoner som skal ta slike innleggelse, og dette skal gjøres kjent slik at de som vurderer innleggelse vet hvilke institusjoner de har å

spille på i en vedtaksprosess. Lovhjemmelen for innleggelse gir ikke spesifikasjoner om utforming av institusjonene. Departementet legger derimot til rette for ”*at helseforetakene selv utformer disse, ut fra behov, faglig ståsted, og utvikling, med den begrensning at ”sørge for”- ansvaret må oppfylles.*

Det er viktig å merke seg at det kun er i den perioden tvangsoppholdet varer, det er helseforetaket som har ansvaret for de aktuelle klientene. Det er et mål å overføre klientene til frivillig, og mer langvarig behandling så snart som mulig, og at klienten deretter overføres til kommunene dersom de ikke trenger spesialiserte tjenester.

Det er grunn til å påpeke at klientgruppene som legges inn mot sitt samtykke, oftest har en tung og sammensatt problematikk med både rus og psykiatri. For gravide (§6-2a) vil man ofte komme langt ut i svangerskapet før situasjonen er stabilisert. Slik Rogalandforskning vurderer dette vil det trolig være behov for lengre innleggelser i helseforetak enn regjeringen forutsetter i Ot.prp.3, 2002-2003.

Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (LOST § 6-3) er en mulighet som kan brukes som et alternativ til innleggelse uten eget samtykke.

Forslaget til Rusreform 2 slår fast at det fortsatt er sosialtjenesten som tar initiativet til innleggelse uten eget samtykke av rusmiddelmissbrukere, og som forbereder vedtak i fylkesnemnda for sosiale saker. Det er grunn til å se på om lovverket her ikke på sikt bør harmoniseres med lovverket for tvang ellers i spesialisthelsetjenesten.

Utfordring:

Til nå har det vært underdekning og for lite tilrettelagte tilbud for innleggelser etter LOST 6-2 og §6-2a. Det regionale helseforetaket bør vurdere oppdraget på dette området i forhold til hele regionen, med sikte på å få etablert et stabilt og godt nok tilbud for dette oppdraget.

2.1.5 Helseforetakets ”sørge for” - ansvar i forhold til lov om pasientrettigheter.

I utgangspunktet er rusreformene motivert ut fra behovet for organisatorisk opprydding i behandlingsskjedene, ikke ut fra behovet for å gi økte individuelle rettigheter. Professor Aslak Syse slår fast at reformene kun i liten grad betyr økte rettigheter (Rus og avhengighet, nr. 1, mars 2003). Ifølge Syse er sosialtjenestens plikter overfor rusmiddelmissbrukere ikke styrket, og det forutsettes at den kommunale sosialtjenestens tilbud skal prøves før spesialisthelsetjenestens tilbud settes inn. I og med at det står fastlegene fritt å henvise til spesialisthelsetjenesten er det imidlertid et spørsmål om dette vil være tilfelle i praksis.

I den grad det er behov for spesialiserte helsetjenester, er helselovgivningen klart sterkere på brukermedvirkning, valg av behandlingssted og når det gjelder informasjonsplikten. Ved langvarige og sammensatte lidelser har pasienten rett til individuell behandlingsplan. Syse presiserer at etableringen av en individuell behandlingsplan ikke automatisk gir rettigheter i forhold til tiltakene som er tatt med i planen. I Rusreform 2 foreslås også at retten til individuell behandlingsplan skal

forankres i Lov om sosiale tjenester. Men ifølge Syse er ikke en plan etablert av sosialtjenesten bindende for spesialisthelsetjenesten.

Rogalandforskning har konsultert jurist Alice Kjellevold, ekspert i helse- og sosialrett ved Høgskolen i Stavanger. Ifølge Kjellevold er en av de rettighetene som klart utløser helsetjenester på kort sikt, retten til å få vurdert behovet for spesialisthelsetjenester. En slik vurdering skal ifølge loven om pasientrettigheter gjennomføres snarest, og i alle fall innen 30 dager. Det er naturlig at en slik vurdering må bygge på en kartlegging og analyse i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i en kartleggings- og utredningsenhet som helseforetakene rår over. Dette rimer med den sterke vektleggingen av kartlegging og utredning i Rusreform 1.

Det er forventninger i rusvernet om at pasientrettighetene vil bety at kapasiteten av tjenestene må økes for å unngå ventelister. Så vidt vi kan se er det så mange forbehold i loven på dette området, at rettighetene ikke er så sterke som mange hadde håpet.

2.2 “Sørge for” - ansvar i forhold til Rusreform 2

Hvordan pasientrettigheter vil slå inn i rusfeltet får vi først se når regjeringen sender Rusreform 2 tilbake til Stortinget. Da vil det nemlig bli avklart om pasientrettigheter på linje med det som i dag finnes i spesialisthelsetjenesten vil gjelde hele rusfeltet som eventuelt skal sortere under de regionale helseforetakene, inkludert langvarig rehabilitering av tunge rusmiddelmissbrukere.

Det er imidlertid på det rene at regjeringen ikke har lagt opp til at styrking av pasientrettighetene skal øke ressursbruken og pasientvolumet i rusbehandling i Norge.

2.3 Hva blir det regionale helseforetakets endelige “sørge for” - ansvar?

I og med at prosessene går parallelt når det gjelder de beslutninger som Stortinget skal ta om rusreformene, og den forberedelsen de regionale helseforetakene må gjennomføre, vil vi i det følgende skissere hvordan dette kan slå ut:

Det som skisserer som spesialisthelsetjenester i Rusreform 1, og som der omfattes av pasientrettigheter, videreføres.

I forhold til tjenestene som var beskrevet i Rusreform 2 (langvarig døgnbehandling/rehabilitering) kan vi minst se for oss to alternativer: For det første at tjenestene defineres som helsetjenester og omfattes av pasientrettighetene i helselovgivningen. For det andre kan det tenkes at tjenestene fortsatt skal hjemles i Lov om sosiale tjenester, til tross for at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å yte tjenestene. Da kan vi tenke oss en situasjon der disse tjenestene ikke omfattes av pasientrettighetene.

Dersom alle tjenestene omfattes av pasientrettigheter kan etterspørselen etter tjenester med rettighet øke kraftig. Det er utvilsomt behov for bedre behandlingsskapasitet, men dette er også et felt der utgiftene kan øke nærmest mot det uendelige dersom det ikke er

klare kriterier for hva som omfattes av pasientgarantien. Det må først og fremst ligge en spesialistvurdering i bunnen for å få tilgang til behandling og rehabilitering, og da gjerne knyttet til individuelle behandlingsplaner, som slår fast at personene det dreier seg om er motivert og i stand til å nyttiggjøre seg behandling og rehabilitering. Det bør også ligge som en forutsetning at kommunene gjør sin del av jobben med å få på plass ordnede boforhold og et minimum av nettverk, slik at pasientene kan ha mulighet til å opprettholde den livskvalitet de har opparbeidet seg gjennom behandling og rehabilitering.

Dersom kriterier for hva som utløser rettigheter blir utviklet, vil man ha et verktøy for å vurdere om ressurstilgangen er realistisk eller om den fører til underbelegg eller ventelister i behandlingsapparatet.

3 Gjennomgang av det fylkeskommunale rusvernet i Helseregion Vest

I dette kapitlet vil vi se på de spesielle tiltakene som til nå har ligget på fylkeskommunenes rusvernplaner, og som samlet kan bli overført til rusfeltet gjennom reformene. Vi bestreber oss på en kortfattet, stikkordspreget framstilling for å lette oversikten.

Vi starter denne gjennomgangen i sør, dvs. i Rogaland. For mer detaljert gjennomgang av budsjetter avtaler osv. henvises til departementets oversikt. Departementets oversikt har imidlertid et juridisk / forvaltningsmessig perspektiv, og gjør noen forenklinger som går ut over den faglige forståelsen. Ikke minst gjelder dette forsøket på å dele institusjonene inn i kategorier alt etter om det er helseinstitusjoner eller sosiale institusjoner. Vi argumenterer andre steder i denne rapporten for at det helseperspektivet og det sosiale perspektivet er fullstendig integrert i rusbehandling.

Vi har også lagt større vekt på tilstedeværelsen av spesialistkompetanse i de enkelte institusjonene. Det viser seg nemlig at en slik kompetanse er viktig når det gjelder faglig utviklingsarbeid og når det gjelder å holde institusjonen à jour med hva som er forskningsmessig status for effektiv behandling.

3.1 Institusjoner og avdelinger

3.1.1 Basissenteret – Sandnes

Karakteristikk:

En-avdelings institusjon: Poliklinikk

Sektoransvar for sørsektor i Rogaland

Målgruppe: Personer med rusrelaterte problemer fra 30 år og oppover

Alle typer rusmidler, men dreining mot illegale rusmidler

Eget tilbud for spilleavhengige

Jevn fordeling av kvinner og menn

Har ikke ventelister i det ordinære polikliniske tilbudet, men lange ventelister for spilleavhengige.

Fagprofil: Helsefaglig profil med bruk av flere terapeutiske innfallsvinkler tilpasset brukerens behov. (Psykodynamisk – løsningsorientert – kognitive teknikker osv.)

Fremhever erfaringen med et positivt samarbeidsforhold til kommunene, og ikke minst til primærlegene i den sektoren institusjonen dekker.

Utviklingstrekk: Utvikling av kombinasjonskompetanse i skjæringspunktet rus / psykiatri

Kompetanse: Fagansvarlig på avdelingen: Psykologspesialist. En psykologspesialist til i delstilling. Andre ansatte med høgskoleutdanning innenfor helse/sosial og relevant videreutdanning. Tilfredsstillende i dag kravet om å ha spesialist arbeidende i avdelingen.

Ventelister: Lange ventelister på tilbudet for spilleavhengige. Ikke ventelister på annen poliklinisk behandling.

Konklusjon:

Slik institusjonen framstår i dag er det rimelig å vurdere den som en del av det regionale helseforetakets behandlingstilbud i forhold til Rusreform 1. Institusjonen har spesiell kompetanse i samarbeid med fastlegene og hjelpetilbudet i kommunene. Dersom det fastslås at spilleavhengighet er en del av rusfeltets ansvarsområde har Basisenteret et faglig grunnlag for å videreutvikle dette.

3.1.2 Duedalen rehabiliteringssenter (Fogn / Stavanger)

Karakteristikk:

Arbeider i 2 hovedfaser. Fase 1 holder til å Fogn (8 plasser) og fase 2 holder til i Stavanger. Fase 2 har en utslusingsfunksjon til en normal tilværelse i samfunnet. Har også en proavdeling som forbereder klientene over tid før innleggelse.

Alle typer rusmidler

Alder: 18 til 35 år er i ferd med å utkrystalisere seg som hovedmålgruppe.

Avgrensning mot klienter med for store psykiatriske lidelser

Fagprofil: Flere behandlingsfokus, men hovedvekt på miljøterapi

Har egen kvinnegruppe, men innsøkningen fører til overvekt av menn.

Medikamentfritt tilbud

Utviklingstrekk: Styrke et skjermet kvinnetilbud. Styrke aktivitetene i Stavanger (Fase 2)

Kompetanse: Fagfolk med høyskoleutdannelse innenfor pedagogikk, helse/sosial. Flere av disse med relevant videreutdannelse. Veiledning av psykologspesialist på timebasis.

Konklusjon:

En etablert institusjon med et godt utviklet og dokumentert opplegg. Ville ligget på kommunalt nivå dersom Rusreform 2 hadde blitt vedtatt slik regjeringen foreslo. Viktig institusjon for helseforetaket når oppdraget omfatter langsiktig rehabilitering.

Se også egen drøfting om effekten av opplegg bygget på en miljøterapeutisk tilnærming.

3.1.3 Frelsesarmens bo- og treningscenter, (Fabo), Stavanger

Karakteristikk:

Institusjon som er i ferd med å endre profil fra sosial omsorg og botilbud til behandling / rehabilitering

To avdelinger med betydning for det statlige oppdraget

Behandlingsavdeling med opplegg i 2 faser (7 pluss 5 plasser)

Målgruppe: Tunge rusmisbrukere som også har lettere og moderate psykiske lidelser (men avgrenset mot dobbeltdiagnoser)

Alder 25 – 35 år

Alle typer rusmidler

Første driftsår gjennomført

Faglig profil: Grundige kartleggingsprosesser. Hovedtilnærming: Miljøterapeutisk. Behandling og rehabilitering integrert, ofte slik at rehabilitering vektlegges sterkere underveis i opplegget.

Varighet: 4 – 6 mnd i fase 1 og 1-2 år i fase 2.

