

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til lederen av kompetansetjenesten

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB)
Lokalisering:	Oslo universitetssykehus, Gaustad. Bygg 6
Tjenestens innhold og organisering	
1. Gi en kort beskrivelse av organisering og bemanning av tjenesten. Tjenesten er organisert som en seksjon i Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Tjenesten er dermed en del av et klinisk universitetsforankret miljø. Tjenesten har en basisbemanning som er fast ansatte, i tillegg til medarbeidere ansatt på eksternt finansierte prosjekter. Grunnbevilgningen fra HSØ finansierer 3,4 årsverk Tilleggsfinansiering fra Oslo universitetssykehus finansierer 2,2 årsverk Eksternt finansierte stillinger til fag- og kompetanseutvikling finansierer p.t. 6 årsverk Eksternt finansierte forskningsprosjekter omfatter p.t. 3 årsverk	
2. Angi en prosentvis fordeling mellom tjenestens viktigste oppgaver. Vektningen av hvordan de ulike oppgavene, slik de er skissert i Veileder til Forskrift nr 1706 av 17.desember 2010 er avhengig av finansieringen se vedlegg A for illustrasjon. Oppdraget løses gjennom prosjekt organisering med deling i følgende tre hovedgrupper: forskningsprosjekter (primært på forskningssvake områder), fag- og kompetanseutviklingsprosjekter (der kunnskapen finnes. men ikke har nådd praksisfeltet)	

og nasjonale nettverk (der kunnskapen har nådd praksisfeltet ulikt). Implementering av nasjonale faglige retningslinjer er et fokus i opplæringsaktiviteter og kommunikasjonsstiltak i de ulike prosjektene/nettverkene, i tillegg til å være et eget prosjekt.

Grunnfinansieringen fra Helse Sør-Øst (HSØ) gjør at vi kan arbeide med mindre fag- og kompetanseutviklingsprosjekter (eks. Asperger og rus), implementering (gjøre Nasjonale faglige retningslinjer kjent) og kompetansespredning gjennom nettverk (som forskningsnettverk, ledernetttverk), samt egen nettside (etablering av TSB.no). Vi klarer også til en viss grad å overvåke behandlingsresultatene (LAR-statusundersøkelse).

Ved hjelp av finansieringen fra Oslo Universitetssykehus (OUS) kan vi styrke kompetanseformidlingen (videreutvikle tsb.no til en portalløsning) styrke opplærings- og implementeringsarbeidet (utvikle e-læring, arrangere større fagkonferansen som LAR konferansen) og overvåke av behandlingsresultater (oversikt over henvisningspraksis og rettighetsvurderinger i TSB (Rett og frist prosjektet).

Ekstern prosjektstøtte gjør det mulig å etablere større utviklingsprosjekter som Steroideprosjektet, Hindre drop-out fra rusbehandling og drifte nasjonale nettverk som Familienettverket.

Ekstern finansiering til forskning gjør det mulig å etablere større nasjonale forskningsprosjekter som Anabole androgene steroider og hjernen.

Bredden i oppgavespekteret og utfordringene i fagfeltet TSB er krevende å utføre ved hjelp av de tilgjengelige økonomiske ressurser vi rår over. Vi har derfor i perioden fremmet søknader til HSØ om både økt basisfinansiering og styrket prosjektfinansiering. Søknadene har i all hovedsak ikke blitt imøtekommet. Søknader til øvrige regionale helseforetak er i begrenset grad imøtekommet. Helsedirektoratet har ikke bidratt med finansiell støtte til NK-TSB. Etter vår vurdering kreves det en tilleggsbevilgning på 17,4 MNOK fordelt på HSØ, OUS og eksterne forskningsmidler for å kunne ivareta hele oppgavespekteret på en tilfredstillende måte. Se vedlegg A.

3. Inngår nasjonal pasientbehandling som en del av tjenesten? (ja/nei – dersom svaret er ja – beskriv behandlingstiltak)

Nei

Kompetansespredning

4. Beskriv den primære målgruppen for tjenestens virksomhet knyttet til veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning?

Vår primære målgruppe er i utgangspunktet klinikere i TSB.

TSB er et relativt ungt fag (etablert ved rusreformen i 2004). Det er nå etablert muligheter for spesialisering for de ulike fagområdene. Rusmedisin er relativt nyetablert (Vedtatt opprettet av Stortinget i 2012). Første rusmedisinere ble godkjent i mai 2015. Arbeidet med å få opp et tilstrekkelig antall utdanningsinstitusjoner og spesialister foregår fortsatt.

Andelen spesialister i rus- og avhengighetsbehandling er fortsatt lavt. 30 % av arbeidstakerne i TSB er uten formell kompetanse (Samdata 2014). NK-TSB har god erfaring

med å samarbeide aktivt med både forskere og brukere for å styrke klinikerens arbeid i TSB. Selv om primærmålgruppa er klinikere har vi likevel formulert målsetningen: "Sammen med brukere, klinikere og forskere skal Nasjonal kompetansetjeneste TSB bidra til å heve kvaliteten på helhetlige tjenester". Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skiller seg fra øvrig spesialisthelsetjeneste ved at det stilles særlig krav til tverrfaglighet i tjenestene. Dette innebærer at NAV og fastleger m.fl har rett til å henvise pasienter til TSB og at alle vurderinger av henvisninger skal gjøres med tverrfaglig kompetanse (medisinsk, psykologisk og sosialfaglig).

Rus- og avhengighetstilstander er ofte komplekse tilstander som krever langvarig innsats fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Pasientene har behov for samtidig behandling fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i tillegg til langvarig bistand fra kommunenes helse- og sosialtjenester. Kunnskap om rus- og avhengighetstilstander og behandling er på mange områder begrenset, noe som forsterkes av holdninger (skam og tabu).

Dette får konsekvenser for NK-TSBs arbeid for å nå svært brede og ulike målgrupper.

Dette gjelder f.eks Somatisk helse og rus og Steroideprosjektet. Der ser vi at forutsetningen for at våre pasienter får god kvalitet på behandlingen, er at personell fra kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten blir tilført kompetanse. Kommunalt ansatte er derfor også sentral målgruppe i disse prosjektene.

NK-TSB gjør en konkret vurdering i våre ulike prosjekter og nettverk i hvilken grad aktiviteter og opplæringsmateriell skal tilpasses øvrige målgrupper.

Svakhetene i faglige rammebetingelsene for fagutøvelsen kommer også til uttrykk i at rus- og avhengighetsbehandling i begrenset grad er tema i grunn, etter- og videreutdanning (NK-TSB, Rapport Faglige rammer 2016). Vi må derfor også bidra mer på grunnkunnskap enn hva som er tilfelle i mer etablerte fagområder.

NK-TSB prioriterer også å formidle utfordringer i feltet i bl.a høringsuttalelser. Tema som kompetansebehov for fremtidige klinikere inngår som en del av dette arbeidet.

Pasienter og pårørende brukes som aktive endringsageneter i arbeid med bl.a implementering av retningslinjer og i formidling av kompetanse. Etter kompetansetjenestens erfaring er formidling av pasienterfaringer et viktig virkemiddel for å formidle kompetanse i både eget og andres fagfelt.

5. Beskriv hvilke virkemidler tjenesten benytter for å nå denne målgruppen. Det bes om at plan for kompetansespredning legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 1.

I tillegg til virksomhetens egen strategi har vi kommunikasjons- og opplæringsstrategier. Strategien setter rammer med konkretiserer også hvilke kompetansespredningstiltak vi bruker i vårt arbeid. Alle fag- og kompetanseutviklingsprosjekter og nasjonale nettverk har også egne prosjektplaner som inkluderer ulike opplærings- og kommunikasjonstiltak. På den måten skreddersys kompetansesprednings- og implementeringstiltak til det enkeltes prosjekts målsetninger. Alle forskningsprosjektene har også prosjektbeskrivelser som

presenterer målsetninger, vitenskapelige metoder og fremdrift samt klargjør formelle rammer for forskningsprosjektet (REK godkjenninger m.v).

Et felles virkemiddel i alle prosjekter er at vi bruker nettsiden www.tsb.no til formidling og kompetansespredning. Området er under kontinuerlig utvikling og har hatt en jevn økning av både antall sider og unike sidevisninger siden oppstart. Facebook brukes til å understøtte aktiviteten på www.tsb.no. Youtube og Vimeo brukes som kanal for undervisningsfilmer. Vi har foreløpig utviklet to egne e-læringsprogrammer og gjort dem tilgjengelig på alle regionale helseforetaks læringsportaler og KS læringsportal, i tillegg til tsb.no. Styrken med tiltak på ulike digitale flater er at det gir mulighet til lik tilgang fra hele landet og muliggjør en bredde av pedagogiske tilnærminger i møte med den enkelte kliniker/TSB-miljø.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB arrangerer jevnlig praksisnære arbeidsseminarer/nettverksamlinger hvor klinikere fra hele landet får mulighet til erfaringsutveksling og felles læring. Brukerkunnskap og forskning er alltid et tema på disse samlingene. For å styrke nettverkene sendes det ut regelmessige og målretta nyhetsbrev til hhv familienettverket og ledernetverket. Gjennom å skreddersy informasjon er målsetningen at mottakere av nyhetsbrevene skal oppleve høy grad av relevans i formidling av kunnskap.

I flere av prosjektene brukes virkemiddelet "tren treneren" for å gjøre lokale trenere/veiledere i stand til å implementere kunnskapen lokalt. Det er den enkelte TSB-enhet som har ansvar for å ta kunnskapen i bruk lokalt, mens NK-TSB oppdrag er å tilgjengeliggjøre kunnskapen og gjøre lokale trenere i stand til å ta kunnskapen i bruk. Vårt utgangspunkt er at oppdraget vårt ikke er avsluttet før kunnskapen er tatt i bruk.

Forskning

6. Gi en kort beskrivelse av tjenestens forskningsvirksomhet og i hvilken grad dette involverer kliniske fagmiljø i andre helseregioner.

Nasjonal kompetansetjeneste TBS er involvert i en rekke forskningsprosjekter enten ved at vi driver dem selv eller ved at vi deltar i forskningsprosjekter i regi av andre fagmiljøer. De kliniske miljøene involveres på ulike stadier i forskningen avhengig av behov og muligheter i det enkelte prosjekt.

