

Faglige rammer for TSB

OUS, desember 2016

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
Samlede anbefalinger.....	7
Universitetssykehusenes rolle.....	9
Forskning ved Universitetssykehusene	9
Utdannelse ved Universitetssykehusene	9
Organisering	9
Anbefalinger	9
Forskningsvirksomhet	10
Metode og kilder	10
Overordnede føringer og forskningsaktivitet på rusfeltet	10
Organisering og satsning på forskning ved Universitetssykehusene	11
Rusforskning i spesialisthelsetjenesten.....	12
Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF	13
Aktuelle forskningsprogram	13
Diskusjon	14
Tematiske områder	15
Avsluttende kommentar.....	15
Anbefalinger	15
Spesialistkompetanse.....	16
Bakgrunn	16
Nasjonale føringer	16
Funn.....	17
Diskusjon	18
Anbefalinger	19
Utredning.....	19
Bakgrunn	19
Vurderingspraksis	20
Utredningspraksis.....	20
Undersøkelse av åtte spesialiserte utredningsenheter.....	21
Anbefalinger	21
Kvalitetssikring	21
Bakgrunn	21
Nasjonale føringer.....	22

Anbefalinger	25
Samhandling med kommunale tjenester	25
Bakgrunn	25
Nasjonale føringer	26
Status	27
Diskusjon	29
Anbefalinger	30
Samhandling i spesialisthelsetjenesten.....	30
Bakgrunn	30
Nasjonale føringer	31
Status	31
Diskusjon	33
Anbefalinger	34
Kompetansetjenester	34
Bakgrunn	34
Brukermedvirkning.....	37
Bakgrunn	37
Nasjonale føringer	37
Status	38
Diskusjon	39
Anbefalinger	40

Innledning

Gode faglige rammer for TSB er en forutsetning for at pasientene får tilgang til likeverdige og kunnskapsbaserte spesialisttjenester, uansett hvor de bor i landet. Gode faglige rammer betyr videre at tjenestene er kvalitetssikret både i helseforetakene og hos de private samarbeidspartnerne, og ikke minst bygger på riktig og relevant kunnskap.

På bakgrunn av innspill fra fagrådet Helse Sør-Øst (2015) vedrørende behovet for å se nærmere på faglige rammebetingelser for pasientbehandling TSB, ga styret i Helse Sør-Øst oppdraget om å lage en rapport som bygger på elementer beskrevet av fagrådet (i brev av 16.06.2015) til Avdeling rus og avhengighetsbehandling (ARA). ARA ga oppdraget videre til Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglige spesialisert rusbehandling (NK- TSB).

Mål for prosjektet

Overordnet mål med prosjektet er å danne kunnskapsgrunnlag for analyse av hvilke behov for styrking av faglige rammer fagfeltet TSB har i årene fremover.

Organisering av prosjektet

Styringsgruppe:

Espen Ajo Arnevik (leder), NK-TSB

Anne Beate Sætrang, (ARA)

Unn Hege Lind (sekretær), NK-TSB/ARA

Prosjektgruppe:

Unn Hege Lind (prosjektleder)

Karoline Rollag, Seksjon for analyse, rådgivning og pasientstrøm

Guri Spilhaug, medisinskfaglig rådgiver ARA stab

Siv Løvland; ProLAR

Hilde Harwiss, NK-TSB

Espen Ajo Arnevik, leder NK-TSB

Rapportens oppbygging

Resultatet av arbeidet er en rapport med sammenfatning av status og faglige rammer for TSB, ut fra ni definerte områder:

- Universitetssykehusenes rolle
- Samhandling med kommunale tjenester
- Forskningsvirksomhet
- Samhandling med spesialisthelsetjenester
- Spesialistkompetanse
- Kompetansetjenester
- Utredning
- Brukermedvirkning
- Kvalitetssikring

Disse temaene er valgt ut etter innspill fra fagrådet for Helse Sør-Øst, og godkjent av oppdragsgiver.

Nasjonale føringer for TSB

Overordnet målsetting om likeverdig tilbud om helsetjenester til alle uavhengig av diagnose, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon (St.mld. 16(2011-2015)) danner den viktigste bakgrunnen for føringer også innen TSB. Andre sentrale, utvalgte føringer relevante for TSB er:

TSB- Rusreformen

Gjennom rusreformen i 2004 (Ot.prp nr 3 (2002-2003) og Ot.prp 54(2002-2003)) vedtok Stortinget at pasienter med rus- og avhengighetsbehandling skal få spesialisthelsetjeneste på lik linje med pasienter med somatiske eller psykisk helse problemer. Ved å gjøre rusbehandling til spesialisthelsetjeneste, stilles samme *kvalitative* krav til tjenestene som somatikk og psykisk helsevern.

Opptappingsplanen

Stortinget har vedtatt en særlig satsing på rusfeltet gjennom en egen opptappingsplan for rusfeltet (Ot.prp 15 S (2015-2016)). Opptappingsplanen skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på rusfeltet. Planen har målsettinger på levekårsområder som: Arbeid, økonomi, bolig og sosiale forhold, Skole og utdanning, Barnevern, Ernæring og Helse- og omsorgsfeltet.

Planen beskriver 5 hovedmål: Reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet. Personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det skal utvikles og i større grad tas i bruk alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer

Nasjonale faglige retningslinjer

Våren 2016 kom Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer (IS-2219) for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og avrusning fra rusmidler og vanedannende medikamenter (IS-2211).

I tillegg finnes en egen retningslinje for LAR (IS-1701), gravide i LAR (IS-1876), ROP (IS-1948), samt en rekke andre retningslinjer og veiledere på tilstøtende felt som legger føringer for nasjonale helsemyndigheters forventninger til tjenestene innen rus- og avhengighetsfeltet.

Den gylne regel

Regjeringen viderefører "den gylne regel" som medfører at veksten innen psykisk helsevern og TSB hver for seg skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå (Ot.prp 15S 2015-2016). Regelen skal måles i: Kostnader, ventetid, aktivitet, årsverk. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et av flere områder som Helse Sør-Øst RHF ønsker å prioritere i arbeidet med utviklingsplaner.

Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse – og sykehusplan (St.melding nr 11 (2015-2016)) skisserer overordnede føringer for utviklingen av spesialisthelsetjenestene fremover. I planen gis tilbud innen psykisk helse og rusbehandling prioritert. Planen understreker betydningen av at psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk må integreres bedre i fremtidens spesialisthelsetjeneste, slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg ble innført for å styrke den enkelte pasients valgfrihet og øke kapasiteten både ved helseforetakene og behandlingsteder som har avtale. Kombinasjonen av offentlig sektor og private aktører skulle bidra til å sikre et mangfold av helsetjenester og gi den enkelte pasient et

differensiert tilbud. Det ble besluttet at ordningen skulle starte i fagfeltene TSB og psykisk helsevern (Ot. prop. 56 L (2014-2015)).

Samhandlingsreform

Samhandlingsreformen (St meld nr. 47 (2008-2009)) er ment å sikre et godt helsefaglig tilbud til mennesker med rusmiddelavhengighet både i TSB og gjennom samhandling med kommunale tjenester. Samhandling mellom nivåene og innenfor nivåene står sentralt i utvikling av tjenester til mennesker med sammensatte lidelser og behov for koordinerte, langvarige tjenester som ruspasienter ofte har.

Avgrensing

Det må tas noen forbehold. Det kan finnes dokumenter som vi kan ha oversett, og noen tall har vist seg vanskelig å få helt presise. Det har også blitt gjort avgrensninger med bakgrunn både i kapasitet og omfang til rapporten, samt gjennom en vurdering av hvilke tillegg en eventuell utvidelse ville tilført en diskusjon og eventuelt påvirket de endelige anbefalinger.

Samlede anbefalinger

- I. Universitetssykehusene er pålagt å ha et ledende ansvar for forskning og spesialistutdanning for alle medisinske fagfelt. TSB må ha en tydelig plassering i universitetssykehuset som understøtter samhandling med somatikk og psykisk helsevern slik at fagfeltets ansvar for forskning og spesialistutdanning ivaretas.
- II. Alle universitetssykehus må ha en egen forskningsstrategi for TSB. Den må konkretiseres med tydelige forskningstemaer, og prioritere mellom disse. Forskningsgrupper i TSB må være en del av universitetssykehusenes ordinære forskningsorganisering.
- III. Den kliniske forskningen på behandling av rus- og avhengighetslidelser må styrkes gjennom forankring i et forskningssterkt universitetssykehus. Det er nødvendig å avsette midler i en overgangsperiode på minimum 5 år for å bygge opp dette.
- IV. En forutsetning for et forskningssamarbeid mellom helseforetak og private samarbeidspartnere i regionen er etablering og finansiering av et regionalt forskningsnettverk ledet fra universitetssykehuset.
- V. Helseforetakene har en viktig rolle i spesialistutdanningen av leger. Etablering av utdanningsinstitusjoner i rusmedisin må understøttes, med en særskilt regional satsing, slik at det blir utdannet tilstrekkelig antall leger med spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin i regionen
- VI. Helseforetakene og private samarbeidspartnere bør sørge for at psykologer, sosionomer og sykepleiere kan få spesialistutdanning innen rus- og avhengighetsbehandling. Det må settes av tilstrekkelig ressurser til dette.
- VII. Grunnutdanningene i medisin, psykologi og helse- og sosialfag tematiserer i begrenset grad identifisering, diagnostisering/utredning og behandling av mennesker med rus- og avhengighetsproblemer. Samarbeid mellom RHF og utdanningsinstitusjoner er nødvendig for å kvalitetssikre helsepersonells grunnutdanning.
- VIII. TSB må veilede kommunenes helse- og sosialtjeneste i henvisningsprosess for å sikre et godt pasientforløp.
- IX. Det bør gjennomføres regelmessig monitorering for å sikre likeverdige vurderinger av henvisninger og for å hindre uønsket variasjon.
- X. Det bør bygges opp spesialisert døgnbasert utredningstilbud i alle helseforetak. Bare slik kan pasienter utredes for rusproblematikk og komorbide tilstander på spesialistnivå
- XI. Det er nødvendig med et kvalitetsløft i rapporteringen fra TSB- enheter til Norsk pasientregister både i helseforetak og hos private samarbeidspartnere.
- XII. HSØ må sørge for at alle TSB enheter både i helseforetak og private avtalepartnere innrapporterer alvorlige hendelser/avvik til RHF, og at meldesystemene til Helsedirektorat/Statens helsetilsyn brukes slik forutsatt av helsemyndighetene.
- XIII. Nasjonale faglige retningslinjer i TSB må implementeres systematisk. Det må lages en konkret og samordnet plan for dette.
- XIV. Et nasjonalt kvalitetsregister vil gi muligheter for å dokumentere kvalitet i tjenestene, gjøre analyser, gi data til forskning og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Et slikt register må være del av det elektroniske pasientadministrative systemet
- XV. De formelle samarbeidsavtalene mellom TSB og kommunene må konkretisere samarbeidstiltak for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.
- XVI. Alle helseforetak må etablere ambulante samarbeidsmodeller i nært samarbeid med kommunen i eget sykehusområdet. Det bør settes av stimuleringsmidler til dette i en

oppstartsfase, før finansieringsansvaret gradvis overføres til de ordinære rammene til helseforetakene. Det må tilrettelegges for erfaringsdeling og kompetanseoverføring gjennom ulike læringsnettverk og læringsarenaer.

- XVII. Pasienter innlagt i somatiske avdelinger må kartlegges for sine rusvaner. Dette bør monitoreres regelmessig.
- XVIII. Det bør utarbeides en nasjonal kompetanseutviklingsplan for rusfeltets slik at innsatsen til fagutviklingen både fra oppdragsgivere og utførere (kompetansetjenester, kompetansesentre, forskningssentre, HF og private avtaleparter) rettes mot prioriterte områder.
- XIX. Brukermedvirkning på system, tjeneste og individnivå må dokumenteres i alle TSB-enheter.
- XX. Det bør iverksettes systematisk evaluering og forskning på effekt av ulike former for brukermedvirkning.

Universitetssykehusenes rolle

Universitetssykehusene har et særskilt oppdrag innen 1) forskning, og 2) utdanning av helsepersonell (Forskrift 1706 (2010)). Gjennom sitt oppdrag er Universitetssykehusene viktige premissleverandører og sentrale bidragsyttere til utvikling av TSB-faget. Organiseringen av TSB i universitetssykehusene er dermed også av betydning for - og vil påvirke- de faglige rammene for behandlingen både fordi det innvirker på samarbeid, pasientflyt og behandlingsforløp for pasientene, og fordi det sier noe om fagfeltets betydning og status i sykehuset med hensyn til prioriteringer og bruk av ressurser.

Forskning ved Universitetssykehusene

Ingen universitetssykehus har utarbeidet egne forskningsstrategier for TSB. Forskningstema og struktur innen rus- og avhengighetsfeltet er ikke synliggjort og det er dermed uklart om det er noen klar strategisk fordeling av tematikk eller områder. Dette kommenteres nærmere i kapittel 2: Forskningsvirksomhet.

Utdannelse ved Universitetssykehusene

I spesialisthelsetjenesten generelt har det generelt vært et betydelig kompetanseløft de siste 5 årene (Samdata 2012) ved at det ansettes stadig flere helsepersonell med universitets- og høyskoleutdannelse. Dette kommenteres nærmere i Kapittel 3: Spesialistkompetanse.

Organisering

TSB-avdelingene ved de seks universitetssykehusene er organisert ulikt på denne måten:

OUS HF: TSB er plassert på nivå 3, i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling under Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Ahus HF: TSB er lagt på nivå 3, i Avdeling rus og avhengighet, under Divisjon for psykisk helsevern.

UNN HF: TSB er lagt på nivå 3, som en del av Psykisk helse- og Rusklinikken.

Stavanger universitetssykehus HF: TSB lagt på nivå 4, organisert som Seksjon rus og psykiatri

Haukeland universitetssykehus HF: TSB er lagt på nivå 2, som Avdeling for rusmedisin.