Kompetanse: Faglig ledelse ved psykologspesialist, flere psykologer, spesialpedagog, helse- og sosialfaglig utdanning med relevant videreutdanning.

Senter for legemiddelassistert rehabilitering:

Statlig oppdrag med ansvar for å koordinere tilbudet for legemiddelassistert rehabilitering i Rogaland

Kompetanse: Leder: Lege, ellers helse/sosialfag med relevant videreutdanning og erfaring.

Konklusjon:

Institusjon som har satset kraftig de siste to årene på å utvikle spesialistkompetanse, og som har etablert en integrert behandlingsmodell med vekt på psykososial og miljøterapeutisk behandling. Kom i en gråsone i forhold til Rusreform 1 og 2. Utvikler seg klart i retning av spesialisthelsetjeneste, men har mer vekt på rehabilitering og lengre opplegg enn det var forutsatt i Rusreform 1. Denne usikkerheten bør være borte dersom rusfeltet blir vedtatt holdt samlet.

3.1.4 Rogaland A-senter (Stavanger)

Karakteristikk:

Hovedavdelinger, med en rekke faglige team og undergrupper.

Spesialavdeling for avrusning. Sektoransvar for helsefaglig avrusning for oppstart av behandling for hele Hordaland. Medisinsk og sykepleierfaglig kompetanse. 8 plasser

Poliklinikk med flere fagteam (familie/individ-gruppe/utredningsenhet med egen nevropsykologisk lab.) Kompetansesenterfunksjoner med vekt på metodeutvikling og kompetanseformidling er integrert i familieteamet. Klienter fra 20 år og oppover, men med en arbeidsdeling i forhold til PUT om klientene opp til 30 år.

Behandlingsavdeling rettet mot personer som er i ferd med å utvikle et tungt misbruk, men som fortsatt har noe av nettverk, bolig og arbeid intakt. Tidlig intervensjon.

Spesialenhet for innleggelser av gravide innlagt uten eget samtykke (LOST 6.2a) Et team på tvers av de andre avdelingene etablerer enheten rundt den/de innlagte når slike innleggelser kommer. RAS ønsker en egen fast oppsatt avdeling for denne gruppen.

Misbrukere av alle rusmidler er representert. Dreining de siste år mot blandingsmisbruk og illegale rusmidler.

Spesialistkompetanse i psykologi tilstede i alle avdelinger, med et tyngdepunkt i poliklinikken

Legeressurs på 50 prosent dekkes av 2 psykiatere. Institusjonen har to legehjemler og er i ferd med å ansette en psykiater til i full stilling.

Som kompetansesenter stor kontaktflate til sosialtjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene, et nettverk som kan utnyttes av det regionale helseforetaket i utvikling av behandlingsskjeden.

Konklusjon:

I forhold til kriteriene i Rusreform 1 er institusjonen tungt inne på oppgaver som blir sentrale i det regionale helseforetakets ”sørgefor-ansvar”. Institusjon som har potensiale til å ivareta basisfunksjoner i regionen som avrusning, utredning, poliklinisk behandling og intermediær døgnbehandling. Institusjonen har også potensiale for regionale funksjoner, for eksempel i forhold til familiebehandling.

3.1.5 Haugaland A-senter (Haugesund)

Karakteristikk:

Ut fra funksjon to avdelinger: poliklinikk og døgnavdeling. Men disse funksjonene organisert som et felles integrert og fleksibelt fagmiljø (Her er gjort en organisasjonsutvikling som er interessant ut fra et brukerperspektiv.)

I ferd med å etablere en ny institusjon for ungdom mellom 18 og 23 år med tunge rus- og adferdsproblemer etter oppdrag fra Rogaland fylkeskommune

Alle rusmidler

Alle målgrupper med en avgrensning mot de med de tyngste psykiatriske diagnosene

Utredning i forhold til egne klienter

Driver nevropsykologisk sentrallaboratorium for Nord-Rogaland og yter slik tjenester til nevropsykologer i regionen.

Et faglig tyngdepunkt, og utvidet oppdrag fra fylkeskommunen når det gjelder døgntilbud for kvinner.

Kompetanse: Faglig ledelse av spesialist i psykologi, og et tyngdepunkt i en psykologgruppe med flere spesialister. Lege tilknyttet som tilsynslege. Ellers tverrfaglig kompetanse innenfor helsefagene med nødvendig videreutdanning og spesialisering.

Konklusjon:

En institusjon som har et tyngdepunkt innenfor helseforetakets ”sørgefor-ansvar” for behandling i henhold til Rusreform 1, både når det gjelder poliklinisk behandling og behandling i kortere døgnopplegg. Et potensielt fagmiljø for nøkkelfunksjoner innenfor helsefaglige basisfunksjoner, som for eksempel utredning poliklinisk behandling, og intermediær behandling. Også et fagmiljø med potensiale for å utvikle regionale funksjoner, for eksempel behandling for ulike grupper av kvinner.

3.1.6 Askøy Behandlingscenter (Hordaland)

Karakteristikk:

Døgntilbud med korttids behandling inntil tre måneder for misbrukere over 18 år

Rusmidler: Alkohol, stoff, medikamenter

21 døgnplasser for menn og 11 plasser for kvinner

Funksjon: Skjerming, utredning, behandling, konsultasjoner (til andre deler av behandlingsskjeden)

Egen enhet for misbrukere som blir innlagt uten eget samtykke (LOST 6.2 – 6.2a)

2 plasser

Faglig ledelse: Psykologspesialist og psykiater/overlege

Faggrupper: psykologer, psykiater, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, teolog

Institusjon som for ett år siden la om fra langtidsbehandling/rehabilitering til korttidsbehandling med et helsefaglig tyngdepunkt

Utviklingsønsker: Innleggelsestilbud for dobbeltdiagnosepasienter, større kapasitet på tvangsinnleggelse, innleggelsestilbud for ungdomsgrupper, tilbud for par/familier

Konklusjon:

Et etablert fagmiljø for korttidsbehandling av psykososial karakter med både helsefaglig og sosialfaglig tyngdepunkt. Spesialistkompetanse innenfor psykologi og psykiatri. Egen enhet for tvang. Slik institusjonen er utviklet det siste året er den innenfor det regionale helseforetakets ”sørg for” -ansvar etter definisjonene i Rusreform 1.

3.1.7 Stiftelsen Bergensklinikkene

Karakteristikk:

Institusjon med flere klinikker med et helsefaglig tyngdepunkt i forhold til innholdet i Rusreform 1.

Faglig ledelse: psykiatere, spesialister i klinisk psykologi

Faggrupper: psykiatere, psykologer, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer osv.

Kompetansesenter – forskningsavdeling – undervisningsavdeling osv.

Klinikker:

Akutt klinikken

Avrusning, 21 døgnplasser og 2 dagplasser, misbrukere over 18 år.

Narkotikamisbrukere, 12 døgnplasser, inkludert 3 for LAR

Tre senger i skjermet avsnitt for avrusning i forbindelse med tvangsinnleggelse

Lange ventelister og underkapasitet i forbindelse med behovet

Hjellestad klinikken

Korttidsinnleggelse inntil 3 måneder

Kjønns-segregert behandling

Behandlingsmetoder: Strukturert dagsprogram, miljøterapi, fysisk trening, gruppeterapi, individualterapi, endringsfokuset rådgivning, undervisning, ferdighetstrening, medikamentell behandling

Egen avdeling for utredning (6 plasser)

Alkohol, medikamenter, illegale rusmidler

10 plasser for kvinner og 16 plasser for menn. 6 plasser i egen avdeling for kartlegging/utredning/stabilisering for misbrukere med uttalt tilleggsproblematikk

Poliklinikken

Organisert i tre team: Voksenteam, gruppeteam, spesialteam

Rusmidler: Alkohol, blandings-, og medikamentmisbrukere over 18 år.

Funksjoner: Kartlegging/utredning, behandling, poliklinisk avrusning, konsultasjon og veiledning til samarbeidsinstanser

Faggrupper: psykologer, sykepleiere, sosionomer

Inntil 400 klienter i aktiv behandling

Store ventelister, behov for kapasitetsøkning

Metadonklinikken

Statlig finansiert tiltak med ansvar for gjennomføring av legemiddelassistert rehabilitering

Delt i to team med hvert sitt regionsansvar

Godkjenner søknader om legemiddelassistert behandling og inngår avtaler om gjennomføring lokalt med fastlege og sosialkontor.

Psykiatrisk ungdomsteam

Målgruppe: Unge rusmiddelmisbrukere fra 15 – 30 år.

Inngår allerede i det statlige helseforetaket

Konklusjon:

Stiftelsen Bergensklinikkene driver spesialisert behandling innenfor de fleste av de områdene som ligger an til å være basisfunksjoner i rusfeltet.

Alle behandlingsavdelinger driver virksomhet innenfor det regionale helseforetakets ”sørge for” - ansvar i forhold til Rusreform 1. Avdelingene ledes ved godkjent helsefaglig spesialistkompetanse, og det er god dekning av spesialistkompetanse i alle avdelinger. Det er også et forsknings- og utviklingsmiljø ved institusjonen som er viktig for framtidig faglig utvikling i rusfeltet.

3.1.8 Flonikollektivet

Karakteristikk:

Langtidsbehandling i tre til fem år basert på en kollektivmodell der ansatte lever sammen med klientene.

Behandling organisert i faser

Fase 1(10 plasser), Fase 2(7 plasser) Fase 3 (5 plasser)

Faglig opplegg med miljøterapi og rehabilitering som fellesnevner. Kjentetegnes også av bofelleskap, gruppeprosesser, strukturert dagsprogram, arbeidstrening, gruppesamtaler, individualsamtaler, par- og nettverkssamtaler, nettverksarbeid, undervisning, ferdighetstrening.

Faggrupper: Vernepleiere, sosiolog, sosionomer, hjelpepleiere, ufaglærte.

I rusvernplanen ligger et forslag om å opprette et langtidstilbud for dobbeltdiagnosepasienter, samt utvikling av et oppfølgingstiltak for klienter som faller ut av behandling.

Konklusjon:

Godt etablert institusjon som vil kunne møte behovet for langsiktig rehabilitering dersom det regionale helseforetaket nå også får ansvar for dette. Institusjonen har et nytt dokumentasjonsopplegg under arbeid. Se også egen drøfting om effekten av opplegg bygget på en miljøterapeutisk tilnærming.

3.1.9 Kalfarkollektivet

Karakteristikk:

Lang tids rehabilitering i inntil tre år der medarbeiderne er ansatt i døgnturnus.

Organisert i tre faser: Fase 1 – skjerming fra rus, trening på dagliglivets ferdigheter, fritidsaktiviteter. Fase 2 – botrening, samliv, nettverk, fellesaktiviteter, skole/arbeid. Fase 3 – selvstendig tilværelse, nettverk, skole/arbeid.

Behandlingsmetoder: Strukturert dagsprogram, miljøterapi, arbeidstrening, gruppesamtaler, individualsamtaler, nettverksarbeid, undervisning, ferdighetstrening, fysisk trening.

Målgrupper: unge rusmiddelmissbrukere i alderen 18 – 30 år.

Faggrupper: psykolog, helse- og sosialfaglig høgskoleutdanning flere med relevante videreutdanninger.

Konklusjon:

Plangruppen bak rusvernplanen i Hordaland kommenterer at det er nødvendig å tydeliggjøre det faglige grunnlaget for institusjonen. I intervjuet RF hadde med institusjonen kunne institusjonsledelsen dokumentere at man er godt i gang med dette. Utvidelse av institusjonskapasiteten med sikte på å gi langtidsplasser for kvinner, er under vurdering.

3.1.10 Det fylkeskommunale rusvernet i Sogn og Fjordane

Sogn- og Fjordane er et spesielt fylke på den måten at det ikke er noen institusjoner som er etablert innenfor et fylkeskommunalt rusvern. Det fylkeskommunale ansvaret for

institusjonsplasser og behandlingstjenester er løst gjennom på den ene siden å opprette noen ruskonsulentstillinger i de psykiatriske poliklinikkene i fylket, og ved på den andre siden å kjøpe gjestepasientplasser fra andre deler av landet når det gjelder behandlingsopplegg som krever innleggelse.

Det betyr at analysen av hvilke resurser som overføres fra fylket til staten i forhold til rusreformene, og som kan brukes for å gi tjenester innenfor det området som helseforetakene for ansvar for, er svært begrenset.