NK-TSBs største forskningsprosjektet er knyttet til bruk av anabole androgene steroider. Parallelt med den eksterne finansierte forskningen er det også etablert et eget fag- og kompetanseutviklingsprosjekt: Steroideprosjektet. Dette gir en mulighet til nær samhandling mellom forskning- og kompetanseutvikling/spredning. Alle helseregionene får mulighet til å bidra med forskningsdata samtidig som de får tilbud om kompetanseutvikling (tilgang på opplæringsmatriell, arbeidsseminarer, kurs og veiledning).

Statusundersøkelsen LAR er et samarbeidsprosjekt mellom Senter for rus- og

avhengighetsforskning, alle LAR-poliklinikker i Norge og NK-TSB. Både innsamling og tolkning av data diskuteres aktivt på nettverksmøte blant deltagere fra alle LAR-poliklinikkene i Norge og involverer på den måten kliniske fagmiljøer i alle helseregioner.

Arbeidet med å fremskaffe en nasjonal oversikt over praksis på vurderinger av henvisninger til TSB drives fram av en prosjektgruppe med deltagere fra alle landets helseregioner. Alle vurderingsinstanser i Norge ble først invitert til regionale arbeidsseminarer, og så til et nasjonalt arbeidsseminar, hvor målet er å kartlegge praksis på henvisningene og bidra til å redusere uønska varians. Arbeidet oppsummeres i et eget forskningsprosjekt.

Nasjonal kompetansetjeneste bidrar også i en rekke større og mindre forskningsprosjekter (se årsrapport for 2017 for oppdatert oversikt). Rollen varierer fra å veilede artikkelforfattere, til å bidra med "å kople" ulike forskningsmiljøer til å være medforfatter på artikler.

Dokumenterte resultater av tjenestens virksomhet

7. Gi en kort beskrivelse av de dokumentasjonssystemer/verktøy som tjenesten benytter for å overvåke resultater av utredning og behandling og effekt av tjenestens virksomhet (se Veilederen s. 16 + 17 - §4-6)

Tjenesten bruker ulike systemer for å overvåke resultater av utredning og behandling i TSB. I dette arbeidet inngår både langsiktige satsinger som utvikling av et nasjonalt kvalitetsregister, konkrete dokumentasjonssystemer knyttet til LAR-populasjonen (LAR-statusundersøkelsen) og oversikt over henvisningspraksis til TSB og forarbeid med Helseatlas. Overvåking av egne prosjekter og øvrig aktivitet foregår regelmessig

Utvikling av helseregistre er en viktig og langsiktig satsing for utviklingen av fagfeltet TSB. Helse Stavanger v/KORFOR arbeider med å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler. NK-TSB leder referansegruppen for etablering av det nasjonale kvalitetsregisteret. Dette er en viktig, men krevende satsing. Spesielt fordi organisering av TSB er svært ulik, tekniske løsninger på pasientsadministrative systemer/kvalitetssystemer er forskjellige og erfaringen med å bidra med å samle inn forskningsdata er begrenset i fagfeltet. Arbeidet med forankring i både det nasjonale forskningsnettverket og nasjonalt TSB-ledernettsverk, vil være viktige virkemidler når registeret skal implementeres.

LAR-statusundersøkelsen er en årlig undersøkelse som gjennomføres i samarbeid med Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitet i Oslo, og alle landets poliklinikker som tilbyr LAR-behandling. Dette er en årlig evaluering som bygger på rapportering om antall i behandling, sammen med en status for hver enkelt pasient av de vel 7000 pasientene som er i behandling. Rapportene viser utviklingen hos pasientpopulasjonene og forskjeller mellom poliklinikkene og de ulike regionene og er et grunnlag for å vurdere utviklingen hos denne delen av pasientpopulasjonen. Rapportene diskuteres med ledere/klinikere (LAR-nettverket) som grunnlag for samordning, endringsmål og forbedringer. Det er ikke mange land det er naturlig å sammenligne seg

med, som har et system med en årlig statusrapport for LAR. Gjennom det systematiske arbeidet som er gjort i Norge de siste årene er vi i en relativt god posisjon til å dokumentere og evaluere utviklingen i LAR-behandling. Det er imidlertid et forbedrings potensiale ved å samordne pasientinformasjonen med andre datakilder, først og fremst det kommende nasjonale kvalitetsregisteret.

Gjennom prosjektet Rett og frist bruker vi data fra Norsk pasientregister for å få oversikt over henvisningspraksis i tjenestene, samtidig som vi bidrar til harmonisering av vurderingspraksis gjennom praksisnære arbeidsseminarer. Også i andre prosjekter arbeider vi med å få oversikt over utviklingen av tjenestene. Prinsipielt ønsker vi at tjenestene skal benytte seg av ordinære rapporteringssystemer til Norsk pasientregister (NPR). Eksempler på dette er at vi gjennom Steroideprosjektet har bidratt til at NPR nå etterspør hvor mange pasienter som har brukt AAS, og at vi i prosjektet Hindre drop-out fra rusbehandling har bidratt til å sette kvalitetsvariablen Drop-out på dagsorden.

NK-TSB har også et forprosjekt på å etablere et Helseatlas i TSB. Dette er tenkt som et interaktivt Norgeskart, et faktaark og en rapport som beskriver metodene i TSB, og som gir mer informasjon om pasientene. Det vil gi en visuell fremstilling av forskjeller i hvordan TSB fordeler seg i landet og kan vise overforbruk eller eventuelle underforbruk av behandlingstjenester. Det overordnede målet for helseatlas er at pasientene skal få likeverdige tjenester med god kvalitet, i tillegg til å hindre unødig ressursforbruk. SKDE, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering ved Helse Nord RHF, har utarbeidet verktøyet. Analysene av tallene fra Helseatlas kan bidra til å gi mer kunnskapsbaserte diskusjoner i fagmiljøet. Det kan videre bringe oss nærmere hva som er beste praksis. Sammen med Kvalitetsregistrert, er Helseatlas, langsiktige strategiske satsinger som vil gi bidrag i å kunne overvåke tjenestene på en effektiv måte

Når det gjelder overvåking av effekt av kompetansetjenestens egne prosjekter og aktiviteter er utgangspunktet vårt at kompetansetjenestens oppdrag ikke er avsluttet før kunnskapen er tatt i bruk. Dette fordrer aktive opplærings- og kommunikasjonstiltak. Vi overvåker om aktivitetene reelt sett når deltagere fra hele landet. Vi ser at undervisningsaktiviteter/arbeidsseminarer/nettverksmøter i hovedsak har en spredning i tråd med fordeling av pasienter/klinikere i TSB. Når det gjelder formelle veilederavtaler (master/Phd) er imidlertid HSØ overrepresentert. Trafikken av www.tsb.no, facebook og vår Youtube kanal monitoreres regelmessig. Det gjøres også bruk av e-læringen.

Styrken med NK-TSB prosjekter og nettverk er en portefølge som bidrar til en samlet kunnskapsutvikling i feltet. Prosjektene har prosjektplaner med konkrete målsetninger, milepæler og aktiviteter. Fremdrift og resultater følges opp gjennom regelmessige trafikklysskåring av tid, kostnader og kvalitetsutvikling i prosjektene og en samlet gjennomgang av portefølgen. På den måten sikres koordinering av aktiviteter og fokus på resultater. Flere av prosjektene og nettverkene gjennomføres i samarbeid med andre aktører. Vår erfaring er at prosjektarbeidsformen, nettverk og praksisnære arbeidsseminarer på en god måte bidrar til kunnskapsdeling. Kompetansetjenesten hovedmål "Å kople kunnskap" er fortsatt like aktuell.

8. Gi en oppsummert beskrivelse av hvilke resultater tjenesten har oppnådd (se Veilederen s. 17). Det bes om at dokumentasjon for oppnådde resultater vedlegges og merkes vedlegg 2. Dersom det vises til dokumentasjon som er publisert, kan det benyttes referanse til hvor relevant dokumentasjon er tilgjengelig.

Den overordna målsetningen for NK-TSB er å bidra til god kvaliteten på TSB og at tjenestene er likeverdige for alle pasienter i hele landet. NK- TSB arbeider derfor med å fremme et kunnskapsgrunnlag for TSB på basis av pasienterfaringer, klinisk praksis og forskning. En forutsetning for at kunnskapsleveransen skal føre til hevet kvalitet i behandlingen er at vi stimulerer til bruk av kunnskapen, samt sikrer at den når fram til tjenestestedene og oppleves relevant.

Kvaliteten på tjenestene bør, på samme måte som kvaliteten på pasientbehandlingen, beskrives bredt både hva angår struktur (rammer og ressurser), prosess og resultater/effekt av tiltakene (Schaub og Uchtenhagen 2013)

Kompetansetjenesten er organisert i et klinisk universitetsforankret behandlingsmiljø i Oslo universitetssykehus. Både klinikkforankringen og universitetsforankringen vurderes som sentrale rammebetingelser for å kunne yte relevante tjenester for fagfeltet. Kompetansetjenestens strategi om å "kople kunnskap" er førende i alle prosjekter og nettverk og er en struktur som vi gjennomgående får gode tilbakemeldinger på. Det er imidlertid en utfordring å sikre tilstrekkelig bredde i prosjektene slik at hele TSB-feltet blir dekket. NK-TSB har i vår prosjektportefølge prosjekter på områder hvor vi ikke har nok kunnskap (forskningsprosjekter), områder hvor vi har kunnskap men hvor den ikke har nådd praksisfeltet (implementeringsprosjekter) og prosjekter hvor deler av tjenesten har etablert en praksis men utøver den ulikt (nettverksprosjekter). NK-TSB har etablert en struktur som tilrettelegger for hele bredden i tjenestens kunnskapsutfordring kan dekkes. Realiseringen av dette innebærer imidlertid behov for økt finansiering og et enda tettere samarbeid med de kliniske miljøene. Oppnådde resultater målt ved struktur variabler vurderes dermed som god.

Når det gjelder prosessen har vi valgt arbeidsmetoder som bidrar til erfaringsutveksling på praksisnære måter. Deltagere på arbeidsseminarer, nettverksamlinger og konferanser blir invitert til å gi tilbakemelding på samlingene. Kompetansetjenesten evaluerer også sammensetning av deltagere for om nødvendig å komme med korrigerende tiltak for å sikre deltagelse i fra hele landet. Analyser av aktivitetene viser at vi i hovedsak har en geografisk profil i tråd med geografisk fordeling av pasienter/klinikere.