St. Olavs hospital HF: TSB er lagt på nivå 2, som Klinikk for Rus- og avhengighetsmedisin.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten ved rusreformen for at pasientene skal få behandling av samme kvalitet som andre sykdommer som krever behandling på spesialistnivå. Universitetssykehusene har en sentral rolle i dette arbeidet knyttet til forskning og utdanning. Tilbudene ved de ulike Universitetssykehusene har utviklet seg ulikt over tid. St.Olavs hospital og Haukland universitetssykehus fremstår som de universitetssykehus som er offensive på forskning, mens Oslo universitetssykehus har hatt en ledende rolle innen etablering av rusmedisin. Det er imidlertid verd å merke seg at variasjonen i organisering er svært ulik og at ingen av universitetssykehusene har formulert egne forskningsstrategier. Det er utenfor rammene til denne rapporten å analysere grundig hvordan ulike faktorer har påvirket de ulike universitetssykehusene ivaretagelse av sitt ansvar for forskning og utvikling innenfor TSB. Vi vil likevel påpeke at strategisk arbeid, organisering, struktur og prioritering av feltet kan ha hatt betydning for i hvilken grad sykehusene har tatt sitt ansvar for å ivareta rollen som universitetssykehus.

Anbefalinger

- I. Universitetssykehusene er pålagt å ha et ledende ansvar for forskning og spesialistutdanning for alle medisinske fagfelt. TSB må ha en tydelig plassering i universitetssykehuset som

understøtter samhandling med somatikk og psykisk helsevern slik at fagfeltets ansvar for forskning og spesialistutdanning ivaretas.

Forskningsvirksomhet

Metode og kilder

I denne rapporten har vi valgt å beskrive forhold som er direkte knyttet til TSB, og i denne sammenhengen sett på forskningsproduksjon og organisering av forskning i regi av de regionale helseforetakene, rusforskning støttet av Forskningsrådet, og organisering av forskningsavdelinger ved universitetssykehusene. Fokuset har vært på klinisk rusmiddelforskning. Rene grunnforskningsprosjekter eller prevalensstudier er ikke tatt med. Vi har ikke tatt med forskningsaktivitet ved helseforetak som ikke er universitetssykehus, private aktører, kompetansetjenester/sentra eller høgskolene. Denne avgrensningen er gjort med bakgrunn både i kapasitet og omfang til rapporten og gjennom en vurdering av hvilke tillegg en slik utvidelse ville tilført en diskusjon og eventuelt påvirket de endelige anbefalinger.

Overordnede føringer og forskningsaktivitet på rusfeltet

Generelt er tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) et forskningssvakt område der det bare i begrenset grad er foretatt forskning om effekten av ulike behandlingsformer. Opptrappingsplanen for rusfeltet (Ot.prp 15 S (2015-2016)) påpeker behovet for mer forskning på effekten av ulike behandlingsformer. Etablering av et kvalitetsregister for TSB er et sentralt virkemiddel i denne satsingen slik regionalt kompetansesenter i Helse Stavanger har søkt om er en sentral satsing for å kunne dokumentere kvalitet og drive kvalitetsforbedring av behandlingstilbudet til mennesker med rusavhengighet (St.meld 11 (2015-2016)).

Nasjonale faglige retningslinjer på rusfeltet og forskningsgrunnlaget

Det er på rusfeltet laget fem nasjonale faglige retningslinjer. Det påpekes i flere av disse at forskningsgrunnlaget for anbefalingene generelt er svakt.

Sentrale føringer fra Norges Forskningsråd

De sterkeste politiske signalene for forskning formidles gjennom forskningsrådets programmer. Program for rusmiddelforskning 2007–2011, senere forlenget til 2013, og til 2015, var en satsning fra Norges forskningsråd. Hovedmålet med programmet var *økt kunnskap om bruksmønstre og bruk av rusmidler, samt om hvordan de kan forebygges og behandles*.

Bakgrunnen for endringen i 2015 var at regjeringen ønsket å videreføre og etablere et felles programstyre for Rusmiddelprogrammet og programmet Psykisk helse. Hensikten var å se rus og psykisk helse i sammenheng.

Sentrale føringer fra de regionale helseforetak

De regionale helseforetakenes forskningsprogrammer gir føringer for den klinikknære forskningen, samt at det gis styring også for forskning gjennom oppdragsbrevene til de enkelte HF. Det enkelte HF utarbeider egne forskningsstrategier som igjen gir føringer for interne tildelinger og intern organisering av forskningen på klinikk, avdeling- og seksjonsnivå.

Brukermedvirkning

Det er tydelige signaler om økt krav til brukermedvirkning i alle steg innenfor forskningen. Det er satt krav til dette i utlysningstekster både fra Forskningsrådet og de regionale helseforetak.

Organisering og satsning på forskning ved Universitetssykehusene

Det er av betydning for foretakenes pålagte oppgave å prioritere psykisk helse og rusbehandling. Det er derfor interessant å se nærmere på universitetssykehusenes bevissthet rundt dette, og deres satsing på forskningsområdet TSB.

Følgende presentasjoner er av det enkelte universitetssykehus' organisering av forskning i TSB og sykehusenes overordnede forskningsstrategi.

Oslo Universitetssykehus (OUS)

OUS har egen forskningsstrategi på overordnet nivå, samt en forskningsstrategi for Klinikk psykisk helse og avhengighet. Det er ikke utviklet egen forskningsstrategi for TSB, og ikke budsjettert egne midler til forskning.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har egen FOU avdeling med egne enheter. TSB har ingen egen enhet i FOU avdelingen, men det er etablert 3 forskningsgrupper for TSB, alle ledet av SERAF. Det er heller ingen egen forskningsenhet i avdeling rus og avhengighetsbehandling, men en undersøkelse viser at det i 2015 ble brukt ett (1) egenfinansiert årsverk tre (3) eksternt finansierte årsverk til forskning.

Akershus universitetssykehus (Ahus)

I Ahus' forskningsstrategi for 2012-2016, fokuseres det på å utnytte foretakets innovative og forskningsmessige potensial. Med nytt bygg, infrastruktur og utstyr, og med tilgang på store pasientgrupper, ser de seg i god stand til aktiv forskningsinnsats. Det understrekes også at som et av landets største akuttsykehus, har det muligheter til forskning på akutte pasientforløp, også innen psykisk helsevern. Det er ikke utviklet egen forskningsstrategi for TSB.

Ahus' FOU-avdeling ligger på nivå 3, under divisjon for psykisk helsevern. Seksjon forskning, psykisk helsevern, ligger under FOU-avdelingen. I seksjon forskning, psykisk helsevern var det 12 årsverk i 2015 (Årsmelding, 2015).

Det ble ved A-hus i 2012 dannet fire forskningsgrupper med basis i Seksjon for forskning; Psykobiologi og rus, Barn og unge psykiske helse, Kvalitet og implementering, og Brukeres og pårørendes erfaringer. Det er i alt 25 registrerte forskningsprosjekter i seksjonen, hvorav ett rettes mot TSB (Naltreksonprosjektet) og ett hvor en av tre underproblemstillinger gjelder forskning om barn av rusmisbrukere.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)

UNNs forskningsstrategi er overordnet og baseres på foretakets strategi. Kjerneverdiene kvalitet, trygghet, respekt og omsorg, og medvirkning er løftet frem som en strategisk hovedretning. Det nevnes ikke noe om TSB eller andre spesifikke fagfelt i UNNs strategi for forskning, og det er ikke utviklet egen forskningsstrategi for TSB.

Ved UNN er rusforskningen lagt under Fagutviklingsenheten rus og psykiatri, som er underlagt Psykisk helse og rusklinikken. Enheten har ca. 8 stillinger og et nettobudsjett på ca. 7 mill kr. (2014). Rusforskning ved UNN har et halvt årsverk og ca. 1.1 mill. kroner i året i budsjett (2016).

Haukeland universitetssykehus HF

Under de strategiske satsingsområdene rus og psykisk helsevern for barn og unge er forskning nevnt spesielt. TSB blir ikke omtalt i forskningsstrategien, og det er ingen egen forskningsstrategi for TSB. Avdeling for rusmedisin (AFR) er lagt på nivå 2, har egen FOU-seksjon med ca. 7 årsverk, og et budsjett på 5 mill. årlig.

Stavanger universitetssykehus HF

Helse Stavanger HF har ikke publisert en spesifikk forskningsstrategi for TSB, eller nevnt TSB i den overordnede strategien, men har en ambisiøs helhetlig strategiplan for 2013–2017.

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR), er lagt på nivå 3, og er en del av Avdeling for unge voksne ved Stavanger universitetssykehus, men skal dekke hele Helse Vest-regionen. KORFOR står for forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning på fagfeltet rus i Helse Vest. KORFOR fungerer også som en nettverksorganisasjon som initierer og deltar i prosjekter lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Det er ca. 11 årsverk ved enheten.

St. Olavs hospital HF-Universitetssykehuset i Trondheim

St. Olavs hospital har en overordnet forskningsstrategi hvor ingen konkrete fagfelt er nevnt. I deres strategi for 2015-2018 står det imidlertid at organisasjon, teknologi og økonomi blir viktige områder å se i sammenheng, for å utvikle ny kunnskap og ferdigheter innen logistikk og ressursbruk i helsetjenesten, og at det innen feltet TSB skal samarbeides tettere mellom rus, psykisk helsevern og somatikk. Det er ingen egen forskningsstrategi for TSB.

KoRUS Midt er organisert som en avdeling i Klinik for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs HF. FOU-seksjon er en del av denne avdelingen. Seksjonen er finansiert av St. Olavs Hospital. Dette er en spesifikk TSB-forskningsseksjon, med seks forskerstillinger, en forskningskoordinator, og en opplæringsrådgiver. I tillegg er det ansatt en stipendiat. Budsjett for denne seksjonen er på 7,8 mill kroner (2016).

Rusforskning i spesialisthelsetjenesten

NIFU publiserte en rapport i 2012 og 2013 ut fra et målesystem for ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten, hvor de så på kostnadene som gikk til forskning i helseforetakene gjennom hele henholdsvis 2011 og 2012 (NIFU-rapport 15-2012, og 19-2013). Oversikten inkluderte 34 helseforetak i 2012, og 38 helseforetak i 2013, samt alle de private, ideelle sykehusene.

Tallene fra disse to rapportene gir en pekepinn på økonomiske midler bevilget til klinisk rusforskning i spesialisthelsetjenesten. Tallene er basert på hva de regionale helseforetakene rapporterer på psykisk helse- og rusfeltet. Rapporten gjengir tallene fra helseforetaksnivået. Relevante hovedresultater fra 2011- og 2012-rapporteringen er følgende:

2011:

25 helseforetak og private sykehus rapporterte til sammen 312 millioner kroner og 306 årsverk til forskning innen området psykisk helsevern i 2011. Det var ca. 12 prosent av de samlede driftskostnader til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.

16 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte totalt 37 millioner kroner og 35 årsverk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. 98,5 % av den samlede forskningsinnsatsen gikk altså til somatikk og psykisk helse, mens TSB utgjorde ca. 1,5 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i 2011.

2012:

25 helseforetak, samt private, ideelle sykehus rapporterte om til sammen 364 millioner kroner, og 316 årsverk til forskning innenfor området psykisk helsevern i 2012. Det var om lag **13 prosent** av samlede driftskostnader til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.

18 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om til sammen 40 millioner kroner, og 34 årsverk til forskning innen TSB. 98,6 % av den samlede forskningsinnsatsen gikk altså til somatikk og psykisk helse, mens TSB utgjorde 1,4 prosent av den totale forskningsinnsatsen i 2012.

Tallene fra 2011 og 2012 i NIFU's oversikt viser at den samlede forskningsinnsatsen på TSB er svært liten sammenliknet med totalbeløpet brukt på psykisk helsevern.

Ut fra NIFUs tall er det uklart hvordan dette gir seg uttrykk ned i den enkelte seksjon og enhet. Det har vært vanskelig å kartlegge hvor mye av virksomheten som er egenfinansiert og hvor mye som er eksternt finansiert.

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF

SERAF er den største forskningsaktøren innen klinisk rusmiddelforskning og er organisert inn under medisinsk fakultet ved universitet i Oslo.

Å sørge for finansiering av SERAF har siden 2007 vært en hovedsatsing innenfor Forskningsrådets program for rusmiddelforskning, og senteret har årlig mottatt rundt halvparten av programmets midler avsatt til rusmiddelforskning, det vil si rundt ti millioner kroner. Programmet skulle bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen. Ved SERAF er det produsert til sammen 16 doktorgrader på temaet rus og avhengighet mellom 2011 og 2015. Syv av disse kan defineres som klinikknære prosjekter om rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Hovedfokuset i disse er LAR eller tvangsbehandling.

Aktuelle forskningsprogram

Behovet for mer klinisk forskning på rusfeltet er betydelig.

Satsing på flere og større kliniske studier er i tråd med de overordnede målene i *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015-2024*. Målet er å styrke Norges konkurransekraft og innovasjonsevne. I *HelseOmsorg21-strategien*² er også økt antall kliniske studier et mål.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker på bakgrunn av ovennevnte i år (2016), å etablere en felles satsing på kliniske multisenterstudier i helseforetakene. Satsingen skal organiseres som et felles forskningsprogram kalt *Klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) 2016*.

KLINBEFORSK eies av de regionale helseforetakene og finansieres med totalt 130 mill. kroner for utlysning 2016. Tilskuddet fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst RHF som håndterer midlene i samråd med, og på vegne av, de tre øvrige regionale helseforetakene.

Andre forskningsaktører

I tillegg til de nevnte aktører har også nasjonale kompetansetjenester samt de regionale kompetansesentrene for rus (KoRUS) i sine oppdrag å drive forskning. De nasjonale kompetansetjenestene NK-TSB, NK-ROP og SANKS har i sitt oppdrag å drive nasjonale forskningsnettverk samt forskning. Denne forskningen skal være eksternt finansiert slik at finansieringen av nasjonale kompetansetjenester ikke blir en alternativ forskningsfinansiering. Det finnes syv KoRUS som enten er organisert hos private aktører (Haugaland A-senter, Bergensklinikkene og Borgestad), i kommunen (Velferdsetaten Oslo) eller som del av spesialisthelsetjenesten (St. Olav HF, Sykehuset innlandet og UNN). Disse er finansiert fra Helsedirektoratet og har i sitt tildelingsbrev blitt tildelt blant andre oppgaver å drive forskning.

Diskusjon

Det er en tydelig mangel på konkrete satsninger på kliniske studier innen TSB i forskningsinstituttene og universitetssykehusene, og det fremstår som vanskelig å få midler til slike studier gjennom de eksterne finansieringskanaler. Dette faktum har støtte i NIFU's rapport. NIFU- rapporten avdekker at forskning innen psykisk helse og rus *i svært liten grad er direkte relatert til rusfeltet*. Det er derfor nødvendig å vurdere andre finansieringskilder. Klinikknær forskning krever langsiktig tenkning og oppbygging av robuste miljøer, og grunnleggende holdninger i klinikken der forskning er en naturlig del av virksomhetene. Dette er tradisjoner som ikke er sterke innen TSB. Det sees imidlertid en holdningsendring hvor stadig flere TSB-miljøer anerkjenner betydningen av å inkludere forskning som en del av den kliniske virksomhet, og en økende vilje til å prioritere å avsette ressurser til forskning som en del av ordinære driftsutgifter i TSB.