Det er imidlertid minst to interessante aspekter som bør være med i vurderingene av rusbehandling i Sogn- og Fjordane: For det første er det naturlig å se nærmere på hvordan det fungerer å integrere poliklinisk behandling for rusmiddelmissbrukere i en psykiatrisk poliklinikk. For det andre er mulighetene store til å tenke nytt når det gjelder ansvar, lokalisering og samarbeidsmønstre for rusbehandling i et fylke der noen basisfunksjoner kanskje må bygges opp fra grunnen av.

3.2 Flaskehals

Generelt er kapasiteten på det fylkeskommunale rusvernet fullt utnyttet i hele regionen. I tillegg er det ventelister på flere områder. Lange ventelister er særlig uheldig for rusmiddelmissbrukere, fordi mennesker i en slik livssituasjon har en varierende motivasjon for behandling alt etter den psykiske eller fysiske tilstanden man er i til enhver tid. Når det gjelder tilbud for rusmiddelmissbrukere er det ekstra uheldig fordi et grunnlag som er bygget opp gjennom en intervensjon ofte blir ødelagt dersom personen det gjelder ikke får den oppfølgingen som trengs i neste ledd i behandlingsskjeden.

Generelt er det behov for å gjøre et felles utviklingsarbeid i regionen på inntakskriterier henvisningsrutiner for å sikre at den knappe behandlingsressursen blir utnyttet best mulig. Bedre logistikk vil kunne avhjelpe noe av problemene knyttet til flaskehalsene i systemet.

Helt konkret er det ventelister i både poliklinisk behandling, og i døgnbehandling. Når det gjelder langtidsinstitusjonene føres det ikke ventelister. Det gir ikke mening når ventetiden i så fall ville blitt mer enn ett år. Men disse plassene fylles opp raskt etter hvert som de blir ledige. Det er ventelister på fra 3-4 uker til 3-4 måneder i poliklinisk behandling. Men det mest akutte er likevel ventelistene i avrusning og akuttfunksjoner. Dette gjelder både i rusinstitusjonene som har en planlagt avrusning i forkant av videre behandling, og ikke minst i forhold til akuttinnleggelse av rusmiddelmissbrukere som blir lagt inn i mottaksavdelingene på sykehusene. *Noe av det første det regionale helseforetaket bør gjøre er å ta initiativ til en dialog mellom avrusningsfunksjonene i de nåværende fylkeskommunale institusjonene, og i akuttmottakene i sykehusene for å få til en langt mer avklart situasjon omkring akutt- og avrusningsfunksjonene.*

3.3 Spesialistkompetanse og utviklingskompetanse

Rusinstitusjonene i Helseregion Vest som står på fylkeskommunenes rusvernplaner er alle godt etablert og har gjennomarbeidede fagopplegg. Det synes likevel å være en

forskjell mellom institusjoner som har egen spesialistkompetanse og de som ikke har det, på den måten at fagmetodikk som har dokumentert effekt i større grad er integrert her. Dette er dokumentert i en analyse av Rogalandsforskning våren 2003 der behandlingstilbudet i Rogaland blir vurdert i forhold til rapporten fra regjeringens forskerkommisjon fra 2003. Forskerkommisjonen konkluderer om psykososial behandling at ”spesifikke behandlingsinnsatser synes å gi større effekt enn såkalt ”standard” behandling”, og at det er grunnlag for å rendyrke og tydeliggjøre ulike terapeutiske tilnærminger spesielt tilpasset den enkelte bruker. En fagutvikling som legger til rette for dette krever spesialistkompetanse både når det gjelder kartlegging og diagnostisering av den enkelte klient, og når det gjelder metodeutvikling i den enkelte institusjon. I analysen fra Rogaland vil vi spesielt framheve utviklingen ved FaBo og Basissenteret som en følge av at disse institusjonene har fått på plass spesialistkompetanse.

4 Planer og oppfatninger om framtidig organisering fra det fylkeskommunale rusvernet

4.1 Fylkeskommunale planer

Vi har tilgang til forholdsvis nye fylkeskommunale rusvernplaner i alle fylker i regionen. Rogaland fylkeskommune vedtok sin plan høsten 2000, og denne har vært utgangspunkt for utviklingen av rusvernet i Rogaland i de siste to årene.

I Hordaland var det gjort et omfattende planarbeid i 2002. Ikke minst er det gjort en grundig faglig utredning av feltet. Planen inneholder en liste av tiltak som foreløpig er lagt på is i og med at rusfeltet nå skal over til staten.

Også i Sogn og Fjordane er det vedtatt en plan for de fylkeskommunale rusverntjenestene (2001).

En gjennomgang og analyse av dette planverket er en viktig innfallsvinkel til det tjenestetilbudet det regionale helseforetaket nå får ansvar for.

4.1.1 Rusvernplan for Rogaland

Rogaland fylkekommune vedtok en ny delplan for rusvernet i desember 2002. . Planen slår fast at fylkeskommunens tenkning bygger på et folkehelseperspektiv. Det betyr blant annet at man ikke bare har fokus på bestemte grupper hjelpetrengende, men at planen tar sikte på å bidra til ”høy og jevn livskvalitet” i befolkningen. Folkehelseperspektivet er viktig i denne sammenheng fordi det varsler en mer helhetlig tenkning om behandling av rusmidler enn en tenkning preget av fokus på enkelttiltak. Siden rusmiddelmisbruk utgjør en av de viktigste truslene mot folkehelsen, satser fylkeskommunen på å være en regional utviklingsaktør for å sikre forebyggende arbeid og behandling. Fylkeskommunen har tatt på seg en oppgave ut over

minimumsstandarden som går ut på å ha driftsansvaret for institusjonene som skal supplere det tilbudet som blir gitt til rusmiddelmissbrukere i kommunene. Som utviklingsaktør tar fylkeskommunen et initiativ for å få alle leddene i behandlingsskjeden til å fungere. I arbeidet med rusvernplanen var både brukergruppene, kommunene og institusjonene som driver fylkeskommunens tjenester, med i prosessen.

Hvordan utvikle en optimal behandlingsskjede? Dette var utfordringen i rusvernplanen. For det første ble inngangen til fylkeskommunens behandlingstilbud bedret ved å etablere en ny avrusningsenhet for hele fylket ved Rogaland A-senter. Videre ble langtidsinstitusjonenes oppdrag og kapasitet utvidet gjennom planarbeidet og vedtakene. Ikke minst betydde dette at man ønsket å finne en optimal størrelse på institusjonene i forhold til kapasitetsutnyttelsesgraden.

Vedtaket i fylkestinget hadde 28 punkter til forbedringer av tiltaksskjeden. Mange av disse forbedringene er skjedd, ikke minst ved å prioritere å øke kapasiteten i de institusjonene som er inne på fylkets rusvernplan. Det store løftet i forbindelse med rusvernplanen var etableringen av en ny institusjon i fylket for aldergruppen 17 – 23 år. Denne er under etablering i Haugesundsområdet i regi av Haugaland A-senter i 2003.

4.1.2 Rusvernplan for Hordaland

Gjeldende plan for rusvernet i Hordaland fylkeskommune ble vedtatt i januar 2003, etter en omfattende prosess i 2002. I og med at planen kom samtidig med at staten har utredet og vedtatt omfattende reformer, ligger implementeringen av planen på is inntil det blir avklart hvordan reformene blir utformet. Planen har likevel en grundighet som gjør at den bør være et grunnlagsdokument også for det regionale helseforetaket.

På bakgrunn av en omfattende dokumentasjon på hvor sammensatt rusproblemet for den enkelte bruker er, legger planen til rette for at det må skje en ”samhandlingsbasert tiltaksutvikling” for rusmiddelmissbrukere. Forslagene til tiltaksutvikling er derfor utvidet til å gjelde både rusvernet, sosialtjenesten, barnevern, somatisk helsevern og psykisk helsevern (s.12). Denne sterke understrekningen av samhandling i rusvernplanen i Hordaland er blant annet influert av at samhandlingen ikke alltid har vært så god mellom de forvaltningsledd og de institusjonene som har en rolle å spille for rusmiddelmissbrukere i fylket. Dette er også bekreftet gjennom de møtene vi har hatt i fylket. Det er derfor avgjørende at det regionale helseforetaket ikke slipper de ambisjonene som er lagt om samhandling i rusvernplanen.

På denne bakgrunn er følgende tiltak prioritert i planperioden:

Felles tiltaksutvikling for fylkeskommunalt og kommunalt rusvern – etablering av regionale rusvernssentre (dvs. små regioner innenfor fylket – men større enn en kommune). Disse sentrene skal først og fremst gi et poliklinisk tilbud samt ambulant oppfølging av rusmiddelmissbrukere og pårørende. (Jfr. Regionaliseringen av polikliniske tjenester i Rogaland).

Etablering av ny avdeling ved Flonikollektivet for rusmiddelmissbrukere med omfattende psykososiale vansker.

Utvidelse av kapasiteten ved Kalfarkollektivet, spesielt rettet mot kvinnelige brukere.

Etablering av egen kvinneavdeling ved Akutt-klinikken

Utvikling av spisskompetanse innenfor familiebehandling

Utvikling av spisskompetanse i dobbeltdiagnoseproblematikk

Økning av antall plasser for tvangsplassering etter LOST §§ 6.2 og 6.2a

Koordinering av inntak i rusvernet

Etablering av samarbeidsformer/fora med helseforetakene og Avdeling for psykisk helsevern

Initiativ til etablering av samarbeidsordninger/fora for utveksling av tjenester innen helseregionen

Intern kontroll og kvalitetssikring

Etablere Web-sider på Internett

4.1.3 Rusvernplan for Sogn og Fjordane

Rusvernet i Sogn og Fjordane er i stor grad preget av det ikke er bygget opp et særskilt institusjonstilbud, verken på døgnbasis eller poliklinisk. Gjeldende rusvernplan, som ble vedtatt i 2001 er i stor grad preget av dette. Den fastholder tenkningen som gjør at man ikke har egne rusinstitusjoner, men forsøker samtidig å gjøre noe med de manglene i behandlingsskjeden som forårsakes av at man ikke har egne institusjoner.

En viktig del av planen er rettet mot forebyggende arbeid for barn og unge, og således ikke i fokus for oss her. Når det gjelder behandling og rehabilitering beskriver planen følgende tiltak:

Akuttbehandling og avgiftning skal fortsatt skje i indremedisinske sykehusavdelinger. Men det åpnes for noe lengre innleggelse enn for vanlige akuttinnleggelse fordi det er nødvendig for å etablere en behandlingsskontakt med klientene. Det er en intensjon å øremerke noen sykehussenger til dette formålet ved de indremedisinske avdelingene.

Poliklinisk rusbehandling skal fortsatt være knyttet til poliklinikkene i voksenpsykiatrien, men det er en ambisjon om at det ved hver poliklinikk skal være minst tre behandlerstillinger for rusmiddelmissbrukere. Slik har man mulighet til å bygge opp et fagmiljø for rusbehandling ved poliklinikkene. Det er også slått fast at det er behov for å "standardisere" tilbudet i poliklinikkene både når det gjelder innhold, henvisninger, målgrupper osv.

Dobeltdiagnosepasienter behandles ved Psykiatrisk klinikk, og behovet for døgnplasser er satt til 6 – 8 senger. Det er slått fast at alle grupper som går inn under begrepet dobbeltdiagnose skal behandles i psykiatrien.

Innsatsen rettet mot barn og ungdom i psykisk helsevern er vedtatt økt, og en del av den økningen dekker rusproblematikk.

En vil ha innspill i forhold til utvikle behandlingstilbudet slik at det passer for begge kjønn.

En vil fortsatt samarbeide med Fylkeslaget for Rusavhengiges Ettervern når det gjelder ettervernstilbud for rusmiddelmissbrukere.

Tiltakene gjenspeiler hvor forskjellige utfordringene og tiltaksapparatet i Sogn og Fjordane i forhold til de andre fylkene. Dersom man fortsetter å utvikle rustjenestene innenfor de somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenestene, forutsetter dette at man i stor grad må finne andre løsninger enn ellers i helseregionen. Utfordringen her blir imidlertid å utvikle tunge nok rusfaglige behandlingsmiljø til å få tilfredsstillende kvalitet i den langsiktige behandlingen.

4.2 Innspill fra fagadministrative stillinger i fylkeskommunene

4.2.1 Rogaland fylkeskommune

Intervjuet med de fagadministrative medarbeiderne med ansvar for rus i Rogaland fylkeskommune bekrefter at man fortsatt to år etter at rusvernplanen ble vedtatt står fast ved at det er gunstig at hovedtyngden av behandlingstilbud er korte eller mellomlange. Særlig framheves det polikliniske tilbudet som et hovedelement i behandlingsskjeden.