Antall arrangementer har økt jevnt gjennom hele driftsperioden. Fra 3 arbeidsseminarer første driftsår, til 20 arbeidsseminar (flere over 2 dager) i 2017. Utredningsnettverket og Familienettverket har hatt regelmessige nettverksamlinger gjennom de siste 2-3 årene. Forskernettverket møtes til erfaringsutveksling flere ganger årlig gjennom hele perioden. TSB-ledernettverket arrangerte den første nasjonale TSB-lederkonferansen i 2017 og har 12 nettverksgrupper som møtes jevnlig gjennom året.

Andelen veiledningstimer og samarbeidsmøter følger samme utvikling. Samlet har kompetansetjenesten utgitt 36 høringsuttalelser i de første driftsårene. Den vitenskapelige produksjonen til tjenesten er økt gjennom perioden i tråd med at vi har lyktes med å få til ekstern

forskningsfinansiering. Vi bidrar med akademisk veiledning både til masterstudenter og Phd stipendiater. Siste året har vi også lyktes i å få på plass ekstern finansiering til kompetansetjenestens første stipendiat og post-doc.

Faglige resultater i de enkelte prosjekter presenterer i ulike formater.

Brukermedvirkningsprosjektet er oppsummert i Skriftserie 1/2014 og Hindre drop-out fra rusbehandling er oppsummert i Skriftserie 2/2016. National Institute on Drug Abuse's (NIDA) publikasjon "Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge er oversatt, tilpasset til norsk og gjort tilgjengelig på www.tsb.no. Oppsummeringsrapporten "Faglige rammer for TSB" er oversendt HSØ, mens kunnskapsstatus om nedtrapping fra metadon eller buprenorfin er oversendt Helsedirektoratet. Steroideprosjektet har levert en "midtveisevaluering" som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet, mens tilsvarende dokument for prosjektet Hindre drop-out fra rusbehandling er oversendt de regionale helseforetakene. Mange av prosjektene har også andre resultater knyttet til bidrag til kompetanseoppbygging eller erfaringsutveksling. NK-TSB har utviklet to e-læringsprogrammer og har totalt publisert 61 filmer på youtube/Vimeo. Vi har også laget sjekklistor (Hindre drop-out fra rusbehandling) og Håndbok i behandling av personer som bruker anabole androgene steroider som er tilgjengelig både på papir og nett. E-læring, filmer og annet opplæringsmatriell er tilgjengelig for klinikere i både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Nettstedet www.tsb.no og andre digitale flater viser hyppig bruk. Vi har gjennom våre første driftsår hatt en stadig utvikling og vekst på både antall sider som er tilgjengelig og hvor mange besøk vi har på disse sidene. Oppnådde resultater målt ved prosessvariabler vurderes som svært god.

Når det gjelder effekt av tiltakene i kompetansetjenestens virksomhet vil det måles i om pasientene får bedre pasienttilbud. Dette er et krevende mål som det enkelte prosjekt kun i begrenset grad kan bidra til som en del av en kompleks sammenheng. Forutsetningen for å måle er et nasjonalt kvalitetsregister. Dette er en av grunnen til at det langsiktige strategiske arbeidet med å utvikle et nasjonalt kvalitetsregister har hatt prioritet gjennom hele perioden.

9. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle helseregionene.

Alle kompetansetjenestens prosjekter, nettverk og øvrige tiltak har klinikere i hele landet som målgruppe. Vi prioriterer arbeid gjennom ulike digitale plattformer som www.tsb.no, Youtube/Vimeo og E-læring. Fordelen med å bruke slike plattformer er at de sikrer lik tilgang uavhengig av geografi. Vi følger egne aktiviteter gjennom månedlige trafikklysmålinger hvor alle aktiviteter måles på tid, kost og kvalitet, herunder at geografisk fordeling er i tråd med nasjonale føringer for kompetansetjenestene om lik tilgang for hele landet.

Vårt oppdrag er imidlertid ikke avsluttet før kunnskapen er tatt i bruk i tjenestene. Den enkelte TSB-enhet har ansvaret for å implementere kunnskap, men vi understøtter implementeringsprosessene med hjelp av ulike virkemidler som tsb.no og læremidler, men også ved å styrke de som har det lokale implementeringsansvaret f.eks med å ta i bruk nasjonale faglige retningslinjer (Implementeringsprosjektet), ta i bruk feedbackverktøy (Hindre drop-out prosjektet) eller behandle mennesker som har helseskadelig bruk av

anabole androgenere steroider (Steroideprosjektet)

Vi bruker flere ulike virkemidler for å understøtte det lokale arbeidet i alle helseregioner.

- Tren trenere! Hvor lokale klinikere får opplæring og tilgang på opplæringsmateriell i eksempelvis feedbackverktøy for å lære opp klinikere lokalt.
- Opplæring av lokale implementeringsteam. Team bestående av klinikere, fagutviklere/ledere og brukere får opplæring og tilgang på opplæringsmateriell for å igangsette lokalt implementeringsarbeid av f.eks nasjonale faglige retningslinjer.
- Nettbasert opplæringstiltak, e-læring og video er virkemidler som kan brukes kostandsfritt i hele landet.
- Læringsnettverk hvor ulike kliniske miljøer formidler og lærer av hverandres erfaringer f.eks i Familienettverket.

10. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig (se Veilederen s. 15 + 16). Legg ved dokumentasjon for behov og en tidsplan for gjennomføring. Det bes om at dokumentasjonen legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 3.

Rus - og avhengighetstilstander er en av de viktigste årsakene til tapte levekår i den vestelige verden. Det finnes en rekke nasjonale styringsdokumenter som synliggjør at mennesker med rus- og avhengighetsproblemer ikke får adekvat helsehjelp. Dette var bakgrunnen for at Stortinget vedtok en rusreform hvor spesialisthelsetjenesten fra 2004 fikk ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det ble forutsatt at tjenestene skulle ha samme kvalitet som både somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern. Det tar imidlertid tid å bygge opp kvalitet og kapasitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er godt dokumentert at tjenestene fortsatt ikke har tilstrekkelig kvalitet. Nasjonal helse- og omsorgsplan, Stortingsmelding 30 (2012), Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, Opptappingsplanen for rusfeltet, Årlige Samdatarapporter og nasjonale kvalitetsindikatorer (helsenorge.no) er relevante kilder.

Det er gjort flere tiltak for å heve kvaliteten på tjenestene. Helsedirektoratet har utgitt Nasjonale faglige retningslinjer for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler (IS-2211) og Nasjonal faglig retningslinje for utredning, rehabilitering og behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet (IS -2219). Feltet er nå dekket av nasjonale faglige retningslinjer. Det gjenstår imidlertid fortsatt et betydelig arbeid for at retningslinjene er kjent og tatt i bruk.

Det er etablert flere nasjonale faglige kvalitetsindikatorer. Kvaliteten på rapporteringene er imidlertid begrenset. Forslaget til etablering av et nasjonalt kvalitetsregister er i slutfase, men etter etableringen gjenstår et betydelig implementeringsarbeid.

Stortingets vedtak om Samhandlingsreform og Opptappingsplan for rusfeltet, samt tilbakemeldinger fra brukere og pasienter, setter fokus på behov for sammenhengende pasientforløp. Helsedirektoratet arbeider med pakkeforløp for å styrke logistikken rundt det enkelte pasientforløp.

Rusmedisin er etablert som egen spesialitet. I tillegg til allerede etablerte spesialiseringsmuligheter for psykologer og personell med treårig helse- og sosialfag. Mulighetene for å få et tilstrekkelig antall spesialister i TSB er nå etablert. Andelen spesialister er i midlertid fortsatt få og ulikt fordelt i landet. Andelen uten formell kompetanse er fortsatt høyt (Samdata 2014). Brukerkompetanse er i ulik grad tatt i bruk både på system, tjeneste og individnivå (NK-TSB. Skriftserie 1/2014)

Det er en egen opptappingsplan for rusfeltet som skal styrke tjenestene til personer med ruslidelser spesielt i kommunene.

Regjeringen har i sine årlige oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene i flere år hatt en såkalt "gylden regel" som innebærer at veksten i psykisk helsevern og rus skal være større enn somatikk på region nivå.

Regjeringen Solberg har ved ny regjeringsplattform (Jeløyaplattformen) varslet en rusreform hvor mennesker med rusproblemer skal behandles for sine helseproblemer og ikke som kriminelle. Dette vil kunne medføre store endringer for tilbudet i TSB.

NK-TSB har gjennom de første driftsårene synliggjort forskjeller i praksisfeltet. Gode faglige rammer for TSB er en forutsetning for at pasientene får tilgang til likeverdige og kunnskapsbaserte spesialisthelsetjenester, uansett hvor de bor i landet. Gode faglige rammer betyr at tjenestene er kvalitetssikret både i helseforetakene og hos de private samarbeidspartnerne, og ikke minst at det bygger på riktige og relevant kunnskap. NK-TSB rapporten "Faglige rammer for TSB" (2016) dokumenterer at det fortsatt er behov for styrking av de faglige rammene i feltet.

Det fremstår som veldokumentert at tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et kompetansesvakt område. Opprettelsen av NK-TSB er et av flere tiltak som kan bidra til å heve kvaliteten på tjenestene. NK-TSBs overordna resultatmål er at pasientene får god kvalitet på behandlingen i hele landet. Tidslinjen for å realisere dette er også avhengig av strategiske satsinger: Implimentering av nasjonale faglige retningslinjer, rekruttering og utdanning av spesialister og oppbygging av kvalitetsregistre og pasientadministrative systemer som understøtter en aktiv bruk. TSB er fortsatt et fagområde med behov for klinisk relevant forskning. Mange virkemidler utenfor vårt eget fagfelt vil også påvirke utviklingen: holdninger til rus og rusproblemer/avhengighet, kunnskap i grunnutdanning og justispolitikk, for å nevne noen sentrale rammebetingelser.

NK-TSBs prosjekter og nettverk er en portefølje som bidrar til en samlet kunnskapsutvikling i feltet. Det er en utfordring å sikre en tilstrekkelig bredde i prosjektene slik at hele TSB-feltet blir dekket. NK-TSB har etablert en struktur som

tilrettelegger for at hele bredden i tjenestens kunnskapsutfordringer blir dekket. Samhandling med og mellom de ulike kliniske miljøene, brukere og forskermiljøer er en viktig suksessfaktor for at kvaliteten på tjenestene skal bli bedre. Samhandling mellom ulike fag- og kompetansemiljøer er en annen forutsetning gjerne i form av et felles arbeid med en Nasjonal kompetanseutviklingsplan for hele fagfeltet.