TSB miljøer har som ambisjon å kunne få en rettmessig del av forskningsmidlene bevilget gjennom forskningsråd og regionale helseforetak. Det forutsetter imidlertid at en har ansatt forskere som kan være drivkrefter i søknad- og artikkelskriving, veilede phd-studenter og bygge forskningsnettverk nasjonalt og internasjonalt. Erfaring fra psykisk helsevern og somatikk viser at det er nødvendig med grunnfinansiering av forskere, i tillegg til phd-fokus når en skal bygge opp aktive forskermiljøer på forskningssvake områder. Det synes nødvendig å ha en viss basisbemanning som kan konkretisere forskningsstrategien innenfor TSB, lede tematiske prioriteringer og drive veiledning. Bygging av nettverk nasjonalt og internasjonalt både på tvers av fagdisipliner og profesjoner er en sentral oppgave.

For søknader til forskningsrådet er det strategisk klokt (men også faglig viktig) å tenke forskning på tvers av både fagområder (rus – psykisk helsevern – somatikk) og nivåer (1.- og 2. linjetjeneste). Rusfeltet har en relativt stor grad av brukerinvolvering, recovery-tenkning og ansvarliggjøring av brukere i klinikken, som med fordel kan overføres til forskning. Videre har Regional etisk komite (REK) signalisert et ønske om en dreining fra store generelle informerte samtykker i store paraplyprosjekter til generelle samtykkebaserte registre (og biobanker), hvor en i etterkant ber om å få se på spesifikke problemstillinger. Slik basisvirksomhet finansieres per i dag ikke av de vanlige forskningsfinansieringskanalene. Her bør og tar Universitetssykehusene sitt ansvar med å bygge opp forskningsseksjoner og avdelinger internt. Dette skjer også i økende grad hos private avtaleparter som legger dette inn i døgnprisen i sine anbud.

Det bør utarbeides en forskningsstrategi der det konkretiseres hvilke forskningstemaer det bør fokuseres på og det bør opprettes forskningsgrupper som går inn i HF'enes ordinære forskningsorganisering.

Tematiske områder

Det er ingen forskningsenheter/seksjoner ved Universitetssykehusene i Norge som har utarbeidet egne forskningsstrategier for TSB, og dermed vanskelig å si om det er noen klar strategisk fordeling av tematikk eller områder. Noen tydelige trekk ved forskningsproduksjonen er det imidlertid verdt å merke seg. KORFOR, Stavanger, har en uttalt satsning på to områder etter en ekstern gjennomgang av virksomheten, som påpekte en for utydelig profil. De to områdene er a) rus (fortrinnsvis alkohol) og somatikk, samt b) forløpsforskning (Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2015–2019).

A-hus har hovedsatsningen sin, sammen med SERAF, på området Naltrexon gjennom en nasjonal randomisert kontrollert studie.

SERAF, som den største aktøren innen klinisk rusmiddelforskning, har etablert tre forskningsgrupper, for temaene alkohol, klinisk forskning og LAR, hvor den mest aktive både i antall personer og i produksjon er forskning på LAR.

Folkehelseinstituttet er også en betydelig aktør, men da i forbindelse med registerforskning og epidemiologi, og ikke i like stor grad klinisk rettet forskning. Kunnskapssenteret har gjort meta-analyser, oppsummeringer og metodevurderinger.

Avsluttende kommentar

For å inspirere til mer forskning, har det naturlig nok vært fokus på mange ulike mindre prosjekter. Det kan virke som tiden er moden for at forskningsfeltet kan samle seg om større og mer ambisiøse satsninger som kan hevde seg i større søknadsprosesser og ved internasjonal publisering. Ambisjoner kan knyttes til ulike aspekter; større nettverk for stor "n", mer omfattende variabelfokus, eksempelvis translasjonsforskning der en ser på alt fra brukeropplevelse og klinikknære variabler til basalbiologi og genetik, samt klinisk intervensjonsforskning og forløpsforskning. Rusfeltet er i behov av en kraftig økning i sin forskningsatsning for å nå sine ambisjoner.

Anbefalinger

- II. Alle universitetssykehus må ha en egen forskningsstrategi for TSB. Den må konkretiseres med tydelige forskningstemaer, og prioritere mellom disse. Forskningsgrupper i TSB må være en del av universitetssykehusenes ordinære forskningsorganisering.
- III. Den kliniske forskningen på behandling av rus- og avhengighetslidelser må styrkes gjennom forankring i et forskningssterkt universitetssykehus. Det er nødvendig å avsette midler i en overgangsperiode på minimum 5 år for å bygge opp dette.
- IV. En forutsetning for et forsknings samarbeid mellom helseforetak og private samarbeidspartnere i regionen er etablering og finansiering av et regionalt forskningsnettverk ledet fra universitetssykehuset.

Spesialistkompetanse

Bakgrunn

Spesialistkompetanse i TSB innebærer alt fra psykologfaglig, sosialfaglig og medisinskfaglig kompetanse, tilgjengelige tjenester innenfor somatikk og psykisk helsevern, samt kunnskap om kommunale helse- og velferdstjenester. TSB er fortsatt et tjenesteområde under oppbygging. Dette viser seg i kostnadsvekst og vekst i antall årsverk. Aktiviteten øker hvert år, og tall fra Samdata viser at andelen ansatte med helsefaglig utdanning øker i takt med den. De økte ressursene i tjenesten har blitt brukt til å øke både kapasitet og kompetanse.

TSB baserer seg på tverrfaglighet i behandlingen av pasienter med rusavhengighet. Det er av stor betydning for faget, samhandlingen og kvaliteten at den enkelte spesialist har en avklart rolle og ansvarsområde. Ruspasientene har kompliserte og sammensatte lidelser og det er en forventning til at TSB skal ha et helhetlig ansvar for pasientens helsesituasjon og kunne utrede og behandle flere tilstander. Pasientene skal sikres helhetlige tjenester og samtidig behandling av eventuelle komorbide lidelser.

I dette kapittelet beskrives status på kompetansenivået i TSB og mulighetene for å videreutvikle spesialistkompetanse.

Nasjonale føringer

Rusreformen i 2004 satte økt fokus på kompetanse innenfor TSB og var startpunkt for en styrket profesjonalisering av tjenestene på rusfeltet. I Nasjonal helse- og sykehusplan (St.meld 11(2015-2016)) har regjeringen satt seg som overordnet mål at helsetjenesten i hele landet skal ha nok personell med riktig kompetanse. Dette er en forutsetning for gode, effektive og trygge helsetjenester. For å sikre tilstrekkelig personell i fremtiden, må helsetjenesten jobbe målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeiderne. Tilgang på kvalifisert personell handler om kapasitet og innhold i utdanningene, men også om utvikling og bedre bruk av tilgjengelige personellressurser (Nasjonal helse- og sykehusplan(ibid)).

Gode grunn- og videreutdanninger er viktig for å sikre fremtidig kvalifisert personale. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer hvilke strukturer vi bør ha for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren. Helsefagutdanningene skal ha kapasitet, kvalitet og innhold som er tilpasset pasientens, samfunnets og tjenestenes behov. De må også i større grad tilpasse tjenestene til pasientens forløp, og mestre oppgaver knyttet til samhandling, brukermedvirkning, samtidige rus- og psykiske problemer (ROP), tidlig innsats og forebygging (IS-2161).

Det er behov for økt kompetanse om rus og avhengighetsproblematikk. I *St. meld. 30 (2011–2012) Se meg! — alkohol – narkotika – doping*, ble det vist til at regjeringen gjennom *Kompetanseplan rus og psykisk helse* vil bidra til å sikre nødvendig fagkompetanse i tjenestene som tilbys pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser. Kompetanseplanen la vekt på rekruttering og kvalifisering av personell, ledelse og videreutdanning.

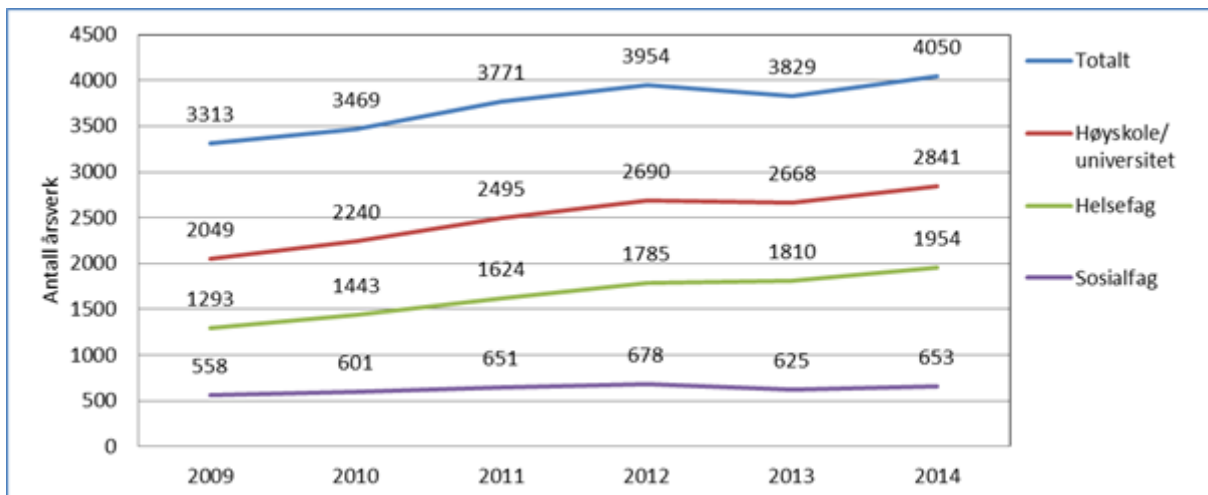
I den nye Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), heter det at utfordringsbildet tilsier at det er behov for å innrette dagens og nye kompetansetiltak slik at de i større grad bidrar til økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i øvrige deler av helse- omsorgstjenestene. Også her heter det

at regjeringen har som mål å styrke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer.

Funn

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i tildelingsbrev 2013, i oppdrag å foreta en gjennomgang av personellsammensetningen ved institusjoner som tilbyr TSB for å kartlegge den tverrfaglige profilen ved behandlingstilbudene. Det var et ønske om å innhente mer kvalitative data om hvordan virksomhetene i TSB vurderer sin egen kvalitet, kompetanse og personellsammensetning. Oppsummert viste svarene fra undersøkelsen at det var et behov for ytterligere kartlegging av kompetanse, kvalitet og personellsammensetning i TSB. Utfordrende områder som pekte seg ut var knyttet til komorbiditet mellom rus, psykisk helse og somatikk, og samhandling mellom virksomheter i TSB og hjemkommune. En måte det ble foreslått å styrke kompetansen på, var for eksempel å bedre tilgangen til psykiatere (IS-2161).

Tverrfaglighet står sterkt i TSB. I Samdata-rapporten (2014) vises at andelen helsefaglige årsverk økte fra 39 til 45 % i perioden. Sosialfaglige årsverk har derimot vært stabil i samme periode. Den helsefaglige satsingen har kommet i tillegg til og ikke i stedet for det sosialfaglige personellet.



1 Helsefaglige årsverk inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere

2 Sosialfag inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger

3 Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk

Mellom 2009 og 2014 økte andelen helsefaglige årsverk mer ved offentlige behandlingseinheter i TSB enn ved private institusjoner. Videre økte andel helsefaglige årsverk og årsverk med spesialisering og videreutdanning mer i poliklinisk virksomhet enn i TSB for øvrig.

En gjennomgang av fagplaner viser at grunnutdanningene ved høyskoler og universiteter i liten grad berører rus- og avhengighetsproblematikk. Det blir derfor særlig viktig å sikre kompetanse gjennom videreutdanning/spesialisering av personale som jobber innen TSB.

Videreutdanning/spesialisering for sykepleiere, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger, der rusproblematikk inngår, finnes i dag ved ni steder i landet. Disse utdanningsstedene er noe ujevnt geografisk fordelt, noe som fører til at tilgangen på videreutdanning for ansatte med treårig helse- og sosialfaglig utdanning ikke er den samme over hele landet. Det er også ulikt hvorvidt spesialiseringen i rusproblematikk inngår under tema psykisk helse eller om det er egen, adskilt spesialisitet.

Når det gjelder videreutdanning av medarbeidere med brukererfaring finnes denne tre steder i landet og ingen nasjonal rammeplan for et slikt undervisningstilbud eksisterer.

Sykepleiere har en bred sykepleiefaglig og god medisinfaglig kompetanse. Det er ingen fagspesifikk videreutdanning innen rus for sykepleiere. Innen rusfeltet har ofte sykepleierne videreutdanning/master innen psykiatri eller psykisk helsearbeid. Deres rusfaglige kompetanse er særlig rettet inn mot å ivareta en helhetlig og helsefaglig kompetanse i møte med pasienter. Det kan være i forhold til somatisk helse, sårskift og smittevern, og observasjon, vurdering og oppfølging av fysisk og psykisk tilstand. Sykepleiere har videre god kompetanse på å koordinere helsetjenester på individ- og systemnivå, samt i å arbeide i tverrfaglige team.

Det har vært et problem mange steder å få rekruttert leger til TSB. I 2012 vedtok regjeringen at det skulle etableres egen spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin. Som første land i verden har Norge etablert spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin. Den nye legespesialiteten ble godkjent i 2014. Mange leger er blitt godkjente spesialister etter overgangsregler og spesialistutdanningen av LIS (lege i spesialisering), og er i gang ved mange helseforetak. Prognoser tilsier at i 2018 vil det være utdannet ca. 200 spesialister i rusmedisin.

Profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen, UIO, UIT, eller NTNU, har rus- og avhengighet som eget fagfelt som nevnes i studiebeskrivelsene. Psykologer kan ta videre spesialisering innen rus- og avhengighetspsykologi. Dette er en femårig etterutdanning og innbefatter tre års praksis i arbeid innenfor rus- og avhengighetsbehandling.

I 2014 utgjorde psykologene totalt 425 årsverk innen TSB. Per mai 2016 har 192 psykologer spesialisert seg i rus og avhengighetspsykologi, 92 av dem er ansatt i et helseforetak. De resterende arbeider ved ulike stiftelser og institusjoner og 29 i selvstendig praksis.