Der det er størst problemer å komme til med et behandlingstilbud er i forhold til de yngste målgruppene. I forhold til de problemene de sitter med er det for få unge som ber om hjelp tidlig i noe som kan utvikle seg til en misbrukerkarriere.

Rogaland fylkeskommune legger stor vekt på å være aktiv i forhold til kommunene, også ved å gå inn å gi tilskudd til tiltak som strengt tatt er et kommunalt ansvar. I og med at den viktigste innsatsen må skje i kommunene, må også fylkeskommunens (og også det regionale helseforetakets) fokus være å styrke kommunenes arbeid.

Rogaland fylkeskommune slår fast at klienter som er med på programmer for medikamentassistert rehabilitering også har et behandlingsbehov ut over det medisinske, og at dette må dekkes over av det ordinær behandlingsapparatet.

Fortsatt er det klare mangler ved den fylkeskommunale tiltaksskjeden i Rogaland: Først og fremst er det behov for behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere med barn/familier. Det er behov for et langt bedre opplegg når det gjelder innleggelse uten eget samtykke.

Når det gjelder rusvernet i Rogaland gjenstår det fortsatt å få etablert et hensiktsmessig dokumentasjonssystem for driften av de fylkeskommunale rusverntjenestene.

På spørsmålet om hvordan fylkeskommunen så for seg framtidig organisering av rusvernet ble understreket følgende: Det er viktig å innpasse rusvernet riktig i forhold til psykisk helsevern. Ikke minst vil det være naturlig å gi de distriktpspsykiatriske sentrene en sentral rolle i videreutviklingen av rusfeltet.

4.2.2 Hordaland fylkeskommune

I møtet Rogalandforskning hadde med Hordaland fylkeskommune (14.02.03) var det konstituert rusverndirektør som representerte fylkeskommunen. Noen av institusjonene var også tilstede (Askøy Behandlingssenter og Flonikollektivet). Møtet tok opp mye som ellers kommer fram i denne rapporten, men i det følgende har vi tatt med noen hovedpunkter:

Det er tydelig at både fylkeskommunen og institusjonene ser på det at man har fått utformet og vedtatt en ny rusvernplan som svært viktig. På mange måter danner denne rusvernplanen en basis for et bedre samarbeid institusjonene imellom, og mellom rusfeltet og andre felt. Sammen med etableringen av rusvernkontoret i Hordaland fylkeskommune framheves dette som en milepæl både av fylkeskommunen og institusjonene. Dette er det viktig å ta vare på i det videre arbeid i regionen. I og med at man har satset så kraftig på å få fram en rusvernplan er dette også et signal om behovet for å holde rusfeltet samlet i fortsettelsen. Dersom fylkeskommunen forsvinner som aktør blir det derfor viktig å se etter hva som kan fylle rommet etter fylkeskommunen.

Den tredje faktoren som framheves i Hordaland, er at fylkeskommunen nå har utformet og vedtatt avtaler med de private institusjonene som leverer tjenester til rusvernkontoret. Det framholdes at det gjennom disse avtalene er lagt til rette for konkurranseutsetting av disse tjenestene på linje med det som skjer i Oslo. I Hordaland ser man arbeidet med avtaler som en del av utviklingen av bestillerkompetansen i fylkeskommunen, og man er svært opptatt av at også det regionale helseforetaket sørger for en god bestillerkompetanse.

Den fjerde faktoren som ble berørt er arbeidet med å få opp et felles inntaksteam for hele fylket. Fra fylkeskommunens side blir dette understreket som svært viktig.

I forhold til hvordan rusmiddelmissbrukere blir møtt i helsetjenesten, er dette svært varierende, ifølge rusverndirektøren. Han går så langt som å si følgende: ”Våre brukere får ikke helsetjenester. Enkelte leger forårsaker å redusere listene sine for å unngå rusmiddelmissbrukere. De oppleves som bryssomme. De er også kasteballer i psykiatrien. Det finnes ikke langtidsplasser for rusmiddelmissbrukere med psykiske problemer. Det var planlagt 8 plasser for dobbeltdiagnose på Sandviken sykehus, men disse er har falt ut av budsjettene. Det er grunn til bekymring, men vi ser samtidig at det er bevegelse på dette området.”

4.2.3 Sogn- og fjordane fylkeskommune

Rusvernarbeidet i Sogn og Fjordane fylkeskommune er i hovedsak lagt til psykiatrien ved at det er antatt ruskonsulenter ved de psykiatriske poliklinikkene i fylket. I tillegg kjøper man akuttinnleggelse går til akuttmottakene på sykehusene, men det finnes ingen egen avdeling dedikert for avrusning. Døgnbehandling skjer via kjøp av tjenester utenfor fylket, og blir koordinert av en ruskonsulentstilling plassert ved Familievernkontoret i Førde. Det er denne konsulenten som vi har intervjuet på vegne av fylkeskommunen.

Grunnlaget for modellen man har valgt i Sogn- og Fjordane ligger i den desentraliserte psykiatrimodellen som ble utviklet tidlig på 90-tallet, og som er noe av grunnlaget for

de distriktpsikiatriske senterne i Norge. I en desentralisert psykiatri med fordeling av poliklinikker ut over i fylket la man så enkeltstillinger som rusvernkonsulenter som skulle arbeide med utredning og behandling av rusmiddelmissbrukere. De ville også ha tilgang til den samlede kompetanse på klinikkene. Ifølge intervjuet er det et altfor tynt rusfagligmiljø i poliklinikkene når det bare er en stilling ved hvert senter. Derfor er det en intensjon å ha minst tre stillinger ved hvert senter for å få til et fagmiljø for rusbehandling.

Rusmiddelkonsulentene har mye ansvar for utredninger og kartlegginger. Disse stillingene er som vi har sett enkeltstillinger, dog knyttet sammen på fylkesplan ved at de sammen utgjør et psykiatrisk ungdomsteam. Stillingene er besatt av folk med helse- eller sosialfaglig høgskole utdanning med relevant videreutdanning, og med lang relevant erfaring. Likevel er det ikke til å unngå at kompetansen i fylket på spesialisert utredning er for tynn. Det er ifølge intervjuet heller ikke slik at spesialister i psykiatrien interesserer seg så sterk for rusproblematikk at de kan tilføre fagmiljøet nok kompetanse på området.

Til tross for mangelen på spesialister på rus, synes det som om rusbehandling integrert i de psykiatriske poliklinikkene er en optimal modell for behandling i et fylke som har en spredt befolkning og som har et lavere folketall enn Hordaland og Rogaland. Det er ifølge intervjuet mulig å gjøre store forbedringer på denne strukturen ved å skape rusfaglige team ved de enkelte poliklinikkene.

Kjøp av plasser for døgnbehandling ser også ut for å være en hensiktsmessig modell for et fylke med en slik befolkningsstruktur som Sogn og Fjordane. Og modellen er forsøkt forbedret ved at det er utarbeidet et vurderingssystem for institusjoner som er aktuelt å bruke til gjesteplasser. Dette systemet er dog ikke tatt i bruk i påvente av reformene.

Avrusning og akuttinnleggelser er ifølge intervjuet ikke løst tilfredsstillende i Sogn og Fjordane. Det finnes ingen egen avdeling for avrusning, og erfaringen er at rusmiddelmissbrukere trenger lengre innleggelser, og mer tid for oppstart av behandling enn det man kan gi ved akuttinnleggelser i sykehusene. Det er planer om å opprette en egen avdeling for avrusning, men dette ligger på is i påvente av reformene.

I forbindelse med en reform der helseforetakene får et større ansvar for rusbehandling tar intervjuet opp to forhold. For det første er det en bekymring for at helseforetaket ikke vil fortsette det arbeidet som fylkeskommunen har igangsatt når det gjelder forebygging. For det andre at helseforetaket ikke vil videreføre den spesielle profilen man i fylket har for ettervern som blir kanalisert gjennom en privat ideell organisasjon, Rusavhengiges Ettervern. (tidligere ”Alkomanes ettervern”) som fylkeskommunen har avtale med og dekker store deler av budsjettet til.

4.3 Innspill fra institusjonene

I dette avsnittet skal vi forsøke å sammenfatte noen av de synspunkter og forslag på framtidig organisering som har kommet fra institusjonene i intervjuene som er gjennomført. Institusjonene er forskjellige, og har vektlagt forskjellige ting. Likevel er de ganske samstemte på en del viktige områder.

4.3.1 Rusfeltet som et eget regionalt spesialistområde

Den viktigste tilbakemeldingen fra institusjonene har vært at det er viktig å holde rusfeltet samlet som et eget faglig spesialistområde. Begrunnelsen for dette har dels vært faglig begrunnet: Rusbehandling er et fag som har store berøringsflater mot andre fagfelt (somatikk – psykiatri – sosial arbeid – barnevern osv.), men det er likevel et faglig tyngdepunkt knyttet til hvordan man behandler mennesker med en sterk avhengighet av rusmidler. Både bredden og tyngdepunktet er viktig for spesialiteten rusbehandling.

Det blir argumentert for at rusproblematikk må behandles som et relasjonelt problem, og at både somatikken og psykiatrien har et sterkere individuelt fokus som ikke er tilstrekkelig for behandling av rusmiddelmissbrukere.

Argumentasjonen for å beholde rusfeltet som et eget regionalt spesialistområde har også sammenheng med at man er redd at små private rusinstitusjoner ikke har den faglige og administrative tyngden som skal til for å kjempe for brukernes og fagfeltets behov dersom det skal skje innenfor for eksempel stramme rammer innenfor psykiatrien. Det er derfor med andre ord et element av frykt for å bli slukt av en faglig og administrativ storebror i motstanden mot å bli lagt inn under psykiatrien i helseforetakene.

Argumentasjonen for å beholde rusfeltet som et eget regionalt fagfelt bygger på ideen (som også ble utviklet av det såkalte Nesvåg-utvalget) om at man bør bygge ut rusfeltet slik at spesialiserte tilbud bør dekke hele regionen. Forslag som har kommet opp er egne regionale tilbud for tvang, egne tilrettelagte tilbud for kvinner, institusjonsplasser for familier, osv.

Samtidig er man innforstått med at det må være noen godt utbygde basisfunksjoner. Slik sett pekes det på underkapasitet innefor avrusning / avgiftning, og innenfor polikliniske tjenester.

4.3.2 Yngste og tyngste

Det er ikke uenighet i institusjonene om at man må satse på ”de yngste og tyngste” (som regjeringens handlingsplan slår fast), men dette nyanseres på ulike måter i kontakten med institusjonene. For det første er det betydelige flaskehalsen som blir tydelige i en slik satsning.

Institusjonsplasser for yngre rusmiddelmissbrukere er en mangelvare. Og det er viktige flaskehalsen på områder som er rettet mot de tyngste: Manglende avrusningskapasitet er et problem i hele regionen, og ikke minst kan dreiningen fra langtidsplasser i døgnbehandling til korttidsplasser føre til at noen grupper ikke får det langtidstilbudet som de har behov for.

4.3.3 Rammefinansiering

Rusinstitusjonene er opptatt av at det regionale helseforetaket beholder fylkeskommunenes økonomiske system som er bygget på rammefinansiering. De målgruppene rusvernet arbeider med er preget av store svingninger, og det ville bli en

svært uheldig dreining i tilbudet dersom man rendyrket en modell med innsatsstyrt finansiering. De tyngste gruppene ville da falle ut.

5 Rusproblematikk og ruskompetanse i spesialisthelsetjenesten

Dette kapitlet bygger på en intervjurunde med fokus på rus til spesialisthelsetjenesten i Helseregion Vest, og på et arbeidsnotat for prosjektgruppa som ble lagt fram 12. juni d.å.

5.1 Bakgrunn

I prosjektgruppens første møte den 28. april, ble det avtalt at tema for neste møte i prosjektgruppen skulle handle om følgende temaer:

Tilgjengelig ruskompetanse som allerede ligger inne i spesialisthelsetjenesten.

Videre drøfting av styringsproblematikk og helseforetakenes rolle.

I den i sammenheng har RF gjort en analyse av rusproblematikk og ruskompetanse som allerede finnes i spesialisthelsetjenesten, og legger inn denne analysen i bearbeidet form som et kapittel i denne rapporten.

Kildeinnsamlingen er skjedd via et opplegg for telefonintervjuer til utvalgte avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Guiden har også blitt distribuert videre fra de vi har sendt den til, og sendt tilbake til prosjektleder i form av ferdig utfylte svar. Slik har vi til sammen fått svar fra 15 avdelinger. Av disse er 7 direkte telefonintervjuer. Det er noe overvekt av svar fra Rogaland, og i og med at initiativet til å videresende intervjuguiden ble tatt av direktør ved Avdeling for rusrelatert psykiatri ved Helse Stavanger.