Etter vår vurdering er det fortsatt behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet for å styrke arbeidet med å heve kvaliteten på TSB i hele landet. Våre erfaringer og tilbakemeldinger fra feltet viser at vi dekker et behov hvor kompetansespredning og erfaringsdeling fremstår som særlig ettertraktet.

Tilleggsinformasjon

11. Beskriv evt. andre nasjonale kompetansetjenester eller behandlingstjenester som har oppgaver innenfor denne tjenestens faglige ansvarsområde?

Det er flere nasjonale kompetansetjenester som har oppgaver som berører tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Nasjonale kompetansetjeneste for personlighetsforstyrrelser og SAMisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helse og rus er de mest sentrale kompetansetjenestene for å avklare oppgaver med.

12. Er det gjort en formel ansvarsavklaring med disse tjenestene? Hvis ja, gi en kort beskrivelse

Det er gjort en formell ansvarsavklaring med Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus. Lederen i NK-TSB leder bl.a den nasjonale referansegruppen til SANKS og rolle og oppgavefordeling er beskrevet i nasjonale føringer.

Det er ikke foretatt noen formell ansvarsavklaring med NK-ROP og NAPP. Lederne i NK-ROP og NK-TSB sitter imidlertid i hverandres referansegruppe. Det foregår et praktisk samarbeid i enkelt prosjekter.

13. Eventuelle andre forhold som er viktig å kjenne til ifm en helhetlig gjennomgang av denne nasjonale kompetansetjenesten?

Etter vår vurdering er det store muligheter i et tydeligere samarbeid mellom ulike nasjonale og regionale kompetansemiljøer.

På vårt fagfelt er det i tillegg til de aktuelle nasjonale kompetansetjenestene 7 regionale kompetansentra (KORUS) som også har oppgaver innenfor rusbehandling. Disse kompetansesentraene er (med unntak av det i Oslo) organisert som en del av ulike TSB-miljøer (HF og private aktører): De får sine oppdrag av Helsedirektoratet. I St.melding 30 (2012) ble det varslet at KORUS nasjonale spisskompetansefunksjoner med tilhørende finansiering skulle overføres NK-TSB uten at dette er realisert.

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitet i Oslo har flere nasjonale

kompetansesenter funksjoner som berører vårt fagfelt, særlig knyttet til LAR-feltet, som også finansieres fra Helsedirektoratet.

Det er også regionale kompetansemiljøer som Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (Helse Stavanger) finansiert fra Helse Vest og Regionalt kompetansesenter for barn med medfødt russkade (Sørlandet sykehus) finansiert fra Helse Sør-Øst. (Se vedlegg C for illustrasjon)

Hver for seg bidrar disse kompetansemiljøene i Norge med å styrke kompetansen i rusfeltet. Utfordringen er at disse miljøene ikke trekker i samme retning. Vi trenger en nasjonal kompetanseutviklingsplan for rusbehandling. Ved å "kople kunnskap" hvor en tar kunnskap fra forskning, klinikere og brukere og setter det i system gjennom felles prosjekter, nettverk og arbeidsfellesskap, får vi betydelig mer effekt enn hva hvert enkelt miljø klarer alene. Vi erfarer det som en effektiv metode i våre prosjekter, og mener at det kan skaleres opp på et høyere nivå. Gjennom å etablere en nasjonal kompetanseutviklingsplan vil en kunne bidra til at oppgavefordelingen mellom de sentrale kompetansemiljøene tydeliggjøres og tjenestene styrkes, for derigjennom å bedre tjenestetilbudet og behandlingen for våre pasienter.

Dette vil ha betydning for prioriteringer innenfor TSB både sentralt og lokalt. Det er mye ressurser for kompetanseheving i rusfeltet fordelt på en rekke ulike aktører med ulike virkemidler, prioriteringer og styringslinjer. Manglende koordinering og styring gjør at potensialet for et felles kompetanseløft ikke realiseres. Ved en samordning av ressursene vil man kunne øke kompetanseutviklingen og tilby pasientene en bedre rusbehandling.

Det bør derfor utarbeides en nasjonal kompetanseutviklingsplan for TSB. Deltagere bør være aktører fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester som har i sitt oppdrag å spre eller utvikle kompetanse, samt brukere, klinikere, forskere og ledere for kliniske virksomheter. Det bør i tilknytning til dette arbeidet lages en felles struktur med tydelig ansvar og myndighet for utvikling og formidling av kompetanse basert på nasjonal kompetanseutviklingsplan.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB bidrar gjerne i et slikt arbeid.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

28.02.2018 Espen Ajo Arnevik. Leder Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Vedlegg

Det bes om følgende vedlegg:

- Tjenestens plan for kompetansespredning - vedlegg 1
- Dokumentasjon for oppnådde resultater - vedlegg 2
- Dokumentasjon for at helsetjenesten fortsatt er kompetansesvak - vedlegg 3

Opplæringsplan

Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Eva Sørli

29.02.2016



I dette dokumentet beskriver vi felles rammer og metoder for opplæringsvirksomheten i NK-TSB. Detaljerte opplæringsplaner vil bli utarbeidet i forbindelse med det enkelte prosjekt der det er aktuelt.

Innhold

Introduksjon	2
Målgrupper.....	2
Distribusjon, oppfølging og evaluering	3
Kvalitet.....	3
Slik jobber vi	4
Status.....	5

Introduksjon

Nasjonal kompetansetjeneste TSBs (NK-TSB) overordnede mål er å sørge for at pasientene får tilgang til likeverdige og kunnskapsbaserte spesialisthelsetjenester. På noen områder er det behov for å bygge opp kunnskapsgrunnlag, på andre områder å sørge for at eksisterende kunnskap formidles og tas i bruk av flere.

Et virkemiddel når kunnskap skal formidles og tas i bruk, er å legge til rette for og gjennomføre relevant opplæring. Med opplæring forstår vi her verktøy og aktiviteter som har til hensikt å skape læring og bidra til ønskede endringer i klinisk praksis. Opplæringen kan inngå som en del av et helhetlig implementeringsløp, men kan også omfatte enkeltstående læremidler og presentasjonsmaterieill til bruk som støtteverktøy for undervisning og opplæring lokalt.

Hvilke områder som er aktuelle å utvikle opplæringstiltak for, vil i stor grad defineres gjennom prosjektene som til enhver tid er opprettet i NK-TSB. For at opplæring skal være aktuelt som virkemiddel, må ett eller flere kriterier være til stede:

- Det finnes et godt kunnskapsgrunnlag
- Det er definert implikasjoner for klinisk praksis, for eksempel i form av anbefalinger i retningslinje, beste praksis e.a.
- Kompetanseheving er en forutsetning for eller en fasilitator for ønskede endringer i klinisk praksis

Når vi har konkludert med at opplæring er nyttig for å nå målene i et prosjekt, skal vi undersøke om det finnes tiltak fra før som kan benyttes, og om det finnes aktører som vi kan/bør samarbeide med og som vil gi synergier til vårt arbeid og våre målsettinger.

I dette dokumentet beskriver vi felles rammer og metoder for opplæringsvirksomheten i NK-TSB. Detaljerte opplæringsplaner vil bli utarbeidet i forbindelse med det enkelte prosjekt der det er aktuelt.

Målgrupper

Primærmålgruppen vår er ansatte i TSB i spesialisthelsetjenesten. Det er flere mulige segmenteringskriterier, eksempelvis:

- Enhet/behandlingstype (døgn, poliklinikk, akuttamottak osv)
- Fagprofesjon/-bakgrunn (lege, sykepleier, psykolog, sosionom, osv.)
- Stilling (leder, medarbeider)
- Rolle (fagutvikler, overlege, miljøarbeider osv.)

Hverdagen til en sykepleier i turnus på en sengepost vil ofte være annerledes enn for en psykologspesialist i en poliklinikk - både når det gjelder konkrete arbeidsoppgaver, og forhold knyttet til rolle, kultur, fagtradisjon, m.m. Dette bør så langt det lar seg gjøre reflekteres inn i opplæringen, for å skape gjenkjenning og dermed relevans. Mange har også en hverdag der det er vanskelig å skjerme tid til kompetanseheving på arbeidsplassen. I tillegg finnes det helseforetak som har store begrensninger i sin IT-infrastruktur og som vi bør vurdere om vi tar hensyn til når vi lager digitale læremidler og kurs.

Andre aktuelle målgrupper som møter pasienter med ruslidelser, finnes i andre klinikker/avdelinger i spesialisthelsetjenesten utenfor TSB-enhetene. Pasienter og pårørende kan også være målgrupper for tiltak der vi ser at kunnskap blant disse gruppene er en viktig drivkraft for implementering av eksempelvis retningslinjer.

Vi har ikke til hensikt å lage en uttømmende oversikt i dette notatet, men to områder peker seg ut som viktige sekundærmålgrupper for våre tiltak:

- Fagpersoner under utdanning innen fagprofesjoner som inngår i TSB, eksempelvis LIS-leger, sykepleiere, sosionomer og psykologspesialister.
- Primærhelsetjenesten: Aktører i primærhelsetjenesten kan være viktige målgrupper der det er fare for brudd i pasientforløp før, under eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

For å nå de ulike målgruppene, må vi som hovedregel benytte flere ulike virkemidler i ulike kanaler.

Distribusjon, oppfølging og evaluering

For at opplæringen skal ha nytteverdi, må den gjøres kjent og være tilgjengelig. Det må også være mulig å følge opp og evaluere opplæringen:

- Gjøre tiltakene kjent:
 - Vi må kommunisere effektivt med målgruppene slik at tiltakene blir kjent for sluttbrukere, og for de som fasiliteter og tilrettelegger opplæringen lokalt. Dette forutsetter at vi har gode kanaler for kommunikasjon med adresselister og kontaktdata som er oppdatert.
- Gjøre tiltakene tilgjengelig:
 - Tiltakene må være fleksible slik at de kan tas i bruk på ulike måter og i ulike sammenhenger tilpasset lokale forhold. Tiltakene må være tilgjengelig på sluttbrukernes foretrukne plattform, så langt det lar seg gjøre.
- Følge opp tiltak:
 - Tiltakene må kunne distribueres gjennom helseregionens egne læringsplattformer (eks: Læringsportalen, Academy m.fl) slik at rapporter som viser gjennomføring og testresultater blir lett tilgjengelig lokalt.
- Evaluering:
 - Opplæringstiltakene våre skal evalueres. Opplegg og metode for evaluering vil kunne variere for de ulike opplæringsprogrammene og vil spenne fra enklere kursevalueringer til mer omfattende og spesifikke gap-analyser.