Diskusjon

Tall fra Samdata viser at innen helse- og omsorgstjenester for psykisk helse- og rusproblematikk, øker antallet pasienter og brukere mer enn befolkningsveksten ellers. Veksten innen TSB viser seg både i døgnkapasitet og i antall årsverk. Helsefagene har hatt den største økningen, og det har vært en kompetanseheving blant personellet. Økningen er noe lavere ved private samarbeidsparter enn i de offentlige helseforetakene. For å møte fremtidens behov, kan det være nødvendig å vurdere flere tiltak enn bare å utdanne flere spesialister, deriblant nye arbeidsformer, bedre organisering og oppgavefordeling.

Andelen ufaglærte er fortsatt høyere i TSB enn i psykisk helsevern og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Dessuten er andelen leger og psykiatere lavere enn i spesialisthelsetjenesten for øvrig, inkludert psykisk helsevern. Det er fortsatt behov for økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk, tross fokus på kompetanseheving i årene etter rusreformen. Som del av spesialisthelsetjenesten må TSB videreutvikles med hensyn til kvalitet og kompetanse og inkludere flere sektorer og personellgrupper enn satsningen på rusfeltet tradisjonelt har gjort.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner melder om at tjenestene stadig blir flinkere til å nyttiggjøre seg bruker- og erfaringskompetanse, men det er likevel behov for å styrke dette området. Bruk av

erfaringskonsulenter er et eksempel som bringer brukernes erfaringer inn i behandlingen på en god måte.

Videreutdanning for sykepleiere og sosionomer innen psykisk helsearbeid og rusproblematikk er fordelt ulikt i landet og organiseringen er også ulik ved de forskjellige høgskolene i landet (Analysesenteret, 2013). Det er varierende hvorvidt spesialisering i rusproblematikk inngår under temaet psykisk helse, eller om det er egen spesialitet (Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)).

Styrking av medisinskfaglig kompetanse i TSB har, og er fortsatt, et mål som sektoren bør følge opp, både innen offentlige helseforetakene og de private avtalepartene. Rusmedisin er under oppbygging og faget vil gradvis styrkes med flere legespesialister i årene fremover. Regionssykehusene vil få en særskilt oppgave i spesialistutdanningen også for rusmedisin. OUS forutsettes å ta en ledende rolle regionalt.

Anbefalinger

- V. Helseforetakene har en viktig rolle i spesialistutdanningen av leger. Etablering av utdanningsinstitusjoner i rusmedisin må understøttes, med en særskilt regional satsing, slik at det blir utdannet tilstrekkelig antall leger med spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin i regionen.
- VI. Helseforetakene og private samarbeidspartnere bør sørge for at psykologer, sosionomer og sykepleiere kan få spesialistutdanning innen rus- og avhengighetsbehandling. Det må settes av tilstrekkelig ressurser til dette.
- VII. Grunnutdanningene i medisin, psykologi og helse- og sosialfag tematiserer i begrenset grad identifisering, diagnostisering/utredning og behandling av mennesker med rus- og avhengighetsproblemer. Samarbeid mellom RHF og utdanningsinstitusjoner er nødvendig for å kvalitetssikre helsepersonells grunnutdanning.

Utredning

Bakgrunn

Pasienter med rus og avhengighetslidelser har behov for ulike tjenester tilpasset sine spesifikke lidelser, symptomer og fungering. Utredning er avgjørende for å kunne tilpasse behandlingsnivå og iverksette spesifikke intervensjoner på en planmessig måte i aktiv behandlingsfase. God utredning kan redusere kostnad og øke nytte av behandling, og minsker risiko for iatrogene prosesser (skadelig behandling).

Utredning av pasienter i TSB er per i dag organisert ulikt i HF'ene, og skjer på ulike nivåer. Definisjonen av utredning er også flytende. Hva som defineres som screening, kartlegging og utredning er i mange tilfeller uklart. Det skjer utredning på ulike nivåer helt fra pasientens første møte med offentlige helsetjenester.

Utredning har som hensikt å gi best mulig tilpasset behandling. Dette gjelder både spesifikke intervensjoner, men også på hvilket nivå behandlingen skal skje. Arbeidet med slik tilpasning av behandlingen starter allerede ved henvisning fra primærhelsetjenesten og fortsetter gjennom vurderingspraksis ved det enkelte HF. De faglige rammene for arbeidet med å matche pasient og tiltak/ intervensjon vil derfor være styrende for kvaliteten av behandlingen pasienten tilbys.

Vurderingspraksis

For oppfyllelse av målsetningen i opptrappingsplanen er det nødvendig å sikre at mennesker med rus- og psykiske tilleggslidelser får optimal vurdering og plassering til tjenestenivå. Et for lavt nivå kan medføre feilbehandling, mens et for høyt omsorgs- og behandlingsnivå kan medføre drop-out eller uheldig institusjonalisering. Pasientens individuelle behov må møtes på laveste forsvarlige nivå for derigjennom å sikre optimal behandling og best mulig utnyttelse av helse- og omsorgstjenester.

Gjennom regionale arbeidsseminarer med vurderingsteamene i de fire helseregionene ble det i 2014 samlet erfaringer om status i vurderingspraksis nasjonalt. Tallet på pasienter vurdert med en rett til behandling var svært høyt, og foreløpige analyser av materialet viser at vurderingspraksis varierer både innad i regioner og mellom regioner (muntlig kommunikasjon).

Gjennom å øke vurderingskompetansen til de involverte helsetjenestene kan man få en mer treffsikker diagnostikk på helsetjenestebehovet blant brukere med ruslidelser og på den måten sikre mer individuell behandling, bedre behandlingsutbytte og bedre utnyttelse av de eksisterende helsetjenestene. Med en mer treffsikker vurdering vil man kunne øke sannsynligheten for at brukerne plasseres til optimale tjenester som møter deres individuelle behov og som derigjennom øker mulighetene deres for tilfriskning. Kartlegging før henvisning bør systematiseres, spesielt med henblikk på nivå av behandling. Det finnes i dag metodikk internasjonalt som øker sannsynligheten for en mer harmonisert vurderingspraksis (bl.a Mee-Lee, D. et al., 1991). CONTINUUM (tidligere ASAM criteria decision engine) er et lovende verktøy som brukes i mange land som kvalitetssikring for henvisninger, og det er gjort en utprøving av dette også i Norge (Stallvik, M., et al., 2014).

Utredningspraksis

Det er viktig med en kartlegging av rusavhengigheten, men det er også avgjørende at pasienten blir utredet i forhold til sin øvrige psykiske og somatiske helse (IS- 2219, IS- 1948)

Alle de fem nasjonale faglige retningslinjer som gjelder for rus- og avhengighetsbehandling har egne kapitler om utredning. Totalt gjelder 41 anbefalinger utredning. De ulike områdene som anbefales kartlagt er følgende:

Rus	Medikamenter	Arbeid
Funksjon	Suicidvurdering	Nettverk
Omfang	Somatikk	Økonomi
Psykisk helse	Kriminalitet/vold	Bosituasjon
Epikrise	Tannhelse	Familie/barn
Aktuell tilstand	Sosialfaglig	Tidligere epikrise

Metoder som anbefales brukt, er samtaler, anamneseopptak, resultater fra standardiserte intervju og tester, observasjon av atferd samt klinisk tverrfaglig vurdering.

Av konkrete standardiserte tester som anbefales finner vi innenfor rusfeltet følgende: pust/urin/hår/blod/spytt, AUDIT, CAGE, DUDIT-E, Alcohol-E, FAST, ASI(ADAD) og CIWA-AR. For kartlegging av somatisk tilstand finner vi følgende anbefalte verktøy: Kjemiske prøver, Gravitetstest av kvinner i fertil alder samt EKG hos alle over 50 år. Innenfor psykisk helse finner vi følgende anbefalte verktøy i rusfaglige retningslinjer: MINI (Pluss), SCID I (II), SCL-10, VRS-10, HCR-20, PRISM, Somatikk, Kjemiske prøver, Gravitetstest samt, EKG hos alle over 50 år. Innenfor det sosialfaglige området finner vi kun anbefalt ett verktøy; EuropASI.

Undersøkelse av åtte spesialiserte utredningsenheter

Utredning foregår gjennom hele behandlingsforløpet i vekselvirkning med behandlingen selv om tyngdepunktet av utredningsoppgaver nok vanligvis vil ligge i oppstarten av en behandling. For pasienter med gjentakende innleggelse og uklare tilstander eller spesielt kompliserte tilstandsbilder, kan det være hensiktsmessig med en utvidet og spesialisert utredningsfase. Det er opprettet flere spesialiserte utredningsenheter i landet, men det har vist seg vanskelig å få kartlagt det eksakte tallet pga. ulik organisering, ulikt innhold og ulik definisjon av hensikt. Blant de som selv definerer seg som spesialiserte døgnenheter for utredning, gjorde NK ROP og NK TSB våren 2016 i fellesskap en skriftlig spørreundersøkelse for å få en oversikt over hva som kjennetegner pasientene i disse enhetene. Denne ble gjort som et forarbeid til et nasjonalt arbeidsseminar for utredningsenheter arrangert av NK-TSB og NK-ROP. I alt svarte åtte utredningsenheter.

De åtte institusjonene som deltok i undersøkelsen anså seg som rene utredningsenheter, men hadde ingen felles kriterier for å definere seg som utredningsenhet, verken når det gjaldt tidsramme for utredningsvirksomheten eller innholdet i den. Alle enhetene hadde ulikt innhold i tilbudet. Undersøkelsen viste også at pasientene i stor grad ble henvist rundt i eget TSB system. Ingen henvendelser om utredning kom «utenifra» dvs. fra fastlege, fra psykisk eller somatisk helsevern. Mange pasienter var gjengangere som sirkulerte i systemet, og hadde deltatt i mange tidligere utredninger og behandlingsopphold. Det ble funnet at hver av pasientene i gjennomsnitt fikk tre diagnoser, hvor den største andelen var diagnoser som impliserte at de hadde rett på/ behov for behandling i psykisk helsevern, ikke i TSB. En grunn til at utredningspraksisen kan sies å være uoversiktlig og ulik, avhengig av hvilket symptom pasienten henvises for i utgangspunktet, er at vurdering av henvisninger til utredning i spesialisthelsetjenesten er ulikt organisert mellom enheter definert som psykisk helsevern og enheter definert som TSB. Det er ikke alltid en samordning av vurderinger og inntak mellom psykisk helsevern og TSB.

Innen psykisk helsevern finnes det systematikk innen eksempelvis utredning av førstegangpsykoser. Flere elementer kan med fordel overføres derfra, til utredning for rusmiddelavhengighet og -lidelser. Ved bruk av tidslinje og sjekklister kan det kvalitetssikres at alle relevante områder undersøkes og dokumenteres, og man får et historisk og ryddig overblikk over informasjonen om den enkelte pasient.

Anbefalinger

- VIII. TSB må veilede kommunenes helse- og sosialtjeneste i henvisningsprosess for å sikre et godt pasientforløp.
- IX. Det bør gjennomføres regelmessig monitorering for å sikre likeverdige vurderinger av henvisninger og for å hindre uønsket variasjon.
- X. Det bør bygges opp spesialisert døgnbasert utredningstilbud i alle helseforetak. Bare slik kan pasienter utredes for rusproblematikk og komorbide tilstander på spesialistnivå.

Kvalitetssikring

Bakgrunn

Det er et uttalt ønske fra helsemyndighetene at det skal være tilgjengelig kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten for pasienter, pårørende og allmenheten. Helsetjenester med høy kvalitet og kompetanse bygger på kunnskapsbasert praksis. I Nasjonal strategi og for

kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten ... og bedre skal det bli! (IS-1162) er tjenester med god kvalitet beskrevet som virkningsfulle tiltak som baserer seg på pålitelig kunnskap. Det er et minimum av feil og uheldig hendelser og pasientens synspunkter og erfaringer blir lyttet til og tatt på alvor. Kvalitet betyr også at tilgjengelige ressurser blir utnyttet best mulig, de er tilgjengelige for alle og rettferdig fordelt. Samarbeid mellom de ulike tiltakene og nivåene skal gi sammenhengende og helhetlig pasientforløp.

Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten. De er nyttige i intern kvalitetsforbedring, og kan benyttes til styringsdata både i virksomhetene og på politisk nivå. Kvalitetsindikatorer kan også benyttes for å sammenligne tjenester ved valg av behandlingssted.

De kan deles inn i tre typer indikatorer:

- a) Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m)
- b) Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- c) Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

Dette kapitlet oppsummerer status for hvordan kvalitetssikring blir fulgt opp innen TSB.

Nasjonale føringer

Gjennom nasjonale strategier for kvalitet i helsetjenesten har myndighetene lagt føringer for at det skal etableres effektive kvalitetssystemer for kontinuerlig forbedring av helsetjenestene (IS-1162).

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!— alkohol – narkotika – doping, varslet et kvalitetsløft i rus og psykisk helse gjennom økt kompetanse og bedre kvalitet. Kvalifisert personell, ledelse og etablering av egen legespesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin skulle øke kompetansen.

Alle enheter som tilbyr rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten skal rapportere aktiviteten til **Norsk pasientregister**. Dette gjelder både offentlige enheter, og private enheter med driftsavtale med et RHF. Målet med innrapporteringen er å gi et grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester (pasientregisterforskriften). Registeret er et sentralt register med opplysninger om alle pasienter som venter på behandling eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Det omfatter alle deler av spesialisthelsetjenesten, og opplysningene er personidentifiserbare.

Det ikke er per i dag ikke noe **nasjonalt kvalitetsregister** for TSB. Helse Stavanger har utarbeidet et forslag og søkt om å få bli et nasjonalt register. Et nasjonalt register vil gi bedre muligheter for å dokumentere kvalitet og drive kvalitetsforbedring av behandlingstilbudet innen TSB (Stortingsmelding 11(2015-2016))

Faglige retningslinjer gir anbefalinger som bygger på kunnskapsbaserte tiltak. De setter en faglig standard som vil heve kvaliteten og minimere uønsket variasjon.

Tilsynsrapporter og avvik

Innen TSB, var det følgende antall tilsynsrapporter med antall registrerte avvik fra lov eller forskrift mellom 2011 og 2015:

2011: 5 tilsyn (4 avvik)

2012: 1 tilsyn (1 avvik)

2013: 5 tilsyn (7 avvik)

2014: 2 tilsyn (1 avvik)
2015: 5 tilsyn (3 avvik)

I 2015 mottok pasient- og brukerombud 14 677 saker fra hele landet. Tallene har vært stabile de siste tre årene. Flest henvendelser gjaldt fastlegeordningen, sykehjem, helsetjenester i hjemmet og legevakt. Innenfor spesialisthelsetjenesten var det størst pågang innen områdene ortopedisk kirurgi, psykisk helsevern for voksne og kreftbehandling.