Undersøkelsen har kun hatt som mål å utvide forståelsen om rusproblematikk i spesialisthelsetjenesten – ikke å gi en representativ beskrivelse gjennom hele feltet. Ut fra målsetningen om økt forståelse har intervjurunden vært svært informativ. Mange har lagt mye arbeid i de svarene som er avgitt, ikke minst ved å ha gjennomført interne drøftinger i forkant av intervjuet. Mange gir også uttrykk for at det er viktig å ha fokus på rus i både psykiatri og somatikk, og at det er uløste problemstillinger knyttet til behandling av rusmiddelmissbrukere på mange områder i spesialisthelsetjenesten.

5.2 Rusmiddelmissbrukeres behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten

Følgende inndeling av skader hos rusmiddelmissbrukere er utformet med et folkehelseperspektiv som utgangspunkt. Vi har tatt den fra regjeringens forskerkommisjon (NOU 2003:4)

	Direkte	Indirekte
Akutte	<i>Rus, forgiftning</i>	<i>Ulykker, skader, vold</i>
Kroniske	<i>Utvikling av avhengighet, redusert immunforsvar, leverskader, nevrologiske skader hiv, osv.</i>	<i>Sosiale problemer, Økonomiske problemer Samlivsproblemer, psykiske problemer, osv.</i>

Kategoriene ovenfor treffer ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Skader som indirekte forårsakes av rusmiddelmisbruk fører til ulykker som kanaliseres inn på de kirurgiske avdelingene på sykehusene. Indirekte fører også rus til psykiatriske lidelser som kanaliseres til psykiatrien. I medisinske akuttinntak er rus knyttet til en stor del av innleggelsene, og kroniske rusproblemer er representert ved en stor del av innleggelsene i ordinære medisinske poster. Stikkord som redusert immunforsvar, leverskader, nevrologiske skader og hiv viser hvor sentral rusproblematikken er i mange sammenhenger.

Et inntrykk av rusproblemenes betydning får vi også gjennom beregnet reduksjon av levealder i befolkningen som resultat av rusmiddelmisbruk. For Vest Europa er det gjort en slik beregning (DALY: Disability Adjust Life Years) som konkluderer med at den *gjennomsnittlige levealderen* for menn på grunn av alkoholmisbruk reduseres med *11.1 prosent* og tilsvarende 1,7 prosent for kvinner. Sammenlignbare tall for narkotikabruk er 2 – 4 prosent for kvinner og menn. Ikke bare illustrerer dette i hvor stor grad rus er den del av sykdomsbildet, men også at alkohol i den sammenheng er et større problem enn narkotika. Nyere studier viser også at en økning i alkoholkonsumet fører til en økning i dødeligheten.

Forskerkommisjonen oppsummerer de psykiske lidelsene knyttet til rus slik: De omfatter psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelse, spiseforstyrrelser, kognitiv svikt og enkelte personlighetsforstyrrelser. Denne gruppen går under betegnelsen pasienter med dobbeltdiagnose, og ble i 1998 – 1999 anslått til 4000 personer.

I tillegg til psykiske lidelser, er de mest vanlige sykdommene ved et for høyt alkoholforbruk magesår, leversykdommer, blodtrykkssykdommer, hjerte/karsykdommer og enkelte kreftformer. Blant sprøytemisbrukere er en vanlig komplikasjon infeksjoner i forbindelse med sår. Felles for alkohol og narkotikamisbrukere er svekket helsetilstand og redusert immunforsvar som fører til økt sykkelighet.

Beregninger av hvor stor del av sykehusinnleggelsene som skyldes rusmiddelmisbruk viser store variasjoner, men ekspertgruppen referer en engelsk studie som vurderes å være relevant også for norske forhold. Her er 6 prosent av alle sykehusinnleggelsene alkoholrelaterte, og tilsvarende tall for alle som oppsøker legevakt 17 prosent. Størst er sykkeligheten knyttet til rus for gruppen middelaldrende menn. Her er det dokumentert at

omlag 39 prosent av innleggelsene kan ha sammenheng med et alkoholmiddelmisbruk (tall fra Sverige.)

I tillegg til sykkeligheten er rusrelaterte ulykker og skader en viktig årsak til sykehusinnleggelser eller dødsfall. Som en illustrasjon på dette kan vi nevne at man i et norsk materiale fra 1985 (Glad 1985) fant at risikoen for å bli utsatt for en ulykke var 160 ganger så stor for bilførere med promille over 0.5 enn for andre bilførere. Vi har foreløpig ikke tall for hvordan dette slår ut i behandlingsstatistikkene på sykehusene.

Rapporten om helsetilstanden for tunge rusmiddelmisbrukere (Sintef Unimed, 2003) konkluderer med at tunge rusmiddelmisbrukere har et stort behandlingsbehov på mange felter: Bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner som følge av bruk av sprøyter, komplikasjoner ved infeksjoner som rammer vitale organer og organstrukturer. Man nevner også sykdommer som følge av mangelfullt kosthold, vitaminmangel og jernmangel. De vanligste psykiske lidelsene blant tunge rusmiddelmisbrukere er affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Personlighetsforstyrrelser synes å være like fremtredende blant tunge rusmiddelmisbrukere som blant psykiatriske pasienter, og for begge gruppene omlag 4 ganger så stor som for befolkningen forøvrig. Antisocial og dyssosial personlighetsforstyrrelser, hvor en utagerende atferd er typisk, forekommer hyppigst hos tunge stoffmisbrukere, og det forekommer ofte flere psykiske lidelser samtidig.

Vi skal avslutningsvis ta med noen av hovedkonklusjonene fra Sintef Unimed-rapporten om det helsetilbudet som tunge rusmiddelmisbrukere får i Norge:

- Fastlegeordningen har skapt mer orden i ansvarforhold for rusmiddelmisbrukere, men fungerer dårligere jo dårligere pasientene er.
- Samarbeidet mellom helsetjenestene og sosialtjenestene fungerer ikke godt nok.
- De somatiske sykehusene gir adekvate somatiske helsetjenester for de mange og alvorlige helseproblemene som tunge rusmiddelmisbrukere kan ha, dersom rusmiddelmisbrukere kommer til behandling. Behandlingen av selve rusproblemet og/eller overføring til oppfølging etter utskrivning er i blant for dårlig.
- Diagnostikk, utredning og behandling av rusmiddelmisbrukere er ofte ikke bra for tunge rusmiddelmisbrukere som behandles i psykisk helsevern. Tilbudet for tunge rusmiddelmisbrukere med alvorlig psykisk lidelse er mangelfull både kvantitativt og kvalitativt.
- Kapasiteten på avrusning er trolig for lav.

Oppsummeringen ovenfor er ikke fullstendig, men tjener til å understreke med bred penn hvor store utfordringer spesialisthelsetjenesten bli utsatt for som følge av rusproblemene i samfunnet. Bildet vi fikk i intervjuene bekrefter dette. Her skal vi ta med et knippe av observasjoner og data som vi fanget opp under intervjurunden:

Akuttmottaket ved Sandviken sykehus, voksenpsykiatri med sektoransvar for 178.000 innbyggere i Hordaland. Gjennom akuttmottaket kanaliseres alle innleggelsene til de andre sengepostene:

Tall fra de siste 5 måneder viser at mellom 18 og 23 prosent er innlagt med rus som hoveddiagnose eller som en fremtredende tilleggsdiagnose. Ikke mulig å skille disse kategoriene før de har vært innlagt noen tid.

Akuttmottaket ved SIR :

Vanskelig å anslå gjennomsnittstall. Generelt mer på kveld, natt og helger, og ved alle spesielle dager og arrangementer som fører til rus i befolkningen. Lever med ruskonsumet i samfunnet slik at en stor del av innleggelsene er rusrelatert på dager med topp i konsumet, og avdelingens bemanning må planlegges ut fra dette.

Mottaket ved medisinsk klinikk ved SIR:

Omlag 50 prosent , dvs. 1000 pasienter hvert år har en rusrelatert problematikk ved innleggelse i mottaket. Av samtlige innleggelser i medisinsk klinikk kan man anslagsvis regne med at det til omlag 10 prosent av innleggelsene er knyttet rusproblematikk.

Kvinneklinikken, SIR:

Anslag for antall personer innlagt hver måned som har rusproblemer:

<i>Seksjon for generell gynekologi:</i>	<i>10</i>
<i>Gynekologisk cancer:</i>	<i>4</i>
<i>Seksjon Føde/barsel:</i>	<i>10</i>
<i>Seksjon fødepoliklinikk/ultralydlab</i>	<i>12</i>
<i>Seksjon Gynekologisk poliklinikk</i>	<i>20</i>

Varatun psykiatriske senter:

Som et eksempel på de distriktskykiatriske senterne tar vi med Varatun psykiatriske senter. Andel av pasientene ved institusjonen som har rusproblemer er anslått til omlag 30 prosent.

RPS, allmennpsykiatrisk sengepost:

Omlag 30 prosent av sengene ved de allmennpsykiatriske sengepostene er belagt med pasienter med rusproblematikk.

I tillegg finnes avdelinger som utelukkende arbeider med rusmiddelmissbrukere innenfor spesialisthelsetjenesten, for eksempel Eikely (dobbeltdiagnose) og de psykiatriske ungdomsteamene. I denne sammenhengen skiller disse seg fra spesialisthelsetjenesten forøvrig ved at de har et fokus behandling og rehabilitering av selve rusproblemet og ikke en somatisk eller en psykiatrisk diagnose.

Oppsummering:

Vi kan slå fast at pasienter innlagt med en diagnose der rus er en framtrødende problematikk er en stor utfordring tvers igjennom hele spesialisthelsetjenesten, både i somatikken og i psykiatrien. Særlig i mottak og akuttfunksjonene er rus en dominerende utfordring. I en mer avklart behandlingsfase er antallet rusmiddelmissbrukere lavere, men fortsatt betydelig. Og i og med at disse gruppene er krevende på andre måter enn andre pasienter (ved utagering, manipulasjon for å påvirke medisiner, innsugling av rusmidler osv.) vil de utgjøre en stor belastning i forhold til antallet. I voksenpsykiatrien er psykiske lidelser og rusproblematikk vevet sammen for en større pasientgruppe.

5.3 utfordringer ved å ha rusmiddelmissbrukere inne i psykiatriske og somatiske avdelinger

Utfordringene rusmiddelmissbrukere fører med seg i avdelinger som ikke er spesielt satt opp for disse gruppene, varierer over noen gjenkjennelige temaer. Vi skal her se på noen av de temaene som ble tatt opp i intervjuene:

5.3.1 utfordringen i å håndtere rusadferd

Uansett hvor tungt rusmiddelmissbruket hos et individ er, vil det være en tilleggspromblematikk i forhold til det pasientene egentlig er lagt inn for i somatiske og også i stor grad i psykiatriske avdelinger. I motsetning til andre pasienter opptrer rusmiddelmissbrukere irrasjonelt i forhold til helsetjenestens uttalte formål med innleggelsen. Fagpersonalet ved disse avdelingene har en kompetanse som er spisset mot diagnosen som ligger til grunn for innleggelsen, men må i tillegg, og av og til istedenfor, bruke mye av arbeidsressursen og motivasjonen til å håndtere det de opplever som irrasjonell adferd. Dette er en adferd med et stort spekter av uttrykk, men det som går igjen er fortellinger om aggresjon, manipulasjon for å få medikamenter (smertestillende, angstdempende osv.), smugling av rusmidler inn i avdelingene osv.

Det er ikke uvanlig at pasienter simulerer suicidalitet for å bli innlagt i psykiatrien, fordi man der har mulighet til å få medisiner som man ikke får i rusinstitusjonene. Det er også fortellinger som knytter enkelte rusmiddelmissbrukere til tyveri på *avdelingene*, eller til at det kommer besøkende til innlagte rusmiddelmissbrukere som forstyrrer arbeidet i avdelingene.

Selv om fagpersonalet i utgangspunktet ikke har en kompetanse spisset mot rusadferd, håndterer de et så stort antall rusmiddelmissbrukere at de får en svært stor realkompetanse i å håndtere denne gruppen av pasienter.