Kvalitet

Hva kjennetegner opplæringstiltak av god kvalitet? Vi tror ulike virkemidler passer i ulike sammenhenger, men som et utgangspunkt skal vår opplæring ha følgende kjennetegn:

Pedagogisk kvalitet

- Voksenpedagogisk tilnærming:
 - Praktisk kontekst
 - Differensiering – ta hensyn til ulike forkunnskaper hos målgruppen
 - Deltakeren skal selv kunne styre egen progresjon
- Bruke virkemidler tilpasset målgruppen og innholdet som skal læres
- Språklig kvalitet: Vi tar i bruk prinsipper fra Klarspråk der vi henvender oss direkte til målgruppen og tilstreber en muntlig, konkret og aktiv stil i språket – både i tekst og i tale.
- Visuell kvalitet: Oslo universitetssykehus sin designprofil skal benyttes på forsider og i introduksjoner der vi står som avsender. Innhold i e-læringskurs m.m. vil bli utformet med hensyn til pedagogisk effekt der eksempelvis tekst kan bli brukt som virkemiddel i andre formater enn som definert i profilen.

Teknisk kvalitet

- Vi tar i bruk løsninger med til enhver tid standard teknologi som sannsynliggjør god avspilling på aktuelle flater. Eks: ppt-filer (PowerPoint) til presentasjoner, .doc (Word) eller pdf til dokumenter, html5-formater for video osv.
- Der verktøy og løsninger fra etablerte avtaler hos Oslo Universitetssykehus dekker behovet, skal disse benyttes. Eks: forfatterverktøyet Mohive for egenproduksjon av e-læringskurs.

Tilgjengelighet og oppfølging

- Vi tar utgangspunkt i eksisterende møteplasser for målgruppene våre. Eks: internundervisning, stabsmøter, læringsportaler, m.m.
- Opplæring skal kunne følges opp ved at gjennomføring registreres og systematiseres gjennom for eksempel rapporter fra læringsportalen.

Slik jobber vi

Det er gode holdepunkter for at skreddersydde tiltak er effektive for implementering av retningslinjer ("Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer" fra Kunnskapssenteret, rapport nr 10-2015). Barrierer for implementering varierer fra én kontekst til en annen. For å sikre målrettede opplæringstiltak, må vi derfor identifisere barrierene for de ulike anbefalingene/praksisen som skal endres, og rette tiltak mot disse.

Dette forutsetter god kjennskap til målgruppene og deres hverdag. Vi må ha en kvalifisert mening om "hvor skoen trykker" i det enkelte prosjekt.

Vi ser på utvikling av opplæringstiltak som en problemløsningsprosess mer enn en ren produksjonsprosess. Prosessen skal bidra til å sikre god kvalitet på opplæringstiltakene våre, blant annet gjennom involvering av målgruppe(ne) i alle faser av prosessen. Alle milepæler har også godkjenning av "produkter" fra prosjektleder.

Utviklingsprosessen er som følger:



Det utarbeides maler for alle forpliktende dokumenter:

- Konseptnotat: Oppsummering av analyse som er gjort, med tilhørende løsningsbeskrivelse.
- Fremdriftsplan: Aktiviteter med dato/frister og ansvar.
- Budsjett/kalkyle: Timeforbruk, og eventuelle eksterne kostnader.
- Storyboard: Skisse av innhold.
- Manus: Innholdet i tekstformat. For eksempel tekstmanus, lydmanus, bildemanus.

Status

Notatet er utformet desember 2015. Revidert etter gjennomgang i internseminar 29.01.2016 og i utvidet infomøte 29.02.2016.

Kommunikasjonsstrategi 2016–2018

Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)



Innledning.....	3
1. Kommunikasjonsprinsipper	3
1.2 Universell utforming	4
1.3 Kommunikasjonsstrategien for Oslo Universitetssykehus	4
1.4 Åndsverksloven	4
1.5 Kompetansetjenestens kommunikasjonsprinsipper.....	5
1.5.1 Likestille forskning og klinisk erfaring	5
1.5.2 Benytte oppdaterte og varierte formidlingsteknikker.....	5
1.5.3 Tilrettelegge for deling.....	5
1.4.4 Gjøre kunnskap tilgjengelig når den er relevant for brukeren (Pull – ikke push)	5
1.4.5 Ha gode tilbakemeldingssystemer som verktøy for forbedring	6
1.4.6 Underbygge et omdømme som kunnskapsbasert	6
1.4.7 Fremme åpen faglig diskusjon	6
2. Profilerings/ synliggjøring	6
2.1 Profilerende saker.....	7
2.2 Visuell profil	7
2.3 Interessentkartlegging og -dialog	8
3. Målgrupper og situasjoner.....	9
3. 1 Ansatte i TSB	9
3.3 «Brukermediering» eller brukere som indirekte målgruppe	9
3.3 Befolkningen generelt	10
3.4 Geografisk spredning	10
3.5 Stil og språk.....	10
3.6 Personas.....	11
4. Formidlingskanaler.....	12
4.2 Andre formater	13
4.2.2 Tidsskriftartikler.....	13
4.2.3 Skriftserie	13
4.2.4 Fagpresse og faglige nettsider	14
4.2.5 Brosjyre/ flyer og andre trykksaker	14
4.2.6 Allmennmedier.....	14
4.2.7 Egne nyheter/ nyhetsbrev	14
4.2.8 Sosiale nettsamfunn.....	15
4.2.9 Blogg	16
5. Eksternkommunikasjon og mediekontakt	17
5.1 Mediekontakt.....	17
5.2 Medieovervåkning.....	18
6. Måling av tilbakemeldinger.....	18
Referanser.....	19

Innledning

Kommunikasjon og samfunnskontakt er sentrale virkemidler for at Nasjonal kompetansetjeneste TSB skal utføre sitt oppdrag. Denne strategien beskriver hvordan kommunikasjonsiltak skal bidra til

- At prosjekter og kommuniserer godt innad og utad
- At tjenestene introduseres for og synliggjøres for fagfolk, pasienter og andre som en er avhengig av å samarbeide med for å løse oppdraget
- At tjenestene oppleves som tilgjengelige og relevante

Dette dokumentet redegjør for hvilke prinsipper et slikt arbeid skal følge. Strategien er basert på regler og som gjelder for kommunikasjon i staten, for Oslo universitetssykehus og strategi for Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

Målene for kompetansetjenester er formulert i Helse- og omsorgsdepartementets generelle forskrift for kompetansetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). I tillegg har Nasjonal kompetansetjeneste TSB sin egen strategi (Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2014).

Kompetansetjenestens overordnede mål er å fremme kunnskapsgrunnlaget for TSB på basis av pasienterfaringer, klinisk praksis og forskning, jamfør hovedmålet i strategien: «Sammen med pasienter, klinikere og forskere skal Nasjonal kompetansetjeneste TSB bidra til å utvikle og heve kvaliteten på helhetlige behandlingstjenester i hele landet.» Dette er vår "reason to be" og vilkåret for fortsatt godkjenning som nasjonal kompetansetjeneste. Tjenesten blir også målt på oppnåelsen av dette målet. (Helse- og omsorgsdepartementet 2010)

I strategien heter det at *kompetansetjenestens oppdrag ikke er fullført før kunnskapen kommer i bruk*. Det betinger at målgruppene gjøres er positivt interesserte i leveransene, at de oppleves som tilgjengelige og relevante for praksis. Kommunikasjonsstrategien skal øke sannsynligheten for det.

Hvilke konkrete kommunikasjonsiltak som planlegges med utgangspunkt i denne strategien, vil komme fram av de enkelte prosjektenes planer, e-håndbøker for tjenesten, sjekklister og maler for utføring av konkrete kommunikasjonsoppgaver. NK-TSB skal utarbeide kommunikasjonsplaner for hvert prosjekt. I praksis vil det bety å kommunisere ut viktige milepæler før, underveis og når prosjektenes leveranser er ferdigstilte. Hensikten er å oppnå positive forventninger, medvirkning underveis og – til sist – at resultat implementeres.

Tjenesten skal benytte kommunikasjonsfaglige virkemidler for å styrke faglige nettverk og arbeidsfellesskap i arbeidet med de ulike prosjektene, for eksempel ved å legge til rette for at personer som deltar i ulike arbeidsprosesser kommuniserer via oppdaterte kommunikasjonskanaler som web-konferanser eller sosiale medier i tillegg til fysiske møter.

1. Kommunikasjonsprinsipper

1.1 Den statlige kommunikasjonsplakaten

All offentlig kommunikasjon er pålagt å følge statens kommunikasjonspolitikk («kommunikasjonsplakaten»). Etter den har innbyggerne krav på

- korrekt og klar informasjon om sine rettigheter, plikter og muligheter
- tilgang til informasjon om statens virksomhet
- å bli invitert til å delta i utformingen av politikk, ordninger og tjenester (Fornyings- og administrasjonsdepartementet 2009)

Ifølge samme erklæring skal alle statlige virksomheter følge fem kommunikasjonsprinsipp:

1. Fremme åpenhet
2. Fremme medvirkning
3. Nå alle berørte
4. Være aktiv (komme i forkant av krav om innsyn)
5. Være helhetlig (samordne egen kommunikasjon med andre relevante statlige, kommunale og private virksomheter)

I siste punkt ligger føringer om å spille på lag med andre, og «gjøre hverandre gode». Det skal henvises til de offentlige informasjonsressursene som er mest tjenlige for brukerne.

1.2 Universell utforming

Regjeringens forskrift om universell utforming av IKT-løsninger stiller Retningslinjer for tilgjengelig webinnhold (WCAG) 2.0 gjelder fra 1. juli 2014 for alle nye nettsider (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2013)

Hovedprisnippen er at kommunikasjonen skal være *mulig å oppfatte, mulig å betjene, forståelig og robust*. Det gis retningslinjer for hvordan å oppnå de ulike prinsippene og ønsket resultat er definert etter tre nivåer av samsvar: A (laveste nivå), AA og AAA (høyeste nivå). NK-TSB sin utadrettete kommunikasjon skal følger A-standard, men det skal være tillatt å lenket til kilder som ikke benytter dette, forutsatt at dette opplyses.