Det har vært få henvendelser fra TSB. I følge Pasient- og brukerombudene i Norge har den vanligste årsaken til at pasienter fra rusfeltet tar kontakt, vært henvendelser vedrørende medisiner, valg av medikament og utleveringsordninger i Legemiddelassistert rehabilitering. Informasjon, medvirkning og samtykke, avvisning av søknad, avslag på behandling og lang ventetid er andre registrerte saker. Det er også blitt klaget på manglende oppfølging etter utskrivning fra TSB. Det bør tilrettelegges for skape åpenhet rundt resultater og utfordringer i TSB og kunne tilrettelegge for kvalitetsforbedring og utviklingsarbeid.

Rapport fra Norsk pasientskadeerstatning (Norsk pasienterstatning 2015) inneholder blant annet statistikk over mottatte krav om erstatningssaker, utbetalinger, medhold og avslag. Tallene deres presenteres per helseregion, er fordelt på de aktuelle helseforetakene, og baseres på de vanligste henvendelser om erstatningskrav fra helseforetakene. I oversikten fra 2015 utgjør psykisk helse totalt 753 (5 prosent) av alle saker i alle HF. Rus eller TSB er ikke nevnt spesielt. Av alle saker i psykisk helse fikk 159 (21 prosent) saker medhold, som er den nest laveste medholdsprosenten.

Det samles inn en stor mengde data både for aktivitet og ressursfordeling. Det er likevel langt igjen til NPR kan gi et fullgodt bilde på ressurser, pasientforløpet og resultat av behandlingen for pasientene i TSB. Datamaterialet er ufullstendig, og veileder for registrering av ventelister og frister har et tolkningsrom, noe som kan medføre ulik registreringspraksis. Det er videre utfordringer i EPJ ved registreringer som kan gi unøyaktighet i materialet.

Det rapporteres ingen effektindikatorer til NPR for TSB. Kunnskapssenteret gjennomførte i 2013 en landsdekkende kvalitativ spørreundersøkelse blant pasienter som har hatt lengre døgnopphold på institusjoner innen TSB. Felles utfordringer var samarbeid med pårørende og ettervern. Misnøyen handler om manglende eller for dårlig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter (St.melding 19(2014-2015)) og Handlingsplan for nasjonalt helseregisterprosjekt har påpekt at det er store mangler i NPRs datagrunnlag for psykisk helse og rus. I 2014 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede behovet for et register for psykisk lidelse og ruslidelse. I den forbindelse ble det etablert en nasjonal arbeidsgruppe. Denne skulle vurdere dagens kunnskapsgrunnlag, identifisere mangler og behov for oppdatert eller ny kunnskap, skissere et nasjonalt målbilde for registerdata og vurdere ulike modeller for registerdata. Gruppen leverte sin rapport i juni 2016 (Utredning av et register for psykiske lidelser og ruslidelser med utgangspunkt i fellesregistermodellen). Arbeidsgruppen mener det finnes en god del informasjon i helseregistre i dag, men dagens modell hindrer en god utnyttelse av datagrunnlaget. De anbefaler en løsning innenfor fellesregistermodellen hvor det opprettes et basisregister. Det kan gi en løpende sammenstilling av relevante registerdata for fremstilling av statistikk, helseanalyser til forskning og kvalitetsforbedring. Dette må sees i sammenheng med andre prosjekter som er i gang på registerfeltet, ifølge arbeidsgruppen. Den viser ellers til at

Folkehelseinstituttet har etablert et analyseprosjekt som løper ut 2017. Analyseprosjektet har fått tilgang til å sammenstille data fra en rekke systemer og vil også vurdere andre aktuelle datakilder for sammenstilling og analyse.

Gode helseregistre er et viktig fundament for utviklingen av kunnskap om årsak og effekt av tiltak (St.Meld 19 – 2014-2015)). Helse Vest har fått i oppdrag å utvikle og prøve ut et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av ruslidelser. En foreløpig versjon (deltaversjon) er utviklet gjennom systematisk innhenting av kunnskap fra forskning, erfarne klinikere og brukere, og utprøvinger i ulike kliniske miljø og forenklinger/forbedringer i flere runder.

Kvalitetsregisteret ble i nåværende versjon ferdigstilt i 2015 og det ble søkt om nasjonal godkjenning mot slutten av det året. Ekspertgruppen for nasjonale kvalitetsregistre stilte seg positiv til søknaden, men ville vente med å anbefale godkjenning. Det ble pekt på en del forhold som burde forbedres, bl.a at beskrivelse av utredning og behandling av ruslidelse kunne forbedres og målgruppe tydeliggjøres. Videre ble det reist spørsmål om datafangst, frafall og nasjonal forankring. Det arbeides fremdeles med erfaringer knyttet til piloteringen i Helse Vest, og ny søknad om nasjonal status på registeret planlegges sendt medio 2017.

Nasjonal helse- og sykehusplan (St.meld. St. 11) (2015–2016) (2016–2019), gir kvalitetssikring mye oppmerksomhet. På grunn av uklar kvalitets- og meldingsstruktur og prosessene rundt kvalitetssikring for rusfeltet, er det vanskelig å få sikre tall på hvor mange av innmeldte saker som gjelder TSB. Det er ikke mulig å hente en presis beskrivelse av meldte avvik og alvorlige hendelser innenfor TSB ut fra offentlig statistikk. Videre er det heller ikke mulig å beskrive i hvilken grad norsk pasientskadeerstatning og pasient- og brukerombudene mottar søknader eller klager fra pasienter som mener seg feil behandling innenfor TSB, ut fra offentlig tilgjengelige rapporter/statistikk.

Meldeordningene for avvik og alvorlige hendelser gir ikke gode beskrivelser og statistikk for TSB. For å kunne gjøre mer presise og detaljerte analyser av hendelser innen TSB, er det behov for å standardisere registreringen av avdelingstype og helsepersonellkategorier ved virksomhetene. Registrering av avdelingstype og yrkesgruppe gir noe informasjon, men det er behov for å forbedre klassifiseringssystemet.

Terminologibruk og katalogisering av organisasjonsstrukturen er ulik ved virksomhetene, og det registreres heller ikke hendelsessted. Dette gir ytterligere svakheter i meldingssystemet. Meldeordningen får for eksempel i dag informasjon om melderens avdelingstilhørighet, ikke hvor pasienten var innlagt da hendelsen skjedde, noe som i liten grad bidrar til kvalitetssikring.

Fremdeles opplever pasienter at psykisk helse-feltet ikke vil ta imot dem fordi de er rusmiddelavhengige, samtidig som TSB avslår søknaden fordi de har en psykisk lidelse. Samtidig forekomst av psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet var også eksempler på tilfeller av rusrelaterte saker til Pasient- og brukerombudet.

Pasient- og brukerombudet får også tilbakemeldinger på at manglende bolig eller dårlige boforhold ofte umuliggjør en vellykket rehabilitering. Uten egnet bolig og tett oppfølging etter opphold i behandlingsinstitusjon ser de at effekten av behandlingen blir kortvarig, og risiko for overdose øker. De mener behandlingsapparatet har et betydelig forbedringspotensial. Et reelt tilbud om individuell

plan, IP, bør stå sentralt i all samhandling rundt pasienter som får langvarig behandling og rehabiliteringstjenester, mener ombudet.

Brukermedvirkning kan øke treffsikkerhet i forhold til behandling, både utformingen og gjennomføringen. Brukermedvirkning på alle nivåer bør settes i system og kvalitetssikres. Mer om brukermedvirkning i kapittel 9.

Private leverandører av rusbehandling må i dag levere på kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår. Avtalene som inngås mellom helseforetak og private leverandører er ulike i utforming og innhold, tilbudene er også veldig forskjellige. For i større grad å kunne sikre og dokumentere kvaliteten på avtalene, er det i Helse Sør-Øst utarbeidet et nytt rapporteringsskjema for de ulike avtalene, hvor bemanning, registrering av oppmøte og gjennomføring står sentralt.

Våren 2016 kom nasjonale faglige retningslinjer for både avrusning og rusbehandling. Det er imidlertid p.t. ikke gjort systematiske GAP -analyser for TSB slik at det foreligger ikke en systematisk oversikt over avstanden mellom nasjonale faglige retningslinjer og praksis. Det er heller ikke utarbeidet en konkret implementeringsstrategi for de nye nasjonale faglige retningslinjene.

Nasjonal kompetansetjeneste ROP har fått økonomisk støtte fra Helsedirektoratet for å utvikle en felles digital plattform som samler GAP-undersøkelser for tidligere og fremtidige retningslinjer på rus- og psykisk helseområdet (kommune og spesialisthelsetjeneste). Den digitale plattformen skal administreres og driftes av Nasjonal kompetansetjeneste ROP, og innholdet utformes i et samarbeid med relevante fagmiljøer. Nasjonal kompetansetjeneste TSB bidrar med faglig innspill på GAP analyser for TSB knyttet til de nasjonale faglige retningslinjene for behandling og rehabilitering og avrusning. Nettportalen skal etter planen være utprøvd og endelig ferdigstilt i slutten av 2017.

Anbefalinger

- XI. Det er nødvending med et kvalitetsløft i rapporteringen fra TSB- enheter til Norsk pasientregister både i helseforetak og hos private samarbeidspartnere.
- XII. HSØ må sørge for at alle TSB enheter både i helseforetak og private avtalepartnere innrapporterer alvorlige hendelser/avvik til RHF, og at meldesystemene til Helsedirektorat/Statens helsetilsyn brukes slik forutsatt av helsemyndighetene.
- XIII. Nasjonale faglige retningslinjer i TSB må implementeres systematisk. Det må lages en konkret og samordnet plan for dette.
- XIV. Et nasjonalt kvalitetsregister vil gi muligheter for å dokumentere kvalitet i tjenestene, gjøre analyser, gi data til forskning og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Et slikt register må være del av det elektroniske pasientadministrative systemet.

Samhandling med kommunale tjenester

Bakgrunn

Pasienter med rus- og avhengighetstilstander har ofte behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Faglige rammebetingelser har derfor stor betydning for kvaliteten på den konkrete samhandlingen rundt den enkelte pasient med rus- og avhengighetsproblemer. Lovverk og politiske styringssignaler gir rammer og konkrete virkemidler for oppgavefordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. I dette kapitlet beskrives og konkretiseres de faglige rammebetingelsene for

samhandling mellom TSB og kommunene, status i feltet skisseres og hovedutfordringer for at kvaliteten på tjenesten kan bli enda bedre adresseres.

Nasjonale føringer

TSB skiller seg fra annen spesialisthelsetjeneste ved at både fastleger og sosialtjeneste (NAV) kan henvise til TSB og at henvisningen skal vurderes av et tverrfaglig team bestående av både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. I likhet med andre henvisninger til spesialisthelsetjenester skal henvisningen vurderes innen 10 dager og pasienten blir informert om forventet dato for oppstart av behandling.

Ved Samhandlingsreformen rettet nasjonale helsemyndigheter et økt fokus på behovet for en styrket samhandling mellom både spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (St.meld. nr. 47(2008-2009)). Reformen skisserte en rekke strategier for å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det.

Samhandlingsreformen startet med en gradvis innføring fra 1. januar 2012. Stortinget vedtok samtidig en ny folkehelselov som styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer og en ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Lovverket skisserte en plikt for kommuner og sykehus å samarbeide og inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester jfr. helse og omsorgstjenestelovens § 6-1. Spesialisthelsetjenesten har også et veiledningsansvar overfor kommunene jfr spesialisthelsetjenestelovens § 6-3. Helse og omsorgsdepartementet har varslet at de økonomiske virkemidlene knyttet til utskrivningsklare pasienter vil tre i kraft tidligst 01.01.2018 (Høring om endringer i Forskrift 18. november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter)

I en rekke andre nasjonale styringsdokumenter som stortingsmeldinger (St.melding 30 2011-2012), opptrappingsplan for rusfeltet (Ot.prp15S(2015-2016)), nasjonal helse- og sykehusplan(St. melding 11(2015-2016) m.v legges føringer som skal underbygge et bedre samarbeid mellom kommune og sykehus som skal gi pasienter og brukere bedre tjenester.

Stortinget har også rettet fokus på rusfeltets særskilte utfordringer gjennom St. meld nr. 30 (2011 – 2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk og en egen Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (Prop. 15 S (2015–2016))

Både stortingsmeldingen og opptrappingsplanen retter fokus på behov for styrket samhandling mellom tjenestene og påpeker behovet for å ta i bruk individuell plan, gi til bud om oppfølging av koordinator, spre erfaringer fra bl.a. tillitspersonforsøk og andre oppfølgingstiltak m.m. Statsbudsjettet har egne tilskuddsordninger som forvaltes av Helsedirektoratet og Fylkesmennene til særskilte satsinger rundt etablering av mottakssentre i de største kommunene, utvikling av aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team) og fleksibelt oppsøkende team (FACT team) lavterskel substitusjonsbehandling og andre helsetiltak.

Stortinget har økt bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020 i hovedsak som en styrking av kommunenes frie midler. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 185 mill. kroner i 2016 inkludert ordningen fritt behandlingsvalg.

Status

Lovverk og overordna nasjonale styringsdokumenter gir et sterkt fokus på samhandling mellom TSB og kommunene og vektlegger betydningen av formelle samarbeidsavtaler.

Det regionale helseforetaket har også inngått *overordna samarbeidsavtaler* med kommunene i tråd med nye lovkrav. I Helse Sør-Øst er det inngått avtale både med Oslo kommune og med KS på vegne av de andre kommunene i regionen. De overordna avtalene er styrende for hvert enkelt helseforetak og for de private samarbeidspartnerne som har avtale med det regionale helseforetaket. Disse avtalene er imidlertid av overordnet karakter og konkretiserer i begrensna grad hvordan den konkrete samhandlingen skal foregå.

Helseforetakene har i tråd med forpliktelsene i samhandlingsreformen inngått samarbeidsavtaler med kommunene, også på rus- og psykisk helsefeltet. Selv om det har vært utenfor dette oppdragets rammer å gjennomgå samtlige inngåtte samarbeidsavtaler, viser stikkprøver at det er variasjoner i hvilken grad samarbeidsavtalene *konkretiserer* samhandlingsbehovet for pasienter med rus- og avhengighetstilstander og konkrete samhandlingstiltak mellom TSB-enheter og kommunale helse- og sosialtjenester identifiseres gjennom en egen tjenesteavtale /underavtale.