5.3.2 Diagnoser der rus har en medisinsk sammenheng

Dette er et område vi ikke skal gå dypt inn i her, bare slå fast at mange sykdommer og lidelser har en medisinsk sammenheng med den diagnosen en pasient er innlagt for. For eksempel er alkoholmissbruk nært knyttet til leverskader og nevrologiske skader. På samme måte er det nødvendig å få kontroll over et rusmiddelmissbruk for å kunne

behandle diabetes på forsvarlig måte. Ikke minst må vi nevne det forholdsvis store antallet innlagt i føde- og barselavdelingene med et rusproblem, alvorlig fordi rusproblemet kan få fatale følger også for barnet. I mange situasjoner er med andre ord rus som et medisinsk og psykologisk fenomen en del av hoveddiagnosen, og innenfor fagpersonalets primære kompetanse.

5.3.3 Krisehåndtering

I tillegg til at rusmiddelmissbruk håndteres som en del av en medisinsk eller psykiatrisk diagnose, synes spesialisthelsetjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere å være preget av krisehåndtering. I akuttmottakene vi har hatt med i intervjuerunden er dette naturlig nok en overveiende innfallsvinkel. Der er målet å intervensere i en akutt krise, stabilisere en situasjon medisinsk og psykologisk, og legge til rette for at neste ledd i kjeden kan overta videre behandling med et lavere krisenivå.

Men også i forhold til psykiatriske døgnavdelinger, er det mye som tyder på at hovedinnfallsvinkelen er å ordne opp i en akutt krisesituasjon – ikke gi mer langsiktig behandlings- eller rehabiliteringstilbud knyttet til selve avhengighetsproblematikken. Ifølge leder for en døgnpost ved Psykiatrisk klinikk ved RPS har man svært små muligheter til å drive mer spesifikk rusbehandling ut over motivasjon og informasjon. Til det er pasientgruppen for sammensatt og rammebetingelsene for dårlige. Hovedfokus ved en slik avdeling er å hjelpe pasienten å håndtere en krise, og deretter forsøke å knytte forbindelsene til noen utenfor sykehuset som kan følge opp pasienten videre.

5.3.4 Manglende avrusningstilbud innenfor spesialisthelsetjenesten

I og med at de fleste behandlingseenhetene innenfor spesialisthelsetjenesten ikke er satt opp for å gi et integrert tilbud (et tilbud som samtidig behandler alle sidene ved rusmiddelmissbruket) til rusmiddelmissbrukere, er man avhengig av å spille på kompetansen ved andre institusjoner. Det som går igjen som et klart savn er tilgangen på avrusningstjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Særlig frustrerende føles det når verken primærlegene, legevakten eller spesialisthelsetjenesten har mulighet til å fungere som innsøkende instans overfor institusjonene som har avrusningsavdelinger i det fylkeskommunale rusvernet. Det er i mange tilfeller ikke naturlig for spesialisthelsetjenesten å henvise til disse institusjonene via den kommunale sosialtjenesten.

Men også de fylkeskommunale institusjonenes inntakspraksis føles provoserende for spesialisthelsetjenesten som sitter med pasienter i en krise. Mens akuttmottakene må ta imot pasienter når de er dårligst, krever rusvernet at den medisinske krisetilstanden skal være ferdigbehandlet før de blir lagt inn. (Her vil sannsynligvis definisjonen av hva som regnes som medisinsk krise variere ganske mye). Tolkningene innenfor spesialisthelsetjenesten varierer mellom at problemene skyldes at institusjonene fungerer innenfor ulike lovverk til at rusinstitusjonene er private, og lite villige til å innordne seg i en helhetlig behandlingsskjede.

Det er imidlertid eksempler på at sykehusene har organisert mottaket på en måte som har bedret innslusningen av rusmiddelmissbrukere til behandling. Dette har man gjort ved å opprette egne mottak som kartlegger og viderefører pasientene som bli innlagt i en akutt situasjon. Akuttmottaket ved Sandviken sykehus som bare har vært i drift noen måneder etter en organisasjonsendring som har satt institusjonen i bedre stand til å ta imot rusmiddelmissbrukere. Vi ser det samme ved Medisinsk klinikk ved SIR der man har noe lengre drift siden oppstart, og der det nå er mulig å få fram gode data for andelen rusmiddelmissbrukere inn i sykehuset.

5.4 Relevant kompetanse for behandling av rusmiddelmissbrukere

5.4.1 Medisinsk spisskompetanse

Først og fremst har spesialisthelsetjenesten en medisinsk kompetanse som nødvendigvis må være en del av en tverrfaglig behandlingsskjede for rusmiddelmissbrukere. Dette behovet for medisinsk spisskompetanse er påtrengende når det gjelder akuttinnleggelse av rusmiddelmissbrukere. Dette er også en av årsakene til at avrusningsavdelingene i det fylkeskommunale rusvernet vegrer seg for å ta akuttinnleggelse. Her er det behov for den medisinske kompetansen som finnes på et sykehus.

5.4.2 Kompetanse for behandling av rusavhengighet

Noen av institusjonene innenfor spesialisthelsetjenesten er spesielt innrettet på å behandle selve rusavhengigheten, utrede avhengighetsmønstre og aktuelle behandlingstiltak og fungere som veiledere og samarbeidspartnere med hjelpetjenestene i kommunene. Det gjelder først og fremst de psykiatriske ungdomsteamene. I Helse Stavanger er også lokalisert en egen avdeling som arbeider med dobbeldiagnoseproblematikk, nemlig Eikely. Vårt inntrykk er at disse institusjonene skiller seg fra resten av psykiatrien ved å ha et mer langsiktig psykososialt behandlingsperspektiv med et sterkt innslag av rehabilitering. Slik skiller disse avdelingene seg fra resten av psykiatrien som er mer innrettet på å håndtere kriser.

De faglige innfallsvinklene i de polikliniske ungdomsteamene og de mer spesialiserte rusinstitusjonene synes å være sammenfallende. Det er en kompetanse bygget på psykososial og psyko-edukativ forskning. I Rogaland har det da også vært kompetanseutveksling mellom langtidsinstitusjonene innenfor rusvernet og spesialisthelsetjenesten (Eikely, Duedalen, Fa-Bo).

Noe av det samme skillet som finnes mellom sykehusene og det fylkeskommunale rusvernet, finnes også mellom sykehusene og de psykiatriske ungdomsteamene. Noe av forklaringen kan være at den dominerende faggruppen i disse behandlingseenhetene er psykologer og sosionomer (som i rusinstitusjonene), og at det har vært vanskelig å rekruttere leger inn i disse miljøene. Relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten generelt og de psykiatriske ungdomsteamene er dog lettere enn til det fylkeskommunale rusvernet, i og med at sykehusene har mulighet til å henvise direkte til ungdomsteamene.

5.4.3 Nettverkskompetanse og samhandlingskompetanse

I en reform der samhandling i behandlingsskjeder er et hovedstikkord er det interessant å se at slik kompetanse er under utvikling både innenfor spesialisthelsetjenesten og det fylkeskommunale rusvernet. Særlig oppleves handlingskompetansen som utvikles innenfor de nye mottaksenhetene ved sykehusene som relevante. Vi kan gjerne sitere ansvarlig for mottaksenheten ved Sandviken sykehus:

Vi er så nyetablert at det er lettere å snakke om en kompetanse vi holder på å utvikle enn en vi har. Men vi skal være spesialister på å arbeide i mellomrommet mellom de andre institusjonene, der pasientene ofte ikke får den hjelpen de trenger. Vi skal være gode på å utvikle nettverk omkring pasientene...

I mottakene er denne nettverkskompetansen utviklet til noe mer enn en intensjon eller holdning, nemlig en handlingskompetanse. Det er et arbeidsredskap som må brukes i et stort arbeidstempo. Pasienten skal nemlig skrives ut neste dag, og da til noen som kan ta ansvar for pasienten videre.

5.4.4 Psykiatrisk rehabilitering

Vi har på ingen måte hatt mulighet til å ”støvsuge” spesialisthelsetjenesten i helseregionen etter relevant behandlingstenkning for rusproblematikk. Det vi tar med her er heller eksempler på hva man kan finne i et tverrfaglig perspektiv mellom spesialisthelstjenesten og rusvernet. Fra nyere forskningsoversikter vet vi at tenkning omkring integrerte og tverrfaglige behandlingsopplegg er utviklet parallelt innenfor psykiatrien og rusvernet. Dette gjelder for eksempel den såkalte ”New Hampshire-modellen” som er utviklet som en tverrfaglig samarbeidsmodell for behandling av tunge rusmiddelmissbrukere (Sintef Unimed 2003).

Ved Åstveit Distriktpsikiatriske Senter, er det en egen poliklinikk for psykiatrisk rehabilitering, som vi har sett på. Dette er en av 4 lignende avdelinger i Hordaland, og innen Helse Bergen er det altså et sektorisert tilbud av denne typen. I og med at regjeringens reformdokumenter drar et skille mellom behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere, og plasserer rehabilitering på kommunalt nivå, er det interessant å se en avdeling satt opp for å binde sammen behandling og rehabilitering. Avdelingen er beregnet på pasienter med alvorlig psykiske lidelser som fører til alvorlige funksjonsnedsettelse. Omlag 90 prosent av pasientene har alvorlige psykoser eller schizofreni. Mellom 10 og 15 prosent av pasientene har rusproblemer. Det som er spesielt med denne avdelingen er at det er en poliklinikk som er satt opp for en gruppe pasienter med kroniske psykiatriske lidelser. Avdelingen har ikke noe mål i å ferdigbehandle eller avslutte en behandlingsrelasjon dersom klientene kan ha nytte av det. Men hyppigheten i relasjonen varierer kraftig etter pasientens behov. Det er også en liten døgnenhet knyttet til enheten for kortere skjermingsopphold. Avdelingen har en fleksibel arbeidsform som forutsetter rammebevilgninger, og har derfor foreløpig fått unntak i forhold til takstsystemet innenfor psykiatrien. Avdelingen holder kontakt med pasientene selv om de i perioder er innlagt i psykiatriske sykehus eller andre institusjoner, og blir dermed en kontinuitetsbærer for pasientene i hjelpeapparatet.

Ifølge avdelingen er psykisk rehabilitering en egen fagspesialitet. Den er særlig utviklet ved Boston University, men i Norden er det en referanse til rehabiliteringspoliklinikker i Malmø.

Eksemplet fra Åsteveit Distriktpsikiatriske senter er viktig av flere grunner. For det første viser det en faglig praksis som går ut over tradisjonelle faglige båser. Ikke minst er det interessant å se begrepet rehabilitering anvendt i en setting i spesialisthelsetjenesten på en måte som også er relevant for mange grupper rusmiddelmissbrukere. Her ligger også kanskje noen modeller for finansiering og kontinuitet som er verd å se mer på dersom spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for utvikling av tjenestene for rusmiddelmissbrukere.

5.4.5 Samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet

Intervjurunden tyder på at behovet for fleksible samarbeidsløsninger er stort både innenfor spesialisthelsetjenesten og i samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og hjelpeapparatet utenfor. Ikke minst tyder utviklingen av mottaksfunksjonene ved sykehusene på en profesjonalisering av samarbeidsrelasjoner der mulighetene til å arbeide i nettverk, og ha fokus på pasienter som lett faller mellom flere stoler i hjelpetilbudet. Utviklingen av fleksible systemer i sykehusene har vært viet mye oppmerksomhet, og kan sannsynligvis dokumenteres gjennom evalueringer .

I et av intervjuene kommer følgende beskrivelse opp: ”Rusmiddelmissbrukere av de kategoriene vi får, og i det omfanget vi får burde egentlig ikke være innlagt i vår avdeling, eller på sykehuset i den fasen da de trenger avrusning. De skulle vært henvist til en avrusningsenhet, eller til en avdeling i rusvernet som er spesialister på å behandle rusmiddelavhengighet. Men vi vet at enten er det umulig å få til slike innleggelses, eller så er det en lang og tungvint prosess med lange ventetider. ”

Vi kan med andre ord spore en avmakt eller en skuffelse i spesialisthelsetjenesten over hvordan de blir avlastet av det fylkeskommunale rusvernet. Dette bildet er ikke entydig. Ikke minst sier representanter for spesialisthelsetjenesten både i Bergen og Stavanger at dialogen og samarbeidet er i merkbare endring og bedring.

I ett av intervjuene ble det satt ord på den avmakten som kan oppstå i en sykehusavdeling når man oppdager et rusproblem: ”Dersom man vet at det ikke er noen hjelpere å formidle kontakt til, fører det til at man lukker øynene for, og til at man ikke vil røre det som har med videre behandling av rusmiddelmissbruket å gjøre.....Det ville vært et stort framskritt dersom vi hadde hatt tydelig informasjon (for eksempel på Internett) om hvem som har ansvar for å hjelpe pasienter som dette.....”