1.3 Kommunikasjonsstrategien for Oslo Universitetssykehus

De mest relevante strategiske grepene i *Kommunikasjonsstrategien for Oslo Universitetssykehus* (Oslo Universitetssykehus 2013) er at kommunikasjonen skal

- bidra aktivt til saklig og ansvarlig diskusjon i mediene,
- ha systematisk kunnskap om eget omdømme gjennom undersøkelser og analyser, samt
- utforske og være modigere i bruken av ny teknologi og nye kanaler i dialogen med pasienter og pårørende

Den fremste målgruppen for sykehusets kommunikasjon er pasienter, dernest sykehusets samarbeidsparter.

1.4 Åndsverksloven

De ansatte skal sørge for at presentasjoner, herunder fotografier, grafikk og andre billedlige fremstillinger eller annet materiale med opphavsrett ikke skal publiseres i konflikt med andres åndsverk. Dersom eksterne representanter holder presentasjoner under arrangementer og de senere publiseres på tjenestens nettside, skal de undertegne en samtykke-erklæring i at produktet ikke er i strid med åndsverkloven (Se vedlegg 4)

1.5 Kompetansetjenestens kommunikasjonsprinsipper

Nasjonale kompetansetjenester om rus og avhengighetsbehandling skal være **tilgjengelige, relevante og interessante**. I tillegg til overordnede føringer fra oppdragsgivere, skal følgende sju kommunikasjonsprinsipper legges til grunn for kompetansetjenestens kommunikasjon med omverden.

1.5.1 Likestille forskning og klinisk erfaring

Kompetansetjenestens strategi legger opp til at tjenesten benytter et bredt evidensbegrep. Forskning, systematiserte kliniske erfaringer og systematiserte brukererfaringer skal presenteres på en likestilt måte og være like tilgjengelige i kunnskapsprodukter fra tjenesten. En hovedstrategi for tjenesten er å kople disse ulike kunnskapskildene sammen.

1.5.2 Benytte oppdaterte og varierte formidlingsteknikker

Tjenesten skal benytte et *lettfattelig språk* og visuelle virkemidler for å sikre god tilgjengelighet for alle. Kommunikasjonen skal ikke gå én vei, men to eller flere. Målet skal være interaktivitet og symmetrisk toveiskommunikasjon (‘kommunikasjon på like fot’).

Kunnskapsleveransene skal distribueres til ulike målgrupper gjennom flere kanaler og formidlingsteknikker; for eksempel gjennom foto, film, tekst og infografikk. Hvilke kanaler som er mest relevante og effektive skal variere etter målgruppenes behov. Det skal tilrettelegges for gjenbruk av innhold. Som hovedregel skal innhold som publiseres på egen nettside i tillegg gjenbrukes i minst én annen, relevant formidlingskanal.

1.5.3 Tilrettelegge for deling

Jo større nærhet den som mottar budskap og meldinger føler til avsenderen, jo større er sannsynligheten for at han tar kunnskapen i bruk. De som kjenner hverandres kontekst, identifiserer hverandres utfordringer (horisontal identifikasjon). Det gjør at den kunnskap de overfører til hverandre, vil være lett å omsette i praksis. Kompetansetjenesten skal legge til rette for dialog fagperson-til-fagperson og bruker-til-bruker kommunikasjon, gjennom å skape fysiske møteplasser eller interaktive digitale møtesteder, der aktører kan koples sammen for kunnskapsutvikling og -deling.

I arbeid med å introdusere ny kunnskap for aktørene i fagfeltet, kan det være nyttig å benytte pasient- eller brukermediert formidling, der brukere eller pasienter er de som gjør klinikere oppmerksom på ny kunnskap, forutsatt at brukerne selv mener dette har verdi i den kliniske hverdagen.

1.4.4 Gjøre kunnskap tilgjengelig når den er relevant for brukeren (Pull – ikke push)

Kunnskapsleveranser skal føles nyttige og være relevante for brukeres oppgaveløsning. Tjenesten skal ikke dytte (‘pushe’). Informasjon på personer i situasjoner der det kan oppleves som lite relevant eller være overflødig. Kunnskapsressurser skal være tilgjengelig når målgruppene etterspør det (Tiltreknings- eller pull-prinsippet). Informasjon om brukere som viser interesse for ett produkt eller én oppgaveløsning (‘fornøyde brukere’) skal tas vare på slik at de kan tilbys produkter en vet er relevante i deres situasjon.

Det anses som viktigere å ha `godt stoff` når målgruppen søker eller tilkjennegir behov for det, enn å nå flest mulig med nyhetsartikler eller nyhetsbrev.

1.4.5 Ha gode tilbakemeldingssystemer som verktøy for forbedring

Tjenestene skal nå fram til mottakere og oppleves som nyttig. Konferanser, events eller innhold på nettsiden skal alltid måles gjennom tilbakemeldingsskjema, fokusgrupper eller andre anerkjente metoder for å måle feedback. Måling skal ha sikte på å vise hvorvidt kunnskapen tas i bruk.

Tilbakemeldingsskjema skal gi svar på om innholdet er relevant, tilgjengelighet, godt strukturert og handlingsdrivende.

1.4.6 Underbygge et omdømme som kunnskapsbasert

Tjenesten skal bygge opp under TSBs omdømme som kompetent og kunnskapsbasert. Den skal speile feltet som et sted der muligheter skapes, få fram suksesshistoriene og bidra til å styrke oppfatningen at behandling nytter. Tjenesten skal vekke nysgjerrighet på ny kunnskap og fremme et åpent og positivt klima for læring, prøving og feiling.

1.4.7 Fremme åpen faglig diskusjon

Kilder til informasjon skal alltid være åpne. Åpen faglig meningsutveksling om utfordringer som ansatte og pasienter opplever i sin hverdag skal ikke hindres, dog begrenset av hensynet til pasienters trygghet og tillit til behandlere. Gjentatte og generaliserte beskrivelser av ukomplette eller utilstrekkelige behandlingstilbud kan føre til at pasienter opplever utrygghet og svekket tillit til TSB.

1.6 Etterlatt inntrykk

Målgruppene skal oppleve at leveransene er relevante i betydningen

- tilfører noe nyttig
- skjer gjennom kanaler og formidlingsformer som de er vant med å bruke
- gir ny kunnskap som det er mulig å handle i tråd med
- ikke er uødvendig eller for pågående («information overload»)

Etterlatt inntrykk i omtale av rus, rusmidler og rusbruk

- nøkterne og ikke-fordømmende/ ikke-stigmatiserende beskrivelser av rusbruk, bruksmåter, mennesker og grupper. (Unngå gruppebetegnelser, unngå ord som misbruk(er))
- at virkelighetsbeskrivelser speiler både brukeres erfaringer, kliniske erfaringer og forskning (ikke de–vi)
- saklig informasjon om rusmidler som balanserer risiko og opplevde fordeler
- transparens/ åpenhet om kunnskapskilder og mulighet å sjekke kilder / etterprøve kunnskapsinnhenting

2. Profilerings/ synliggjøring

Som i annen statlig virksomhet, skal helhetsprinsippet ligge til grunn for kommunikasjonen (Fornyings- og administrasjonsdepartementet 2009; prinsipp 5). I offentlig virksomhet gis lite rom for å forvalte fellesskapets økonomiske ressurser til profileringstiltak der en fremstiller egen virksomhet som enestående. ”Statlige virksomheter skal være varsomme med å bruke profileringstiltak som for eksempel sponing for å fremme eget omdømme.” (Fornyings- og administrasjonsdepartementet 2009; kap 3.5)

Hensikten med profilering av tjenesten er at den framstår som tydelig overfor potensielle og nåværende samarbeidsparter og interessenter. Profileringen skal introdusere og forankre NK-TSB hos samarbeidsparter og sikre at forventninger til det den kan bidra med, er realistiske og forenlig med produksjonsmålene.

Profileringen skal synliggjøre at tjenesten har kunnskap om og tilgang til forskningskompetanse, klinisk kompetanse og brukerkompetanse som er utviklet i ulike miljøer og situasjoner innenfor TSB.

2.1 Profilerende saker

Profilerende saker er saker som illustrerer rollen tjenesten ønsker å spille og at en har gjort en forskjell på ett område. I de første årene vil tjenesten prioritere *prosjekter som viser hva som kjennetegner tjenesten og hva den kan få til*. Slike flaggskipssaker/ utfordringer og løsninger kan møte ett eller flere av disse kriteriene:

- ha høy relevans for mange (mange eiere)
- kreve samarbeid på tvers av faggrenser (felles eierskap)
- gi resultater på relativt kort tid
- være synlige

I en startfase er utfordringen å tilstrebe en god balanse mellom å arbeide mot langsiktige mål og mer kortsiktig, synlig og effektiv måloppnåelse. Tjenesten skal tydeliggjøre arbeid med *solid og bred kunnskapsutvikling med sikte på å påvirke ”de store hjulene” i rusbehandling*.

2.2 Visuell profil

Den visuelle profilen til NK-TSB skal støtte opp under at tjenesten introduseres på en god måte hos nye samarbeidsparter, det skal inngi troverdighet og medvirke til at forventninger til det den kan bidra med, er realistiske. Det skal tilstrebes en enhetlig visuell profil og enhetlig fargebruk. Profileringsprodukter som, skal kunne tas i bruk i mottakerens hverdag (slik skrivemateriell, minnepinner og penner blir).

Navnet på tjenesten var opprinnelig Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser inkludert LAR. Det er nå forkortet til Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Begrepet TSB ble første gang brukt da Stortinget i 2004 ga spesialisthelsetjenesten ved helseforetakene ansvaret for å tilby diagnostisering, utredning og behandling av rusmiddelavhengige («rusreformen»). TSB gir signal om kvaliteter som rusbehandling i spesialisthelsetjenesten skal leve opp til: tverrfaglig, spesialisert behandlende. Navnet er ikke fullt ut tatt i bruk hos alle tjenestens målgrupper – et søkeord som ofte vil brukes til våre tjenester er «rusbehandling».

Å bruke tsb.no som navn på domenet er eksklusivt og gjør det tydelig hvilke fagfelt tjenesten gjelder. Det gjør det lett for de som er kjente med feltet å søke opp tema på nett, men det er mindre tilfeldige treff. For å oppnå søkemotoroptimalisering bruker vi rusbehandling dette i navnet, i overskrifter og URL-er. «Inkludert LAR» er sløffet fordi TSB inkluderer LAR.