Private samarbeidspartnere med avtale med de regionale helseforetakene utgjør en vesentlig andel av behandlingstilbudet til pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Disse aktørene behandler pasienter fra kommuner i hele helseregionen. Også her er det store variasjoner i hvordan samarbeidet med kommunene er konkretisert i samarbeidsavtaler.

Både fastleger og sosialtjenester har mulighet til å henvise til TSB. Tall fra helsedirektoratet viser at i tiden etter rusreformen kommer stadig flere henvisninger fra fastleger. Analyser fra norsk pasientregister viser at 59 prosent av pasientene henvises fra fastlegen, mens ti prosent henvises fra NAV Sosialtjeneste til poliklinisk behandling i TSB (Helsedirektoratet IS -2550)

Det er regionale helseforetak som utpeker hvilke aktører som har vurderingskompetanse. I de øvrige helseregionene er det kun unntaksvis at andre enn helseforetakene har denne kompetansen, mens i Helse Sør-Øst har både de private sykehusene (Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus) og de private ideelle aktørene Trasoppklinikken, A-senteret, Incognito klinikk og Blå kors poliklinikk og Borgerstadklinikken vurderingskompetanse. I praksis betyr det at en betydelig del av pasientstrømmen mellom kommuner og TSB går utenom den ordinære pasientstrømmen til helseforetakene. For kommunene betyr det at de har flere vurderingsinstanser å samarbeide med. Det er gjennom flere år gjort et arbeid i regionen for å kvalitetssikre rettighetsvurderinger med felles opplæring, samlinger og informasjon til vurderingsinstanser. Likevel er det fremdeles betydelige forskjeller mellom de ulike vurderingsinstansene. Vurderingsinstanser rapporterer også om mangelfulle henvisninger og utredningsbehov hos pasientene. Rettighetstildelingen varierer, men de fleste vurderingsinstanser har ligget på en rettighetstildeling på mellom 80 – 90 %.

Når det gjelder konkrete samarbeidstiltak er individuell plan og epikrise to indikatorer på hvordan samhandlingen mellom TSB og kommunene faktisk er. Pasienter med rus- og avhengighetsproblemer med behov for langvarig og koordinerte tjenester har en lovfestet rett til individuell plan. Samarbeidspunkter/avtaler skal fremgå av pasientens individuelle plan (IP). For den enkelte person er det IP som presiserer samarbeidet, og rutiner for arbeidet med IP bør være en naturlig del av interne kvalitetssystemer både i kommuner, helseforetak og institusjoner. Resultater fra Brukerplan-kartleggingen i kommunene i 2013 viser at kun 13 prosent av over 11 000 kartlagte brukere hadde IP. Analyser gjort av SINTEF på oppdrag fra Helsedirektoratet vise at 25 prosent av pasientene som mottar poliklinisk behandling som har individuell plan (SINTEF 2013), mens det er 63 prosent av døgnpasientene i TSB som har individuell plan (SINTEF 2014)

Epikrise er et annet konkret virkemiddel hvor fastlege / kommunal helse- og sosialtjeneste får konkret tilbakemelding på avsluttet behandling i TSB. Tall fra NPR viser som tidligere beskrevet at 73 % av pasientene fikk epikrise tilsendt etter 7 virkedager i tråd med myndighetskravet, i HSØ var gjennomsnittlig antall 70,1 % i 2016 (www.helsenorge.no). Det er store variasjoner mellom de ulike aktørene.

TSB har en generell veiledningsplikt overfor kommunene som potensielt vil kunne være et virkemiddel for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Etter NK-TSBs erfaring er det imidlertid ikke gjort nasjonale oppsummeringer av hvordan dette i praksis fungerer.

Økonomiske virkemidler er fasett inn gradvis i samhandlingsreformen, men gjelder fortsatt ikke for pasienter innlagt i TSB. Forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å innføre kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er nå på høring og foreslås å tre i kraft tidligst fra 01.01.18.

Det er i dag etablert 11 ACT-team i Norge, fem i HSØ (Moss, Grunerløkka, Kongsberg, Skien og Follo) og 15 FACT team som har fått tilskudd fra helsedirektoratet. Målgruppen til ACT er personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med andre tilleggsproblemer bl.a rusmiddelmissbruk. Evalueringen av ACT-teamene er positiv (evaluering av ACT-team sluttrapport Nasjonal kompetansetjeneste ROP i samarbeid med Akershus universitetssykehus, 2014). I HSØ er dette tilbudet ikke tilgjengelig i hele regionen. Det fremkommer heller ikke på fritt behandlingsvalg.no hvor det er etablert slike tilbud.

I Innst. 11 S (2014–2015) uttaler en samlet helse- og omsorgskomite at det er viktig å få etablert en varig finansieringsmodell for oppsøkende behandlingsteam, der både kommunene og helseforetakene ansvarlig gjøres. Regjeringen varsler også i forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet (Ot.Prp 15s (2016-2017)) at de vil arbeide videre med spørsmålet om videre implementering av aktivt oppsøkende behandlingsteam, nødvendigheten av et organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom tjenestenivåene, og behovet for å videreutvikle organisasjonsformene også i kommuner og regioner med mer spredt befolkning (kap 3.4.2.).

Det er de senere årene blitt etablert flere tiltak som tilbyr lavterskel substitusjonsbehandling og/eller helsetiltak. Bakgrunnen er behovet for å fange opp flere rusavhengige for å redusere helseskade og overdoser, samt fange opp personer som antas å dra nytte av substitusjonsbehandling. I tillegg kan denne typen lavterskeltiltak bidra til at brukerne oppretter kontakt med helse- og omsorgstjenestene, slik at de kan stabiliseres i en periode for avklaring av om LAR eller andre behandlingsformer er aktuell.

I Helse Sør-Øst er det etablert to slike tiltak, begge i Oslo. LASSO er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune overfor de mest hjelpetrengende rusavhengige, hvor hovedformålet er å redusere risiko for helseskade forårsaket av injeksjon av opioider. Ved Gatehospitalet som drives i regi av Frelsesarméen tilbys det medisinsk døgnpleie ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse, ved underernæring og fysiske utmattelse. Begge tiltakene er finansiert med særskilte tilskudd i hovedsak fra Helsedirektoratet.

Diskusjon

Overordna styringsdokumenter gir et entydig styringssignal om betydningen av styrket samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjenester. Dette følges opp i styringsdokumenter for rusfeltet, senest i den nylig vedtatte opptrappingsplanen.

Samarbeids/tjenesteavtalene er sentrale virkemidler i samhandlingsreformen. En gjennomgang av samarbeidsavtaler i HSØ viser at dette i all hovedsak er av overordna karakter og at det er store variasjoner i om det er inngått spesifikke tjenesteavtaler/underavtaler om samhandling mellom Helseforetakenes TSB-enheter og kommunene. Årsakene til dette kan være sammensatt, men en aktuell forklaring er at ansvaret for TSB i mange helseforetak er spredt på flere ledernivå og at en samlet faglig ledelse av fagområdet mangler.

De private samarbeidspartnere behandler pasienter fra kommuner i hele regionen. Konkrete samarbeidsavtaler mellom den enkelte private samarbeidspartner og alle regionens kommuner kan dermed fremstå som praktisk umulig. For de private samarbeidspartnerne kan det dermed være mest hensiktsmessig å forholde seg til en overordna samarbeidsavtale. Etter NK-TSBs vurdering er det verd å merke seg at et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen som formaliserte samarbeidsavtaler i begrensa grad synes å fungere som en reel styrking av de faglige rammebetingelsene for behandling av pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.

TSB skiller seg fra øvrig spesialisthelsetjeneste ved at både fastleger og sosialtjeneste kan henvise til behandling. Dette gjør at det er flere aktører som TSB må samarbeide med når pasientforløpene skal planlegges.

Fra kommunenes side kan det være krevende at det er flere instanser som har rett til å vurdere pasientens rettigheter ved at antall aktører en skal samarbeide med rundt pasientstrømmen blir høyt. Fra helseforetakenes side er det av stor betydning å ha oversikt over utviklingen i hele pasientpopulasjonen når tjenestene planlegges og dimensjoneres. I HSØ er det, i motsetning til i andre regioner, et ansvar TSB i helseforetakene deler med en rekke private institusjoner. Helseforetakene har det økonomiske ansvaret for pasientbehandlingen og har ansvar for at befolkningen i sitt opptaksområde har tilgang på gode spesialisthelsetjenester. Den enkelte pasient har rett til å velge hvor behandlingen skal skje. Det enkelte helseforetak har imidlertid ansvar sammen med kommunene på å dimensjonere og utvikle tjenestene i hele opptaksområdet. Feltet rapporterer at mange henvisninger er mangelfulle, og at pasientens behandlingsbehov og mulighet ofte ikke er tilfredsstillende utredet. Utredning av behandlingsbehov forutsetter helhetlig spesialistkompetanse i alle fagfelt (TSB, psykisk helsevern, somatikk) og er en basistjeneste i et helseforetak. Det er derfor særlig viktig at samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene er forutsigbart og at utviklingen speiler pasientpopulasjonens behov.

Individuell plan og epikriser er to andre virkemidler for å styrke samhandlingen mellom TSB og kommunene. Begge indikatorene monitorers jevnlig. Gjennomgang av faktisk tall viser imidlertid at

praksis i både TSB og kommuner må endres for at dette skal få en reel betydning for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer og myndighetskravene ivaretas for alle pasienter som har rett til hhv. individuell plan og epikrise.

Nasjonale styringsdokumenter påpeker betydningen av ulike samarbeidsmodeller som ACT-team, FACT-team og lavterskel substitusjonsbehandling. Evalueringer er positive, men det påpekes behov for å tilpasse modellene ut fra ulike lokale forhold. De ordinære faglige rammebetingelsene adresserer ikke hvordan dette utviklingsarbeidet skal skje. Det refereres også til enkelt modeller og forsøk som Housing first, Individuell jobb støtte og andre samarbeidsmodeller som i ulik grad er beskrevet, prøvd ut og evaluert. De økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen knyttet til utskrivningsklare pasienter innlagt i TSB vil tre i kraft tidligst i 2018. Det pågår en diskusjon om hvorvidt foreslåtte ordninger vil ha ønsket effekt spesielt problematiserer behovet for en *felles faglig forståelse* av hva en utskrivningsklar pasient i TSB er og hvilke prosesskrav for samhandling mellom TSB og kommuner som er effektive og om de bør settes inn i begynnelsen eller avslutningen av en døgninnleggelse i TSB.

Anbefalinger

- XV. De formelle samarbeidsavtalene mellom TSB og kommunene må konkretisere samarbeidstiltak for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.
- XVI. Alle helseforetak må etablere ambulante samarbeidsmodeller i nært samarbeid med kommunen i eget sykehusområdet. Det bør settes av stimuleringsmidler til dette i en oppstartsfase, før finansieringsansvaret gradvis overføres til de ordinære rammene til helseforetakene. Det må tilrettelegges for erfaringsdeling og kompetanseoverføring gjennom ulike læringsnettverk og læringsarenaer.

Samhandling i spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Bruk av rusmidler kan knyttes til en rekke skader og problemer. Bruk av alkohol blir rangert som nummer åtte av de viktigste risikoområdene i tapte leveår av Verdens helseorganisasjon (WHO). Det er påvist at alkohol er risikofaktor ved 60 vanlige sykdommer herunder en rekke ulike kreftformer og hjerte-karsykdommer. Iflg. SIRUS har 17 % av befolkningen i Norge et risikofylt alkoholbruk. Mest risikofylt drikking finner vi blant menn i alderen 16-50 år.

Med rusreform i 2004 ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling opprettet som et eget tjenesteområde likeverdig med somatikk og psykisk helsevern. Pasienter med rus- og avhengighetstilstander fikk samtidig pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Kravet til nivå på faglig kvalitet er den samme uavhengig av om pasientene får behandling for somatiske lidelser, psykiske lidelser eller rus- og avhengighetstilstander.

Det er dokumentert at pasienter med rus- og avhengighetstilstander oftere enn andre pasientgrupper har en overhyppighet av samtidige somatiske og psykiske problemer. Det er også dokumentert at pasienter i psykisk helsevern har en hyppig samtidighet av rus- og avhengighetstilstander (ROP-pasienter) og at for pasienter innlagt i somatiske avdelinger kan rus ha en direkte eller indirekte årsak til den somatiske sykdommen. Samhandling mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenestene er derfor en forutsetning for pasientbehandling av god kvalitet.

Nasjonale føringer

I tillegg til overordna føringer ved etablering av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling som eget tjenesteområde (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)) er behovet for samhandling *internt* i spesialisthelsetjenesten tema i en rekke overordna nasjonale føringer.

St. meld nr. 30 (2011 – 2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk og Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (Prop. 15 S (2015–2016)) setter samhandling på dagsorden.

Stortingsmeldingen har «Samhandling – tjenester som jobber sammen» som et prioritert målområde. Behovet for tettere samarbeid mellom TSB og øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten fremheves som et sentralt område,

Opptrappingsplanen på rusfeltet påpeker behovet for å styrke kompetansen om samtidige rusproblemer og psykiske lidelser og somatiske helseproblemer, og å etablere en helhetlige helse- og omsorgstjenester som fanger opp sammensatte lidelser på tvers av fagområder, representerer derfor en særlig utfordring.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) legger til grunn at fremtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. De fremheves også at Tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør integreres i strukturen av distriktpsykiatriske sentre når lokale forhold ligger til rette for det. Pasienter med øyeblikkelig behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal få det i helseforetaket.

Gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene er det stilt krav om å styrke kompetansen og kvaliteten i tilbudene i TSB. Det er også stilt krav om at alle pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, også skal vurderes med tanke på behov for andre tjenester i spesialisthelsetjenesten (St.Melding 30, (2011-2012))

Helsedirektoratet har gitt ut flere nasjonale faglige retningslinjer som setter faglige kvalitetskrav til tjenestene. Dette gjelder bl.a Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser (ROP-retningslinjen IS 1948), Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og Nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler (IS-2211). De nasjonale faglige retningslinjene understreker behovet for samhandling og tydeliggjør også ansvarsfordelingen mellom ulike tjenesteområder. Det er verd å merke seg at retningslinjene er pasientens retningslinje. I praksis betyr det pasienten har samme rett til behandling ved f.eks. avrusning uavhengig av om pasienten blir avrust i TSB, psykisk helsevern eller somatikk.