5.4.6 Oppfatninger om organisering av behandlingsskjeder

Vi har ikke fått mange synspunkter på organisering i de intervjuene som er gjennomført. Men noen trekk er tydelige. Samtalene viser uten unntak at man er positiv til en reform der de spesialiserte rusinstitusjonene flyttes over til spesialisthelsetjenesten. Ikke minst er det en tro på at endrede og bedre henvisningsrutiner vil gjøre det lettere å samarbeide med rusinstitusjonene.

Det er en oppfatning i spesialisthelsetjenesten (spesielt i Bergen) om at rusinstitusjonene har opptrådt for uavhengig og selv definert hvilke behandlingsopplegg de skulle satse på. Det er nok derfor noen forventninger i spesialisthelsetjenesten om at rusinstitusjonenes ressurser kan prioriteres bedre dersom man underlegges beslutningsstrukturen i det regionale helseforetaket.

Vi kan ta med et gjennomgående trekk til: Det framholdes at det er et stort behov for et avrusningstilbud med en profil som gjør at man kan ta akuttfunksjoner. Og fortrinnsvis foreslås disse lagt i spesialisthelsetjenesten.

5.5 Konklusjoner

Dette kapitlet har som hovedkonklusjon at rusproblematikk er en av de virkelig store utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor. Det er også grunn til å konkludere at i det fleksible, tverrfaglige og spesialiserte tilbudet som det er behov for når det gjelder behandling av rusmiddelmissbrukere, er det nødvendig å bli langt bedre på samarbeid på tvers innenfor spesialisthelsetjenesten. men også i forhold til hjelpetilbudet i kommunene og ikke minst i forhold til de spesialiserte behandlingstjenestene for rusmiddelmissbrukere. Samtidig er det opplagt at spesialisthelsetjenesten er i ferd med å utvikle en organisering og samhandlingsmønstre som også vil gi bedre tjenester for rusmiddelmissbrukere.

Noen av problemene i spesialisthelsetjenesten skyldes manglende kapasitet. Dette gjelder ikke minst akutt- og avrusningsfunksjonene, og tilbud til personer med kombinasjon av rus og tunge psykiske lidelser. Men det er viktig å ta på alvor at nøkkelpersoner i spesialisthelsetjenesten mener samarbeidsviljen i det fylkeskommunale rusvernet er for liten, og at man iallfall har alt for kompliserte samarbeid- og henvisningsrutiner i forhold til disse institusjonene.

Det er også grunn til å ta på alvor at mens store deler av spesialisthelsetjenesten har fokus på rus som en del av en medisinsk diagnose eller som en krise som må håndteres raskt, har de spesialiserte rusinstitusjonene et langt mer langsiktig behandling- og rehabiliteringsperspektiv. Det er ikke til å unngå at dette fundamentale skillet i fokus også fører til noen av gnisningene mellom rusinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten.

Samtidig er det slik at det som i dag regnes som dokumentert kunnskap om effektiv behandling er en felles kompetanse for både de institusjonene som arbeider innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er her mye å vinne på en erfaringsutveksling på tvers.

Vi er av den oppfatning at rusreformene åpner for en mulighet til å etablere en organisering av spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere som kan fungere langt bedre enn tidligere. For å få til dette må man kunne utnytte kompetansen i hele spesialisthelsetjenesten bedre og mer målrettet i forhold til de som er i et mer langsiktig behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Samtidig bør tjenestene organiseres slik at kriseperspektivet og det langsiktige behandlingsperspektivet ikke kommer i konflikt med hverandre. Begge disse perspektivene er legitime og fundamentale i forhold til de tjenestene rusmiddelmissbrukere har behov for, og krav på. Det foreslås at begge

perspektivene tas inn som et grunnlag i videre drøftinger om organisering, styring og utvikling av rusfeltet.

6 Framtidig organisering av rusfeltet

6.1 Forutsetninger

6.1.1 Et samlet fagfelt i samspill med resten av spesialisthelsetjenesten

Forutsetningene som ligger til grunn for skissen over framtidig organisering av rusfeltet bygger på analysen av innholdet i det oppdrag det regionale helseforetaket blir tildelt, på den kompetanse og de arbeidsmåter som er etablert i det fylkeskommunale rusfeltet, og på de behov som hele spesialisthelsetjenesten har til samarbeid og samordning av tjenester. Mer konkret har vi derfor lagt vekt på følgende forutsetninger:

Institusjoner som driver behandling og rehabilitering har i hovedsak et annet faglig fokus enn andre deler av spesialisthelsetjenesten. Først og fremst går det på et langsiktig behandlings- og rehabiliteringsløp, der spesialisttjenesten må bidra til kontinuitet og sammenheng for den enkelte bruker.

Spesialisthelsetjenesten forøvrig har mer fokus på å løse en akutt krise, eller i å håndtere rusproblematikk for å kunne komme i behandlingsposisjon til andre lidelser, sykdommer eller skader.

Begge disse faglige fokus er legitime, og det er viktig at det regionale helseforetaket informerer om, og understreker at begge faglige fokus må ivaretas innenfor det regionale helseforetakets oppdrag.

Rusfeltet bør innenfor det regionale helseforetakets ramme videreutvikles som et eget spesialistområde. Dette spesialistområdet kjennetegnes av en dybdekompetanse når det gjelder å håndtere *avhengighetsproblematikk*. Men samtidig er området kjennetegnet av en tverrfaglighet som må være på plass for kunne dekke de utfordringer en rusmiddelmissbruker står overfor. Det må derfor finnes en tverrfaglighet i feltet som omfatter medisin, psykologi, sosialt nettverksarbeid, pedagogikk osv. Behandling og rehabilitering er fullt integrert i dette fagfeltet.

På denne bakgrunn er vi inneforstått med at grensen mellom rusfeltet og resten av spesialisthelsetjenesten ikke logisk sett går mellom de institusjonene som kommer fra det fylkeskommunale rusvernet og resten av spesialisthelsetjenesten. For eksempel er det innenfor psykiatrien avdelinger som klart har et behandlingsperspektiv som hører hjemme i rusfeltet (f. eks. de psykiatriske ungdomsteamene).

6.1.2 Omfanget av rusproblematikk i hele spesialisthelsetjenesten

En annen viktig forutsetning som vi legger inn i skissen nedenfor er det store omfanget av rusmiddelproblematikk knyttet til innleggelser i hele spesialisthelsetjenesten. Særlig

gjelder dette akuttmottakene, men også i andre deler av spesialisthelsetjenesten har vi dokumentert hvor mye fagpersonalet må forholde seg til rus. Dette må også få konsekvenser for organisering, både når det gjelder spesialisthelsetjenesten generelt og rusfeltet spesielt. Alle må gi et reelt bidrag når det gjelder overgangen mellom de ulike tjenestene. Det betyr at det må være incentiver som belønner de institusjoner og tjenester som er dyktige på samhandling. Her trengs et utviklingsarbeid, men mye er gjort de siste årene gjennom rusvernplanene og avtaleprosessene i fylkene, og det er gode modeller å hente utenfra (ikke minst fra Rusmiddeletaten i Oslo).

Til sist handler det om å endre noen forestillinger og holdninger, både innenfor spesialisthelsetjenesten og rusfeltet. I spesialisthelsetjenesten bør man i langt større grad verdsette og understreke det langsiktige behandlingsperspektivet som finnes i rusfeltet. På den andre siden må rusinstitusjonene arbeide med sine holdninger og sin kunnskap om den faglige utviklingen i psykiatrien. Vi har vist at rusfeltet har en felles tenkning og metodikk med mange fagmiljøer innenfor psykisk helsevern, og at det er en rask felles faglig utvikling i begge miljøer.

6.1.3 Basistjenester og spesialfunksjoner

For å få en best mulig utnyttelse av ressursene i rusfeltet, og ikke minst for å få et fleksibelt og finmasket nett av behandlingstilbud tilpasset den enkelte bruker, tenker vi oss at det regionale helseforetaket utformer et tilbud som har noen basisfunksjoner som skal være tilstede i hvert geografisk område som tilsvarer helseforetakenes område, og at man i tillegg utformer noen funksjoner som skal dekke hele eller større deler av regionen. Vi må derfor sikre en organisering av disse tjenestene som legger tilrette for regionale løsninger for nærmere definerte spesialfunksjoner.

Når det gjelder basisfunksjoner tenker vi oss følgende tjenester:

- Helsefaglig avrusning
- Utredning
- Noen behandlingsfunksjoner, først og fremst poliklinisk behandling og noen døgnbehandlingsopplegg for større brukergrupper.

Når det gjelder spesialfunksjoner som kan tilrettelegges for hele regionen tenker vi eksempelvis på følgende tjenester:

- Avdelinger tilrettelagt for tilbakehold i institusjon uten eget samtykke
- Kjønnspesifikke behandlingsopplegg
- Institusjoner for kombinasjoner av rus og psykiatri
- Institusjoner med langtids rehabiliteringsopplegg
- Familiebehandling

Hvor grensene skal gå når det gjelder hva som skal være basisfunksjoner og hva som skal være spesialfunksjoner, må utvikles videre. Det ligger i dag ulike vektlegginger av dette i alle de fylkeskommunale rusvernplanene.

6.1.4 Organisasjonsprinsipper i spesialisthelsetjenesten

Her tenker vi først og fremst på skillet mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, som er ordnet i en “bestiller – utførermodell”. Særlig er det viktig å rendyrke noen av skillelinjene i denne modellen i Helseregion Vest, der de fleste rusinstitusjonene er private.

6.2 Organisering av rusfeltet

6.2.1 Avtaler med det regionale helseforetaket

Avtalene mellom de private institusjonene og staten kommer til å gå via det regionale helseforetaket. Dette er bekreftet i 2003 i brev fra helseministeren til de regionale helseforetakene. I starten fungerer dette slik at det regionale helseforetaket kommer til å overta samtlige driftsavtaler fra fylkeskommunene. Imidlertid er det gjennom å opprette en god faglig bestillerkompetanse at det regionale helseforetaket kan utvikle et nettverk av behandlingsopplegg som dekker alle brukergruppens behov.

Vi forutsetter at alle avtalene med de private, sammen med den bestillingen som det regionale helseforetaket gir til helseforetakene, til sammen skal dekke de tjenestene som ligger i det regionale helseforetakets “sørge for” - ansvar. Vi tenker oss at avtalene er utformet på en slik måte at behovet for styring av rusfeltet fra det regionale helseforetakets side, er ivaretatt gjennom avtalene.

For å få til en dynamisk utvikling av rusfeltet er det nødvendig å ha en dynamisk utvikling av avtalene, slik at nettverket av institusjoner og oppgaver knyttet til disse institusjonene, blir evaluert og justert jevnlig i forhold til behovene hos brukerne.

I en struktur der staten både er forvalter av et oppdrag som utføres av mange private institusjoner, og samtidig eier av egne institusjoner, er det svært avgjørende at det regionale helseforetaket finner en arbeidsform i forhold til de private institusjonene, som samtidig kan stille krav til måloppnåelse og ressursutnyttelse, og som kan håndtere et samspill som bygger på tillit. Det samme kravet til åpenhet og saklighet vil påhvile institusjonene og eierorganisasjonene som tilbyr tjenester i feltet.

6.2.2 Koordinering av rusfeltet på foretaksnivå

Vi er inneforstått med at helseforetakene formelt og prinsipielt ikke er geografiske størrelser. De representerer allikevel en geografisk tilnærming til helseregionen som betyr en deling av helseregionen i fire sektorer. Vi tenker oss at en koordinering av rusfeltet må ha to likeverdige fokus: For det første en samordning av de spesifikke behandlingstjenestene for rusmiddelmissbrukere i hele regionen, for det andre en samordning av tjenester for rusmiddelmissbrukere i videre forstand innenfor den enkelte sektor.

Underveis i prosessen med denne utredningen har det fra rusfeltet kommet forslag om å organisere rusfeltet som et eget foretak som dekker hele helseregionen. At denne modellen er å foretrekke for de private institusjonene er naturlig i og med at de er oppatt

av at rusfeltet ikke skal bli "lillebror" og en avdeling langt nede i en hierarkisk helseforetaks-struktur. Dersom det regionale helseforetaket velger en annen modell, må man ta høyde for å møte denne frykten ved å bygge inn forutsetninger som skal hindre slike utslag.

Det som vi ser for oss som en realistisk og ønskelig modell forutsetter at styringen av rusfeltet skjer regionalt gjennom avtaler, kombinert med en aktiv faglig koordinering av rusfeltet på sektornivå. En løsning kan være at koordineringen ivaretas ved at det opprettes en rusvernkoordinator i stab hos direktørene i helseforetakene.