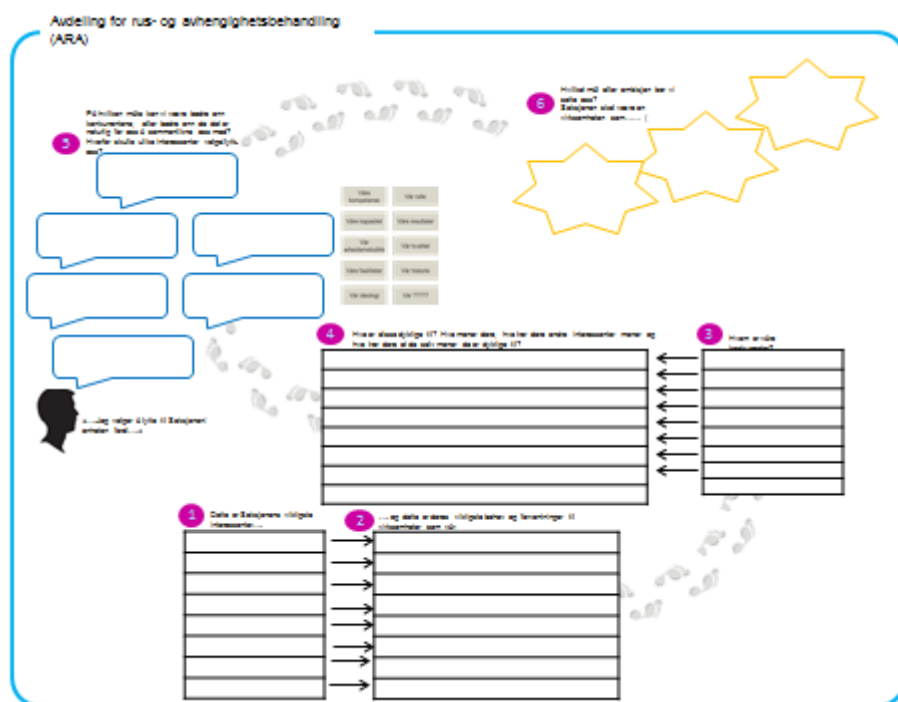
Tjenestens logo består tjenestens navn i en kombinasjon med Oslo universitetssykehus sin logo. Ved å signalisere tydelig at NK TSB er en del av et helseforetak, omfattes vi av sykehusets troverdighet som en nøytral, pasientnær, offentlig drevet virksomhet. OUS er en tydelig avsender som ikke kan mistenkes for vikarierende agenda av noe slag. Avsender framgår tydelig på trykksaker, i e-læringsprogram og på alle sider på web. Sykehusets felles designprogram skal gjenkjennes i tjenestens visuelle profil og profileringsprodukter skal tillempes OUS sine maler i tråd med kommunikasjonspolicyen til OUS HF (Oslo Universitetssykehus 2013). I tillegg vil tjenesten/ prosjektene kunne formulere profilerende tekster (slagord) og gi dem en visuell utforming som kan benyttes som sideelement til logoen, for eksempel «kopler kunnskap».

2.3 Interessentkartlegging og -dialog

En interessent er en person eller organisasjon som kan påvirke eller bli påvirket av en sak eller et anliggende i virksomheten.

Et interessentkart (se eksempel i vedlegg 3) gir svar på

- Hvilke interessentene vi må forholde oss mest aktivt til
- Hvilke viktige behov de har
- Hvem vi konkurrerer med og hvorfor – når flere er på banen – vi skulle vinne frem?
- Hvem kan vi samarbeide med/ utfylle for å nå et best mulig samlet resultat (win-win)?



Tjenestens ansatte skal i fellesskap utforme et interessentkart og ha interessefellesskap og -motsetninger in mente i aktiv dialog med omgivelsene. Tjenesten skal regelmessig invitere

interessenter for å utveksle informasjon om virksomhetene. Formålet er å få innspill og diskutere utfordringer som kan løses i fellesskap. Ved planlegging av det enkelte prosjekt eller tiltak kan det utarbeides et interessentkart som kan brukes som verktøy i produktiv dialog, basert på utveksling av tjenester til gjensidig nytte.

3. Målgrupper og situasjoner

Kompetansetjenesten skal styrke TSB som del av spesialisthelsetjenesten. Målgruppene for kompetansetjenesten er derfor først og fremst pasienter/ brukere og deres pårørende, helsepersonell/ klinikere, forskere og ledere i TSB. Siden tjenestens hensikt er å utvikle og heve kvaliteten på *helhetlige behandlingstjenester*, skal den også være relevant for ansatte i tjenester med oppfølgende eller forebyggende oppgaver på rusfeltet, som nav og kommunale tjenester.

3.1 Ansatte i TSB

Ansatte i TSB har utdanningsbakgrunner som varierer mellom ufaglærte til spesialister innen psykiatri. Praksisfeltet benytter et vidt spenn av tilnærminger, fra diagnosebehandling til pedagogikk, omsorgsarbeid, likemannsarbeid og sosialfaglig arbeid. Det er ulik grad av fortrolighet med teknologiske plattformer. NK-TSB skal oppleves klinisk relevant for alle yrkesgrupper som arbeider i TSB og med oppfølging av personer med ruslidelser.

Like viktig som å identifisere målgrupper og målgruppetilpasse innhold, vil det være å sikte mot å være relevante i de ulike situasjonene og brukeroppgavene som kunnskapsleveranser skal brukes i. Mange oppgaver må løses i samhandling mellom ulike målgrupper f eks i kommunen og spesialisthelsetjenesten og kunnskapsprodukter må kunne brukes av alle.

3.2 Pasienter og brukere

Der pasienter er definert målgruppe for publikasjoner bør det benyttes tilbakemeldingsskjema (se punkt 1.4.5). Pasienter/ brukere som gir tilbakemeldinger bør ha aktuell kunnskap om situasjonen/ temaet som omtales. Representanter fra brukerorganisasjoner har ikke alltid up to date kunnskap om tema det gjelder.

NK-TSB skal bidra med å formidle overordnet pasientinformasjon om å være pasient i TSB eller få oppfølging av rusrelaterte lidelser, samt hva som kan forventes av tjenestene. God pasientinformasjon vil bidra til å matche pasient med behandling i TSB og til å gjennomføre fritt behandlingsvalg. Forskning har dokumentert at å gi folk innblikk i hva som skjer i rusbehandling, minker risiko for drop-out (Brorson 2013). Oppdatere informasjon om TSB på Wikipedia.

3.3 «Brukermidiering» eller brukere som indirekte målgruppe

En effektiv formidlingsstrategi i arbeid med å implementere faglige retningslinjer og introdusere annen ny kunnskap for aktørene i fagfeltet, er gjennom pasient- eller brukermidert formidling.

Et eksempel på dette, er der Nasjonal kompetansetjeneste ROP samarbeidet med et ekspertråd med brukerflertall om implementering av Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (Helsedirektoratet 2011). På www.ropbruker.no presenterte brukere 10 av de 100 faglige anbefalingene for ROP-behandling som de mente var mest relevante. Etter lanseringen av denne nettsiden økte etterspørselen av papirkopien av retningslinjen sterkt¹. I eksempelet ble målgruppen klinikere nådd via brukerne. Det å synliggjøre brukernes etterspørsel etter et produkt eller en kunnskap, ble en døråpner i implementeringen ved at målgruppen behandlere blir positivt interesserte i en leveranse.

3.3 Befolkningen generelt

Et mål kan være å påvirke opinionens holdninger til spørsmål på fagfeltet, der slike holdninger står i veien for god rusbehandling. Økt interesse for rusfeltet blant folk flest kan gi høyere status og fremme motivasjonen for å skaffe seg mer kunnskap. Kampanjer eller enkeltsatsinger for å skape holdningsendringer kan gjennomføres som samarbeidsprosjekt med andre kompetansemiljøer som dette er relevant for, men bør alltid involvere de aktuelle målgrupper fra starten av (Fornyings- og administrasjonsdepartementet 2009).

Politikere og beslutningstakere vil være aktuelle målgrupper der hensikten er å påvirke rammefaktorer for helsetjenestene eller for å gjennomføre enkeltprosjekter.

3.4 Geografisk spredning

Hvor en holder til skal ikke overstyre hvem tjenester introduseres for og oppleves som relevant av. Det er et mål at alle i de definerte målgruppene skal ha like sjanser til å ta del i forsknings- og kunnskapsutvikling, uavhengig av geografi. Trafikkstatistikk fra nettsider skal monitorere trafikk til/ fra nettsiden og hvem publikasjoner når fram til. Er geografisk nedslagsfelt skjevt, skal tiltak iverksettes for å rette / forhindre dette.

Noen tiltak for å nå målgrupper i hele landet kan være

- at tjenestens fysiske lokaler tydelig signaliserer et gjestfritt, inkluderende fagmiljø, og at studenter og andre som utfører oppdrag for TSB, inviteres til å ta dem i bruk
- at en kan finne referater fra fysiske møter på tsb.no
- roadshow der en turnerer med viktige budskap (→ rus i kroppen?)
- at det utvikles digitale møtesteder og interaktive funksjoner på nett der fagpersoner og brukerrepresentanter fra hele landet kan delta, samt
- at en geografisk bredt sammensatt referansegruppe deltar i å tilpasse tjenesten til målgrupper de kjenner.

3.5 Stil og språk

I skrift: Målgruppene har ulik utdanningsbakgrunn og ulik erfaring med akademisk språkbruk. Tjenesten skal benytte et språklig mangfold og gjøre mye bruk av visuelle virkemidler, samt

¹ Første opplag på 4500 eks ble ”revet bort” (Helsedirektoratets trykksaksekspedisjon) og nytt opplag måtte trykkes etter kort tid

ikke forutsette at kommunikasjonen skal gå én vei, men to. Et klart språk er et ansvar som alle ansatte deler. Tjenestens ansatte skal regelmessig tilbys kursing i «Klarspråk i staten».

God kunnskapsformidling

- fremhever sider ved saker som folk er opptatt av
- utfordrer gjeldende kunnskap
- presenterer forskningen gjennom historier som folk kjenner seg igjen i
- forteller om suksess og fiaskoer
- presenterer konflikter
- bruker direkte tiltale

(Farbrot 2013)

Tjenestens ansatte tilbys kursing i «Klarspråk i staten».