Regjeringen har igangsatt et arbeid med pakkeforløp for rusavhengige. Målet er mer forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende hvor bedre samhandling innad i spesialisthelsetjenesten inngår som en sentral ambisjon.

Status

Personer med rusproblemer har ofte svært sammensatte problemer og behov for tjenester og bistand fra en rekke ulike instanser i både kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Ofte får de dekket sine behov knyttet til sitt rusproblem, mens andre behov ikke nødvendigvis blir dekket. Dødeligheten blant mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer er høy og ubehandlede

somatiske lidelser er en viktig årsak til dette. Forventet levetid for mennesker med alvorlig psykisk lidelse- ofte i sammenheng med rusavhengighet – er omkring 20 år kortere enn for befolkningen for øvrig. Overdosetallene er fortsatt svært høye. 289 narkotikautløste dødsfall ble registrert blant bosatte i Norge i 2015. (SIRUS-rapport nr. 2/2015)

Det skjer en betydelig underdiagnostisering av rusproblemer hos pasienter innlagt i somatiske avdelinger. I Norge dør mer enn 650 personer av rusrelaterte sykdommer årlig. I tillegg dør mange av ulykker hvor rus er involvert. Rundt 5 200 mennesker innlegges ved somatiske sykehus for alkoholrelatert sykdom årlig (Tidsskrift Norsk Legeforening 2015; 135:127-31). Over 60 % av pasienter innlagt i døgnbehandling i TSB sier selv at de har fått for liten eller ingen hjelp med sine psykiske eller fysiske plager. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, PasOpp-rapport nr. 6 - 2014)

Opptappingsplanen (s. 23) for rusfeltet henviser til at tilsynsrapporter og evalueringer viser at tjenestetilbudet til personer med rusproblemer fortsatt er fragmentert og lite samordnet bl.a Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens Helsetilsyn og Rambø. Det har ikke lyktes NK-TSB å fremskaffe tall på hvor mange pasienter som henvises fra somatiske enheter til TSB.

TSB er organisert forskjellig i HF ene, ofte som en avdeling innenfor psykisk helsevern. I Norge har alle helseforetak har en avdeling/seksjon som tilbyr døgninnleggelse unntagen Sykehuset Telemark HF. I 6 helseforetak i HSØ er den polikliniske virksomheten organisert i DPS og dermed ikke sammen med TSB døgn. Bare i to helseforetak er all virksomhet i TSB, både døgn og poliklinikk, organisert sammen i en avdeling (Oslo universitetssykehus og Sørlandet sykehus HF).

Det er ingen automatikk i at retningslinjer omsettes til praksis. ROP-retningslinjen har i motsetning til andre nasjonale faglige retningslinjer, hatt en parallell implementeringsplan i arbeidet med implementering. Kommuner, helseforetak og regionale helseforetak har ansvar for å implementere retningslinjen til klinisk praksis. Det ble planlagt og gjennomført en parallell implementeringsplan delvis finansiert av Helsedirektoratet. Sentrale virkemidler i implementeringsplanen var en nasjonal GAP-undersøkelse. Nasjonal kompetansetjeneste ROP har hatt en nøkkelrolle i dette arbeidet. Den nasjonale GAP undersøkelsen (2011) viser at det var størst gap innenfor psykisk helsevern, stort gap når det gjelder utredningspraksis og integrert behandling. Det ble også kartlagt et stort behov for holdningsendring, informasjon og opplæring. Strategiene for å implementere ROP-retningslinja har inkludert nasjonale GAP-undersøkelser, kunnskap om implementering med fokus på tiltak for å styrke ledelse, utøvere og brukere slik at de kan ta et aktivt ansvar i lokalt forbedringsarbeid. Utarbeidelse av nettbaserte opplæringstiltak og verktøy har vært et sentralt element i dette arbeidet.

Det er ikke igangsatt tilsvarende offensive implementeringsstrategier i fht. de to nye retningslinjene på rusfeltet. Det er derfor ikke nasjonal kunnskap om status på praksis i forhold til disse to retningslinjene og heller ikke iverksatt nasjonale/regionale opplæringstiltak på helheten i retningslinjene utover det arbeidet Nasjonal kompetansetjeneste TSB gjør for å gjøre retningslinjen kjent og bidra med dybdeimplementering av enkelte anbefalinger. Det er også startet et arbeid med GAP undersøkelser som et samarbeid mellom NK-TSB og NK-ROP.

Samhandlingen mellom ruskompetanse og somatiske avdelinger kan ha avgjørende betydning for den enkeltes liv og helse. I oppdragsdokumentene til alle helseforetak for 2013 og 2014 skrev HOD at

det var et mål å: « *Etablere system ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og ev. henvise disse videre til tverrfaglig spesialisert behandling*»

Gjennom kompetansetjenestens prosjekt «Rus i kroppen?» har det også vært dialog med majoriteten av helseforetakene i Norge om hvordan somatiske sykehusavdelinger ivaretar pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Både underdiagnostisering av pasienter med bakenforliggende rus- og avhengighetsproblemer som årsak til innleggelsen i somatisk avdelinger, og behovet for sammenhengende behandlingstjenester for pasienter med samtidige rus og somatiske helseproblemer er vedvarende problemer. En kartlegging gjennomført i Oslo universitetssykehus viser at det i gjennomsnitt var en pasient som ble henvist fra somatisk avdeling til TSB-enhet i uka. Dette viser at mørketallene er store. Nye nasjonale faglige retningslinjer klargjør forventningene til innholdet og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenestene.

Etter NK-TSBs erfaring har organiseringen av samhandlingen mellom tjenestene både ved akutte og elektive behov har stor variasjon. Ingen av helseforetakene i Norge har samlokalisert akuttmottaket slik at pasienter får samordnet behandling uansett om behovet skal ivaretas av somatiske helsetjenester, psykisk helsevern eller TSB. Det er også store variasjoner i hvorvidt det er etablert liaison eller andre konsultasjonstjenester med rusfaglig kompetanse som server somatisk spesialisthelsetjeneste. Selv om nye faglige retningslinjer definerer faglige standarder på pasienter med rus- og avhengighetsproblemers rett til å få hjelp til plager for både somatiske og psykiske tilleggstilstander er det fortsatt store utfordringer for at den faglige praksisen skal være av god kvalitet uavhengig av om pasienten er innlagt i en TSB-enhet, en enhet i psykisk helsevern eller i somatisk helsetjenester.

Pasienter med langvarige og kroniske rus- og avhengighetstilstander får ofte sin behandling i en langtids døgninstitusjon. I HSØ er majoriteten av dette døgnstilbudet hos private samarbeidspartnere. I 2016 var fordelingen 730 private og 455 helseforetak. Som kapitelet om spesialistkompetanse viser er det fortsatt mange av tjenestene som har lav medisinsk faglig kompetanse tilstede ved tjenestene. Samhandling mellom de private aktørene og helseforetakene bør derfor forsterkes ved at konkrete pasientforløp og samhandlingsavtaler utvikles.

Diskusjon

Pasienter med rus- og avhengighetstilstander har ofte sammensatte lidelser som krever tett samhandling mellom de ulike fagområdene i TSB. De overordna nasjonale styringssignalene er tydelige på at dette er viktig. I praksis fremstår imidlertid organisering og manglende kunnskap som viktige årsaker til at det fortsatt er et betydelig gap mellom ambisjoner og faglig praksis. Den fremstår derfor som nødvendig med nye grep i de faglige rammebetingelsene for at slik samhandling skal skje i praksis. Pasienter som legges inn i somatiske avdelinger blir sjeldent kartlagt for sine rusvaner og blir i begrenset grad videre henvist til relevant behandling i TSB evt. kommunale tjenester.

Organisering av TSB innenfor to fagfelt (ulike avdelinger: PHV og TSB) bidrar til at fagfeltet TSB blir lite synlig i helseforetaksstrukturen og kan gjøre det vanskelig for pasienter/pårørende og samarbeidspartnere på kommunalt nivå å få oversikt over helseforetakets tilbud om utredning og behandling av rus- og avhengighetslidelser. Det samme gjelder for samarbeidspartnere innenfor øvrig spesialisthelsetjeneste, særlig vektlegges behovet for samhandling med somatisk spesialisthelsetjeneste og voksen psykisk helsevern. Det er derfor nødvendig å tydeliggjøre hvordan

pasienter med rus- og avhengighetsproblemer får ivaretatt sine behov for øyeblikkelig hjelp, utredes og behandles for sine rusproblemer.

Idealet er at all spesialisthelsetjeneste-behandling starter og slutter i poliklinikk. Organisering av TSB døgnet og TSB poliklinikk i to ulike avdelinger/klinikker kan skape utfordring for pasientflyt, overganger og samhandling i et pasientforløp og vanskeliggjøre oversikt over pasientgruppen gjennom rapportering og statistikk. Dette forsterkes ved et mangfold av private aktører som gir tilbud om både poliklinikk og døgnet. Mange TSB enheter referer til at det er krevende å få til gode pasientforløp internt i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt pasienters behov for sammensatte tjenester både når det gjelder ivaretagelse av akuttbehov og mer langsiktig koordinering av utredning og behandlingsbehov når det er behov for sammensatte tjenester fra både somatiske enheter og enheter i psykisk helsevern.

Nye faglige retningslinjer setter standarder for behandlingen av pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Retningslinjen fremstår som lite kjent i øvrig spesialisthelsetjeneste og konkretisering av samhandling, utredning og behandling er i for stor grad fraværende. Det bør derfor utvikles en egen satsing for å sikre at pasienter med somatiske helseproblemer og rus- og avhengighetsproblemer får behandling for sine helseproblemer.

Anbefalinger

- XVII. Pasienter innlagt i somatiske avdelinger må kartlegges for sine rusvaner. Dette bør monitoreres regelmessig.

Kompetansetjenester

Bakgrunn

Nasjonale kompetansetjenester

I 2004 (Rusreformen) ble deler av rusfeltet innlemmet i spesialisthelsetjenesten. Dette var i grove trekk en organisatorisk og strukturell reform. I forbindelse med reformen ble det ikke laget noen nasjonal kompetanseutviklingsplan med noen helhetlig faglig målsetning for feltet. I dag, 12 år etter, er som diskutert i tidligere kapittel tilbudene ulik organisert, har ulikt innhold, og kvaliteten er usikker da det ikke eksisterer noe nasjonalt kvalitetsregister for feltet.

For å møte noen av ovennevnte utfordringer, har man etablert nasjonale kompetansetjenester hvor hensikten er å sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning.

Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten har som oppgave å sørge for kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenestene, andre tjenesteytere og til pasienter og brukere. Videre er formålet med nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten «å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet.»

Hensikten med kapittelet er å beskrive hvilke kompetanstjenester som arbeider med rus- og avhengighetsproblematikk, og hvordan arbeidet bidrar til å heve kvaliteten på tjenestene.

Nasjonale kompetansetjenester

Det er et mål å sikre at kompetansen desentraliseres og spres i hele helsetjenesten, herunder til primærhelsetjenesten og andre tjenesteytere, brukerne og befolkningen. Nasjonale

kompetansetjenester skal også bidra til å sikre kvalitet gjennom kunnskap både om det *sjeldne og det nye* på kompetansesvake områder.

Utdrag fra Forskrift 1706

§ 4-6 Oppgaver for nasjonale kompetansetjenester

Nasjonale kompetansetjenester skal ivareta følgende oppgaver innenfor sitt ansvarsområdet:

- Bygge opp og formidle kompetanse
- Overvåke og formidle behandlingsresultater
- Delta i forskning og etablering av forskernettverk
- Bidra i relevant undervisning
- Sørgje for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere
- Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester
- Bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis
- Etablere faglige referansegrupper
- Rapportere årlig til departementet eller til det organ som departementet bestemmer

Nasjonal kompetansetjeneste TSB, NK-TSB

NK-TSB skal gi kunnskapsstøtte til å gjennomføre tverrfaglige spesialisert rusbehandling (TSB) av god kvalitet. Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Gjennom å formidle forskning og bygge faglige nettverk, skal kompetansetjenestene støtte helseforetakene og deres samarbeidsparter, utvikle behandlingsverktøy og yte annen kunnskapsstøtte gjennom en rekke prosjekter, som for eksempel steroider, somatikk og rus, gravide-nettverk, Drop-out, Feedback-verktøy mm.

Nasjonal kompetansetjeneste ROP, NK-ROP

ROP-tjenesten har som oppgave er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Tjenesten skal bistå spesialisthelsetjenesten og kommunene med kunnskap og metoder for å utføre kunnskapsbasert praksis når det gjelder ROP-lidelser. NK-ROP har eget undervisningstilbud som inkluderer et nasjonalt opplæringsprogram, med ROP-kurs og fordypningskurs, samt en årlig ROP-dag. De har også hatt en satsning på implementering av Nasjonal retningslinje ROP og evaluering av ACT/FACT team.

Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helse og rus, SANKS

SANKS ble i 2015 utvidet fra å ha ansvar for psykisk helsevern hos samiske pasienter til i tillegg å omfatte tverrfaglige spesialisert behandling for rusavhengige. Det ble gjort under forutsetning om at SANKS samarbeider med Nasjonal kompetansetjeneste for TSB.

Regionale Kompetansesentre, KoRUS

I tillegg til nasjonale kompetansetjenestene, finnes det sju regionale kompetansesentre. Kompetansesentrene har en litt annen rolle enn kompetansetjenestene. De er en del av Helsedirektoratets virksomhet, men er organisatorisk plassert under lokale helseforetak, kommunen eller private aktører. Kompetansesentrene skal rettes mot både kommunale og statlige tjenester, men har et særlig ansvar for innsatser i kommunene.

Hovedansvaret til kompetansesentrene er å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse samt iverksette og implementere statlige føringer på rusområdet. Det overordnede målet for KoRusene for tiden er å bidra til gjennomføring av målene i Samhandlingsreformen, oppfølging av Stortingsmeldingen på rusfeltet og Folkehelsemeldingen.

Diskusjon

For å utvikle fagfeltet videre er det viktig med en oppsummering av brukerkunnskapen, den kliniske kunnskapen og forskningen. Dette vil ha betydning for prioriteringer innenfor TSB både sentralt og lokalt. Det er vesentlig hvordan denne kunnskapen formidles til ledere, klinikere og pasienter slik at behandlingstilbudet generelt, og behandlingen for den enkelte pasienten kan matche behovet. Behandlingen skal være basert på gjeldende kunnskap. Det er betydelig ressurser avsatt til å arbeide med kompetanseutvikling overfor både kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenester som arbeider med pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Ved en samordning av disse ressursene vil man i større grad kunne rette innsatsen mot noen prioriterte områder, og nå hele forløpet fra kommunale tjenester til spesialisthelsetjenester og tilbake igjen til kommunen. Per i dag oppleves innsatsene i for stor grad fragmenterte og med en svak koordinering av arbeidet.