En av årsakene til dette forslaget er at vi ser det lite aktuelt å bygge opp en helt annen struktur for rusfeltet enn for driften av de andre tjenestene det regionale helseforetaket har ansvar for. At dette er uheldig rent driftsmessig og organisatorisk er en side av dette. Viktigere er at rusbehandling ikke er en særomsorg eller et så "sært" fagfelt at det er klokt å bygge opp en helt egen struktur. Rusfeltet må ha en organisering som ivaretar faglig egenart, men som samtidig gjør at rusfeltet integreres best mulig med resten av spesialisthelsetjenesten. Vi mener at gjennomgangen av både rusfeltet og spesialisthelsetjenesten ovenfor bygger opp under en slik argumentasjon.

Vi ser for oss at det koordinerende leddet bør ha følgende oppgaver:

- Ha ansvar for å koordinere det samlede spesialiserte tilbudet til rusmiddelmissbrukere i helseforetakets nedslagsfelt
- Sørge for gode prosesser for samarbeid mellom rusfeltet, psykiatri og somatikk
- Ha et spesielt fokus på sammensetningen av oppgaver fordelt til institusjonene og det behov som dokumenteres i brukergruppene. I forlengelsen av dette; bidra til at oppgavespesifikasjonene i avtalene med det regionale helseforetakene blir justert i forhold til behovet.
- Fungere som samarbeidskoordinatører mellom institusjonene som leverer tjenester innenfor rusfeltet i hele regionen.
- Fungere som saksbehandler for gjestepasientressurser for behandlingstiltak utenfor regionen, med faglig støtte fra inntaksteam i hvert helseforetak.
- Ta initiativ og være pådriver for opprettelsen av nye tiltak

Vi ser for oss at koordinatoren må ha tette og regelmessige samarbeidsfunksjoner i forhold til institusjonene, ikke minst et ansvar for å bedre samhandlingen og kommunikasjonen mellom rusfeltet og resten av spesialisthelsetjenesten.

Når og dersom helseforetakene skal drive egne institusjoner innenfor spesifikk behandling av rusavhengighet, mener vi ved RF at tiden er inne til å organisere disse gjennom et eget organisasjonsledd uavhengig av somatikk og psykisk helsevern. I en situasjon der spesialisthelsetjenesten har ansvar også for rusbehandling, mener vi at man også kan se på nytt på arbeidsfordelingen mellom psykisk helsevern og rusvernet. For eksempel mener vi at det de fleste rusmiddelmissbrukere med en psykiatrisk tilleggsproblematikk faglig sett ligger nærmere rusvernet. Dette er også i samsvar med

departementets beslutning av hva av dobbeltdiagnose-problematikken som er psykiatriens ansvar.

I mange tilfeller vil det imidlertid være for lite brukergrunnlag til å ha egne enheter uavhengig av somatikk / psykisk helsevern, som for eksempel i Sogn og Fjordane. Her er det etter vårt syn i alle fall nødvendig å utvikle ruskompetanse på avdelingsnivå eller i alle fall på teamnivå (for eksempel i en poliklinikk). Det er her også naturlig å utnytte tilbudet ved de distriktpspsykiatriske senterne. Når russpesifikke behandlingstilbud slik sett blir opprettet som lommer i andre sykehusavdelinger er det viktig at disse lommene faglig sett knyttes til rusfeltet. Her vil de foreslått rusvernkoordinatorerne i helseforetakene, kunne ha en viktig rolle å spille.

6.3 Styring av pasientstrømmen

Både av hensyn til å koble brukergruppene til de rette behandlingstilbudene, og på grunn av behovet for å ha kontroll over ressursforbruket, må det regionale helseforetaket sikre seg at pasientstrømmen inn i rusfeltet skjer på best mulig måte. Dette betyr at man er nødt til å ha kriterier for hvem som har mulighet til å rekvirere behandlingstjenester, og derved utløse ressurser.

Vi tenker oss følgende opplegg som et utgangspunkt for styring av pasientstrømmen til rusfeltet:

Akuttinnleggelse:

Medisinsk / psykiatrisk akuttmottak

Henvisning: Fastlege, legevakt, etc.

Tilstand: Tilstand som krever øyeblikkelig medisinsk hjelp, og/ eller er av en slik karakter at den krever en forsterket personalfaktor

Avrusning i rusfeltet:

a) Planlagt avrusning i forhold til videre utredning og behandling.

Henvisning: Fastlege / sosialtjeneste

b) Fullført avrusning som en avlastning fra akuttmottakene på sykehusene.

Det må forhandles mellom de to partene i kjeden på hvilke indikasjoner slik avrusning skal inntreffe, men det må først og fremst være der akuttmottaket vurderer at pasienten er motivert for å vurdere videre behandling. Det må også forhandles på hvor lang tid etter innleggelse, eller i hvilken forfatning pasienten kan være før inntak i avrusningen. Det må dessuten være en "returrett" til medisinsk / psykiatrisk avdeling dersom de medisinske/psykiatriske problemene utvikler seg negativt.

Henvisning: akuttmottaket. Her kan ikke folk komme direkte fra fastlege / legevakt osv.

Utredning:

Henvisning fra fastlege /sosialkontor

Noen faste miljøer har utredningsansvar for Helse Vest.

Det skjer en grovsortering mellom psykiatri og rusinstitusjonene for å skille ut de som har dobbeltdiagnose. Yngre rusmiddelmissbrukere som kan utredes poliklinisk kan utredes i PUT-ene. De andre går til utredningsavdelingene ved RAS – HAS – BK – Enhet i Sogn- og Fjordane.

For å komme videre til døgninstitusjoner for rusmiddelmissbrukere må man ha en henvisning fra spesialist som har utredet personen. Hvis man ikke har det, kan trykket på innleggelses og presset på pasientrettigheter bli umulig å håndtere.

Behandling /rehabilitering:

Poliklinisk behandling: Fortsatt et lavterskeltilbud med mulighet for både egenhenvendelser og henvisning fra fastlege/sosialtjeneste.

Døgnbehandling og rehabilitering: Henvisning fra spesialist etter en utredning i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis ved de institusjonene som leverer basistjenester for utredning.

7 Prosessen videre

Det er på det rene at å få integrert rusfeltet i spesialisthelsetjenesten slik at feltet styrkes og at man kan hente ut mest mulig synergi av å disponere spesialisthelsetjenestens samlede kompetanse og ressurser, vil ta tid. I første omgang må man konsentrere seg om de nærmeste utfordringene: At det regionale helseforetaket er i stand til å ivareta oppdraget de er pålagt fra 1.1.2004. Dette kan løses ved å videreføre tjenester som er etablert i dag, men det er også nødvendig å se på hvilke tjenester som må styrkes / etableres for å kunne løse lovpålagte oppgaver fra 1.1.2004. Etter vårt syn er dette et av de viktigste målet for prosessen høsten 2003.

Vi ser det nå som viktig å komme i en dialog med rusinstitusjonene og eierne av de private virksomhetene, og at disse, sammen med den prosjektgruppen som er etablert av Helse Vest RHF, er med i de prosessene som skjer videre med reformene i rusfeltet.

Referanser

Skriftlige kilder

Planverk:

Hordaland fylkeskommune: Plan for det fylkeskommunale rusvernet

Vedtatt januar 2003

Rogaland fylkeskommune: *Delplan for rusvernet*

Vedtatt av fylkestinget 4.12.2002.

Stavanger 2001

Sogn og fjordane fylkeskommune:

Plan for dei fylkeskommunale rusverntenestene 2001 – 2004, vedtatt i Fylkestinget 18.04.01.

Statlige reformdokumenter:

Ot.prp. nr. 3, 2002 – 2003: *Rusreform 1*

Ot.prp. nr. 54, 2002 – 2003: *Rusreform 2*

Ot.prp. nr. 66, 2000 – 2001: *Om lov om helseforetak m.m.*

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005

Oslo, oktober 2002

Forskningsrapporter

NOU 2003:4: *Forskning på rusmiddelfeltet*

Reas, Deborah og Ruud, Torleif: *Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere*

Sintef Unimed, Oslo 2003

Nesvåg, Sverre: *Rusvernet i Rogaland – vurdering av behandlingstilbud og samarbeidsforhold.* Rogalandsforskning, Stavanger 2001

Verktøy for datainnsamling:

*INTERVJUGUIDE FOR KARTLEGGING AV BEHANDLINGSKJEDER INNEN
RUSBEHANDLING I HELSEREGION VEST*

Rogalandforskning mars 2003

Kartlegging av behandlingsskjedene

Denne kartleggingen utføres etter oppdrag fra det regionale helseforetaket, Helse Vest. Den har fokus på tre nivåer: De fylkeskommunale rusvernplanene, institusjonene innenfor det fylkeskommunale rusvernet og tilbudet på avdelingsnivå innenfor den enkelte institusjon.

Siden vår hovedoppgave er å dokumentere behandlingsbehov hos identifiserte brukergrupper, og sammenholde dette med det behandlingstilbudet som finnes i regionen, vil tyngdepunktet i denne undersøkelsen først og fremst ligge på avdelingsnivå i institusjonene.

På denne bakgrunn ønsker vi å gjennomføre intervjuer med faglig/administrative ansvarlige på følgende nivåer:

På et overordnet institusjonsnivå (en åpen samtale, ca. 2 timer)

På avdelingsnivå (et strukturert intervju på ca. 1 time med hver avdelingsleder)

Faktaopplysninger på institusjonsnivå (innledning)

Vi ber om å få tilgang på

Årsmelding for 2002 eller f. eks. styresak som oppsummerer hovedtallene når det gjelder behandlingssvolum og ressursbruk i 2002

Organisasjonsskisse / organisasjonsplan

Hvem har det overordnede faglige ansvaret for behandlingstilbudet?

Hvilke kompetansekrav er knyttet til overordnet faglig ledelse av institusjonen?

Hvilken kompetanse har den (de) som har overordnet faglig ansvar for institusjonen idag?

Er det knyttet noen ressurser til forskning og utvikling i institusjonen?

Hvilket budsjett har denne aktiviteten?

Hvordan er den organisert?

Hvilke prosjekter eller områder er denne aktiviteten konsentrert om?

Problemstillinger på avdelingsnivå

Karakteristikk av brukergruppen(e) som avdelingen primært er satt opp for.

Hvordan fordeler ulike brukergrupper seg i avdelingens drift gjennom siste driftsår?

Er det noen grupper som har fått et tilbud ved avdelingen siste år, som egentlig burde hatt et mer tilpasset opplegg ved en annen avdeling dersom et slikt opplegg hadde vært opprettet?

Hvilken oppfatning har avdelingen av omfanget av behov i samfunnet når det gjelder brukere som avdelingen er satt opp for. (Finnes det dokumentasjon på dette?)

Ventelister / kapasitetsutnyttelse når intervjuet blir foretatt og i siste driftsår

Faglig beskrivelse av avdelingens opplegg

Har avdelingen en bestemt faglig profil?

Er behandlingsopplegget bygget på en bestemt forskningstradisjon eller kunnskapsgrunnlag?

Hvilke fagprofesjoner deltar i det faglige opplegget i avdelingen, og hvilke funksjoner har de?

Rusreform 1 beskriver hvilke oppgaver som de regionale helseforetakene skal ha ansvar for (helsefaglig avrusning – utredning – behandling), mens tyngden av opplegg som driver med mer langsiktig rehabilitering foreslås lagt til kommunene. Hvordan er fordelingen mellom behandlingsopplegg og rehabiliteringsopplegg i avdelingen?

Gitt at det gis rom for videre utvikling av behandlingsskjeden for brukere avdelingen er satt opp for, hvor ligger det viktigste potensialet for forbedringer for brukerne av denne avdelingen? (Både i kommunene og på spesialistnivå).

Andre innspill som er viktig å få med når det regionale helseforetaket skal planlegge sitt tilbud.

Noen stikkord for den oppsummerende samtalen med institusjonsledelsen

Vurdering av flaskehalser og utviklingsbehov når det gjelder behandlingstilbudet i fylket generelt

Vurdering av utviklingsbehov og utviklingspotensiale i egen institusjon

Vurdering av kvaliteten og kapasiteten på tjenester for rusmiddelmissbrukere innenfor andre deler av det offentlige hjelpetilbudet

Primærhelsetjenesten / fastlegene

Den kommunale sosialtjenesten

Somatisk spesialisthelsetjeneste

Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste

Barnevern

Familievern

Andre områder

Vurdering av fylkeskommunens rusvernplan

I forhold til behov i brukergruppene

I forhold til behov for samarbeid og samordning av ressurser for de brukergruppene det gjelder