Anbefalinger

- XVIII. Det bør utarbeides en nasjonal kompetanseutviklingsplan for rusfeltets slik at innsatsen til fagutviklingen både fra oppdragsgivere og utførere (kompetansetjenester, kompetansesentre, forskningsentre, HF og private avtaleparter) rettes mot prioriterte områder.

Brukermedvirkning

Bakgrunn

Ved rusreformen i 2014 fikk pasienter med rus- og avhengighetsproblemer de samme pasientrettighetene som pasienter med somatiske og psykiske sykdommer. Rollen som pasient med rus og avhengighetsproblemer innebærer at brukeren har rett til å påvirke både på den konkrete behandlingen og utviklingen av tjenestene. Fremveksten av brukerorganisasjoner innenfor rusfeltet gjør også at brukeren har mulighet til å engasjere seg og la seg representere. Holdninger, tradisjoner og manglende kunnskap hos fagfolk og samfunnet til pasienters rett til medbestemmelse kan påvirke pasientens reelle mulighet for å medvirke i egen behandling og i praksis og kunne påvirke utviklingen av tjenestene. Hensikten med dette kapittelet er å beskrive nasjonale føringer og konkretisere hvordan brukermedvirkning ivaretas innenfor TSB på både system, tjeneste og individnivå.

Nasjonale føringer

Lovgivernes forventning om brukermedvirkning går fram både av helseforetaksloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Dette er faglige rammebetingelser som gjelder alle pasienter som mottar spesialisthelsetjenesten, også pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Pasienter har rett til å medvirke i egen behandling. Dette innebærer også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1). Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Helse Sør-Øst har vedtatt 13 overordnede prinsipper som skal være rådende for brukermedvirkning i regionen (2009) Brukermedvirkning gjelder både på system, tjeneste og individnivå. Å anvende pasient- og brukererfaringer er også en del av forståelsen av kvalitet i helsevesenet.

Nasjonal strategigruppe for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2010) anbefalte at «RHF og HF skal etablere brukerråd/brukerforum på alle relevante nivå innen 01.04.2011). Dette er en føring som gjentas i en rekke nasjonale styringsdokumenter. «Brukermedvirkning må sikres, både i forhold som gjelder den enkelte og på systemnivå» står det i Stortingsmelding 30 (2011-2012). I Opptrappingsplanen for rusfeltet (kapittel 3.2, 2016-2020) presiserer regjeringen at de vil «styrke brukermedvirkning på systemnivå ved økt bruk av personer med erfaringskompetanse og systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner». I oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helseforetakene ble det i 2014 gitt oppdrag om å «etablere brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak».

Det er innført ordning med fritt behandlingsvalg for pasienter i spesialisthelsetjeneste i Norge. Dette gjelder også for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Rettigheten gjelder både hvor henvisningen skal vurderes og hvor behandlingen skal gis. Det er begrensninger knyttet til øyeblikkelig hjelp og legemiddelassistert behandling. I tillegg til helseforetak og private aktører som har avtale med de regionale helseforetakene er det åpnet for at leverandører kan gjøre direkte avtale med Helfo.

I 2016 lanserte Helsedirektoratet nye nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og en nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende medikamenter hvor det er en rekke konkrete anbefalinger knyttet til brukermedvirkning på både system, tjeneste og individ nivå. Dette innebærer bl.a. at det bør gjennomføres systematisk og kontinuerlig tilbakemelding/evaluering av behandlingen, tilgang til brukerstyrte innleggelses, informasjon om muligheten til å delta i selvhjelpsgrupper, bruk av individuell plan, involvering av brukerrepresentanter i utvikling av kompetanseprogram, skriftlige rutiner og diskusjon om organisering av tjenestene.

Status

Alle regionale helseforetak og helseforetak har i dag brukerutvalg på overordnet nivå hvor minimum en representant er fra brukerorganisasjoner i rusfeltet deltar. Det har vært utenfor dette prosjektets rammer og gjøre en fullstendig analyse av hvilken innflytelse representantene i brukerråd har. En gjennomgang av referater og dialog med brukerrepresentantene i brukerråd viser imidlertid at det er store variasjoner i hvor vidt brukerrådet arbeider med mer overordna tema, eller om de arbeider med å forbedre det konkrete pasienttilbudet til pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.

For første gang ble det, av Nasjonal kompetansetjeneste TSB i 2014 i samarbeid med brukerorganisasjonen A-larm, gjennomført en nasjonal kartlegging om hvordan brukermedvirkning i praksis ble ivaretatt i helseforetak og hos private samarbeidspartnere som driver tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Rapporten «*Brukermedvirkning i TSB- en myte*» (2014)? -*En nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.*» (Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2016), kartlegger status og erfaringer blant ledere i TSB, både i helseforetak og private samarbeidspartnere.

Fokus for kartleggingen var

- Brukerråd
- Tillitsmannsordninger
- Brukerstyrte senger
- Selvhjelpsgrupper
- Likemannsarbeid
- Erfaringskonsulenter

Kartleggingen viste at en av fem ledere for rusbehandlingsenheter dvs. kun 21 prosent av TSB-enheter i Norge hadde brukerråd på dette tidspunktet, og et tilsvarende antall hadde planer om å opprette brukerråd i tråd med nasjonale anbefalinger. Årsakene til den lave prosentandelen var, i følge analysen, ofte knyttet til både *holdninger* – synliggjort med følgende uttalelser: «*Trengs det brukermedvirkning på vårt nivå?*», manglende kunnskap om *styringskrav* – «*Er det en forventning til at vi skal ha brukermedvirkning på vårt nivå?*»– og praktiske utfordringer- «*Er det tilgjengelige brukerrepresentanter som kan sitte i vårt brukerråd?*». De som hadde brukerråd da kartleggingen til NK- TSB fant sted, var imidlertid svært positive til ordningen, og erfarte at det ga positiv effekt på behandlingskvalitet og organisasjonsutvikling.

Mange av de som ikke hadde brukerråd (44 prosent), viste til at de hadde en form for tillitsvalgtordning. Når det gjelder brukerstyrte plasser var det 46 % av enhetene som har eller planlegger å opprette brukerstyrte senger, mens 33 % av enhetene hadde ansatt erfaringskonsulent.

Etter det vi erfarer finnes det ikke oppdaterte oversikter over hvilke behandlingssteder som har tilbud om brukerstyrt seng. Det fremkommer ikke på frittbehandlingsvalg.no. Den enkelte pasient eller henviser må derfor oppsøke det enkelte behandlingsted for å få denne informasjonen.

Det finnes en rekke bruker- og pårørende organisasjoner på rusfeltet. Det er imidlertid få som er landsdekkende med aktive lokallag over hele landet. Flere TSB-enheter rapporterer om utfordringer med å rekruttere brukerrepresentanter. Flere av brukerorganisasjonene er aktive og synlige politiske aktører. Selvhjelpsgrupper eksempelvis anonyme alkoholikere deltar imidlertid ikke i politikk eller tjenesteutvikling.

Det finnes heller ikke en nasjonal oversikt over antall erfaringskonsulenter i TSB. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse mener at det er tilsatt om lag 260 erfaringskonsulenter innenfor psykisk helsefeltet i Norge, men har ikke spesifikke tall for TSB. Dette senteret har utviklet flere ressurser for bruk ved ansettelse av brukere som håndbøker, tilbud om opplæring m.m. (www.erfaringskompetanse.no)

Fritt behandlingsvalg er en sentral brukerrettighet for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. Etter det vi erfarer er det ikke gjort systematiske analyser av hvor mange pasienter som benytter seg av retten til fritt behandlingsvalg og hvor i pasientforløpet denne retten brukes. Ut fra analyser gjort av pasientstrømmen i bl.a. Helse Sør-Øst vet vi imidlertid at det er til dels store variasjoner i forbruk hos de ulike private aktørene. Det er også variasjoner i hvilken grad pasienter behandles ved et annet helseforetak enn bostedsadresse skulle tilsi. Vi vet imidlertid ikke i hvilken grad det skyldes at pasienter bruker sin rett til å velge, eller om det er andre årsaker for eksempel henvisers preferanser. Det er p.t. fire aktører som har etablert seg som «fritt behandlingsvalgsinstitusjon» med avtale med HELFO. Det er kun to virksomheter som har startet drift slik at pasienter kan søke seg dit. Det er kun en aktør i Helse Sør-Østs opptaksområde som har søkt godkjenning. Denne er ikke i drift enda.

Diskusjon

Formelt har alle pasienter samme rettigheter til å medvirke i egen behandling uavhengig av type sykdom. I praksis er holdninger til pasienter med rus- og avhengighetsproblemer annerledes enn eksempelvis somatiske sykdommer. Tema som tabu, skam og skyld kan påvirke pasientens reelle mulighet til å medvirke i egen behandling og tilfriskningsprosess.

Brukermedvirkning er en lovbestemt rettighet både på system og tjenestenivå. Statusgjennomgangen viser at det fortsatt er en vei å gå om brukermedvirkningen skal bli reell på alle nivåer. På overordna systemnivå (helseforetakenes brukerutvalg) er det etablert brukerutvalg hvor representanter fra brukerorganisasjoner fra rusfeltet deltar. På lavere nivåer i helseforetakene og hos mange av de private aktørene er det fortsatt ikke etablert brukerutvalg eller andre former for brukermedvirkning i utviklingen av det konkrete tjenestetilbudet. Dette kan handle om både, manglende kunnskap om styringskrav og praktiske utfordringer.

Statusgjennomgangen viser også at det er et gap mellom nasjonale føringer knyttet til brukermedvirkning på tjeneste og individnivå. Ordninger som brukerstyrt seng, og erfaringskonsulenter inngår ikke som en del av det ordinære tjenestetilbudet i hele regionen selv om det er etablert hos enkelte helseforetak/private samarbeidspartnere. Årsaker til dette antas å være sammensatte; holdninger, økonomi og manglende kunnskap fremstår som hindringer.

Brukermedvirkning på individnivå knyttet til bruk av feedbackverktøy, rett til å bytte behandler, og bruk av individuell plan ivaretas heller ikke rutinemessig.

Anbefalinger

- XIX. Brukermedvirkning på system, tjeneste og individnivå må dokumenteres i alle TSB-enheter.
- XX. Det bør iverksettes systematisk evaluering og forskning på effekt av ulike former for brukermedvirkning.

Referanser:

1. http://www.ahus.no/omoss_/organisering_/Documents/Organisasjonskart-Ahus.pdf
2. http://www.ahus.no/fagfolk_/forskning_/Documents/Ahus_Forskningsstrategi_2012_2016.pdf
3. http://www.ahus.no/fagfolk_/forskning_/Documents/Ahus_Forskningsstrategi_2012_2016.pdf
4. <http://www.oslouniversitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Psykisk%20helse%20og%20avhengighet/Org%20kart%20Klinikk%20PHA%20pr%2019%2011%2015.pdf>
5. <http://www.helse-bergen.no/no/sok/Sider/results.aspx?k=organisasjonskart>
6. http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-divisjon/Documents/Organisasjonskart/Organisasjonskart_Psykiatrisk_divisjon_oppdatert_13.07.2015.pdf#search=organisasjonskart
7. <https://stolav.no/sok?k=organisasjonskart&Source=https%3A%2F%2Fstolav%2Eno%2F>
8. <http://data.stolav.no/Om-oss/Avdelinger/Hjerte--og-lungekirurgi/Publikasjoner/Forskningsstrategi/118299/>
9. <http://www.unn.no/organisasjonskart/category18147.html>
10. Helse Vest saksdokument 36/2015
11. <http://www.napha.no/content/13736/Ny-spesialisering-i-rus-og-avhengighet>
12. Utdanning.no 2014
13. Samdata Tabell 1.2 Årsverk i spesialisthelsetjenesten etter utdanning og sektor 2010-2014.
14. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-rusbehandling>
15. Helsedirektoratet, Norsk Pasientregister 2015
16. Helsetilsynets årsrapport 2015: Hovedtall s.12
17. Saksdokument 09/00732-306
18. Mld. St. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan, 2011-2015: 7
19. Rusreformen (2004)
20. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
21. Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020. Prop. 15 s. Helse- og omsorgsdepartementet.
22. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
23. <http://opptrappingsplanenrus.regjeringen.no/>.
24. Prop. 56 L forslag til lovvedtak. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
25. (fritt behandlingsvalg) 2014-2015
26. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009)
27. Forskriften om godkjenning av sykehus, § 3-1 «bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, 2010
28. Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten
29. Korttittel: Forskrift om godkjenning av sykehus m.m

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-tverrfaglig-3218>

31. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: sammensatte tjenester – samtidig behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948.
32. Helse- og omsorgsdepartementet. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Meld. St. 30 2011–2012
33. NK-TSB, uttalelser etter Utredningsnettverk v/ Espen Arnevik Høsbjørg 09.05.2016
34. SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2015 IS- 2485 s. 55
35. <https://www.helsetilsynet.no/>
36. <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse>
37. Norsk pasienterstatning (NPE) NPEs rapport for regionale helseforetak. Statistikk for femårsperioden 2011-2015.
38. Mld. nr. 47 Samhandlingsreformen Samhandlingsreformen, nasjonal veileder - samarbeidsavtaler, s. 3
39. Forskrift om individuell plan § 6
40. Veileder til forskrift om individuell plan IS-1253, 2010,
41. Verdens helseorganisasjon (WHO) (2013): det globale sykdomsbyrdeprosjektet. (GBD2010)
42. Langåas, A.M («=!å):Kombibide lidelser ved rusmiddelavhengighet må behandles. Nr. 9-13. mai 2014.
43. Wahlbeck,K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcome of Nordic mental health system: life expectancy of patients with mental disorders. BR J Psychiatry 2011:199:453-8.
44. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020. Prop. 15 S
45. Mee-Lee, D, Shulman, GD, Fishman, M, Gastfriend, DR, & Griffith, JH. ASAM PPC-2R. ASAM Patient Placement Criteria for the treatment of Substance-Related Disorders. 1991. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc.
46. Stallvik, M. & Gastfriend, David R. (2014). Predictive and convergent validity of the ASAM criteria software in Norway. Addiction Research and Theory, 22(6), 515-523, 10.3109/16066359.2014.910512