Billedspråk: Der vi bruker fotos eller informasjonsgrafikk skal motiv være tilpasset målgruppe og hensikt. Bilder av rusmidler eller rusmiddelbruk i trykksaker eller media (Facebook, nettside osv) skal være nøytrale og nøkternt dokumenterende. Bilder skal verken avskrekke eller forherlige rusmidler eller rusbruk. Det samme gjelder framstilling av kropp der tema er steroidebruk eller spiseforstyrrelse. Vi skal ikke bruke bilder i avskrekkende hensikt. Andre vurderinger kan gjelde for faglig, klinisk bruk, for eksempel i presentasjoner eller liknende der hensikten er å vise tegn eller symptomer på kliniske tilstander.

Bilder skal være med på å bygge opp om troverdigheten til TSB. Samtidig skal de «snakke sant» om problemomfang og problemopplevelse. En viktig klinisk innsikt er at de færreste som har et rusproblem ikke kun er i kjemiens vold. Derfor bør heller ikke bilder av fysiske rusmidler, piller eller brukerutstyr dominere i kommunikasjonen.

I pasientrettete publikasjoner (annonser, brosjyrer) bør fotos signalisere helse og sunnhet. Mennesker i trygg og god samhandling skal dominere pasientinformasjon fra sykehuset.

Ifølge Oslo universitetssykehus sin fotopolicy skal bilder som sykehuset bruker, ha en informasjonsverdi og ikke kun fungere som dekor eller «pyntebilder». Mennesker i miljø skal fremheves framfor natur- og landskapsbilder. Der film og fotoopptak gjøres inne på OUS område, skal ikke andre enn ansatte som har gitt samtykke avfotograferes. Personer fra media skal følges av kommunikasjonsansvarlig inne på sykehusområdet (se vedlegg 2). Hensyn til personvern er spesielt viktige å ivareta i vår klinikk.

NK-TSB skal bygge opp en base av arrangerte bilder.

3.6 Personas

Jo mer presist definerte målgrupper og situasjoner de er i, jo lettere å forestille seg hva og hvilke sider ved ulike tema som opptar dem.

Kompetansetjenesten skal utvikle mer presise beskrivelser av målgrupper innen TSB. På grunnlag av trafikkdata skal det tegnes personas – oppdiktete ”portretter” av brukere som

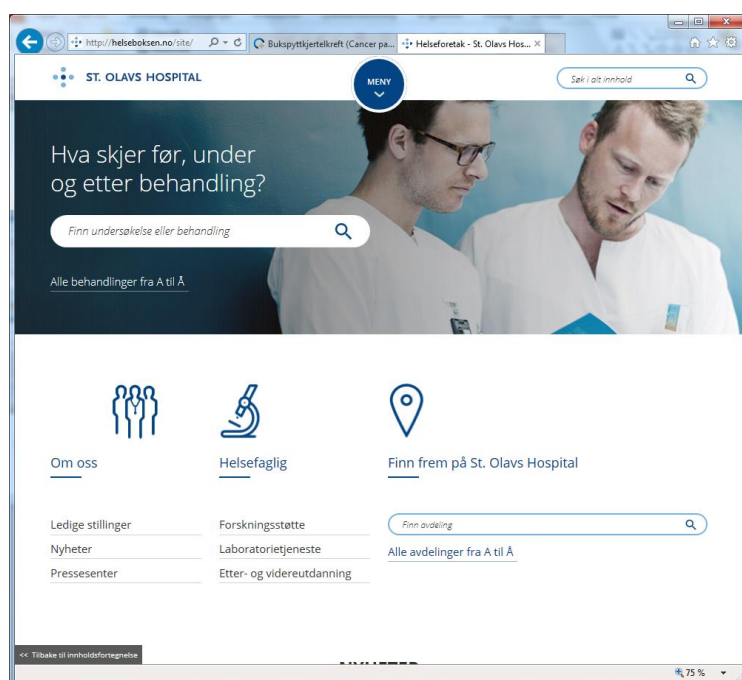
man ønsker å nå. Hvilke stil og tone er de fortrolige med og hvilke tema opptar dem mest? Personas vil først og fremst være nyttige i utvikling av web-tjenester og e-læring.

4. Formidlingskanaler

4.1 Eget nettsted – tjenestens ”landingsside”

Nettsiden til NK-TSB er integrert i Oslo universitetssykehus sin nettside. Løsningen er valgt av økonomiske årsaker og fordi det har klare profileringsmessige fortrinn at tjenesten plasseres som en del av det offisielle helsenorge (se avsnitt 2.2). Et fortrinn er dessuten at innholdet enkelt vil kunne bli del av Helsenorge.no sin plattform for kompetansetjenester, tidligst i 2017 eller 2018. Dette vil gi synergieffekter i tillegg til at man får gevinsten av felles funksjonalitet som utvikles i denne prosessen.

Sykehus-nettsidenes redaksjonelle og tekniske funksjonalitet er primært innrettet på å gi pasienter og pårørende god informasjon om sykehusets egne tilbud. Blant annet dette bidrar til at kravene til universell utforming blir etterlevet. Sikkerhetshensyn begrenser imidlertid sykehusets nettside, for eksempel i forhold til video/film-publisering. Nasjonale kompetansetjenester som har kunnskapsformidlende og nettverksbyggende oppgaver rettet mot målgruppene klinikere og forskere savner i dag slik funksjonalitet. Imidlertid blir Helsenorges fremtidige plattform mer teknisk oppdatert og får i tillegg en mer sentral plassering.



Betaversjon av fremtidig løsning i Helsenorge-portalen

I nåværende løsning blir den som skriver kortformen www.tsb.no i søkefeltet videresendt til www.oslo-universitetssykehus/tsb. Domenenavnet Tsb.no er opprettet for å ha en kortform å «oversette» denne lange url-er med, men også for å kunne bli et primærdomene for NK-TSB hvis en i fremtiden vil flytte nettsiden ut av felles løsning i OUS/ helsenorge.no. En fjerdedel av besøkende til www.tsb.no starter på forsiden.

Nettsiden skal dokumentere forventninger til prosjektene i NK TSB, aktiviteter / oppnådde milepæler/ virksomhet underveis og resultatene av prosjektene: De besøkende skal finne det de leter etter i en tydelig og lett navigerbar løsning.

Portalen vil kunne transporteres over til Helsenorges plattform for kompetansetjenester i 2017 eller 2018, etter en avtale mellom denne og Oslo universitetssykehus. NK TSBs behov for tilpasninger er formidlet inn i dette prosjektet våren 2014. I framtiden. Tjenesten er derfor ikke helt avhengig av hvilke løsninger som Oslo universitetssykehus og/ eller helsenorge kan tilby².

Det er også opprettet minisider for ulike brukeroppgaver, kampanjer, prosjektaktiviteter eller leveranser fra prosjekter (f eks hjerneforskning.no og kliniskrusmiddelforskning.no). To nettsted er reservert, men ikke tatt i bruk til mulige fremtidige formål: mestrerus.no og larbruker.no. Underdomener/ kampanjenettsteder skal være lett søkbare via www.tsb.no.

4.2 Andre formater

4.2.1 E-post/ DM

Direct mail (DM) kan benyttes i offentlig virksomhet, men skal ikke oppfattes som pågående og som information overload. Det er derfor av stor betydning at tjenesten har er treffsikre og har god oversikt over e-postmottakerens interesser og behov for eksempel for ulike kunnskapsprodukter.

Tjenesten utvikler et e-postadressearkiv ifølge egen e-håndbok for hvordan lister skal sorteres etter forskjellige brukersegmenter osv. Et formål kan være at opplysninger om personers interesser og behov (for eksempel ved at de deltar i seminarer eller bestiller produkter) kan brukes for å forutse etterspørsel etter liknende produkter eller leveranser (hendelsesstyrt markedsføring) (van Bel 2013; Follow that customer).

4.2.2 Tidsskriftartikler

Kompetansetjenesten skal ha god oversikt over hvilke vitenskapelige tidsskrift det er aktuelt å publisere artikler i. Den skal også bistå personer som mangler erfaring i å formidle kunnskap fra praksis eller forskning tidsskriftformat, gjennom å tilgjengeliggjøre maler.

4.2.3 Skriftserie

Kompetansetjenesten utgir hvert halvår en utgave av en egen skriftserie om tema knyttet til et prosjekt. Den første utgaven er utformet av grafiker, og samme mal skal deretter brukes i kommende utgavene. Format, forside og grafiske elementer skal være gjenkjennbare fra utgave til utgave.

Det utarbeides en sjekklister for produksjon av trykksaker (tilpasset f eks mål, situasjon og målgrupper)

² Av om lag 30 regionale eller nasjonale kompetansetjenester som hører inn under OUS HF, har 26 sin landingsside på sykehusets nettsider, mens fire som også har nasjonale oppgaver, har egne publiseringsløsninger og domener utenfor sykehusets.

4.2.4 Fagpresse og faglige nettsider

Tjenesten skal benytte fagpressen og nettsteder for ulike fagtradisjoner aktivt til skriftlig formidling, avhengig av tema. (f eks Forskning.no, Psykisk helsearbeid, Rus & samfunn, erfaringskompetanse.no)

4.2.5 Brosjyre/ flyer og andre trykksaker

Hvert prosjekt skal presenteres gjennom en flyer. Det er dessuten laget en brosjyre som presenterer tjenesten som helhet. En egen mal benyttes ved invitasjoner til større arrangementer.

4.2.6 Allmennmedier – debatt og kronikker

Å generere oppslag i allmenne medier kan ha som hensikt å profilere tjenesten (jfr punkt 2.1) påvirke opinion og holdningsdannelse (jfr punkt 3.3) og kommunisere budskap til viktige interessenter (jfr punkt 2.3). Det vil først og fremst være interessant å nå beslutningstakere og rammesettere via media. Virksomheten er avhengig av politisk «standing» for å motta bevilgninger, vil ofte søke å være mer aktive til stede i allmennmedia enn de som mottar faste midler til virksomhet. På rusfeltet kan det se ut til at private aktører oppslag i allmennmedia høyere enn de offentlige tiltakene.

Erfaringene er at dagspresse eller allmennmedia er lite egnet i direkte kunnskapsformidling. Erfaring fra institutter og enheter som driver rusforskning og der resultatene lanseres i allmennmedia, er at dette i liten grad genererer publikums etterspørsel etter kunnskapsproduktene i seg selv (artikler i fulltekst, boklån)³. Dersom medier krever eksklusive rettigheter i forbindelse med lansering, kan det være kontraproduktivt å benytte allmennmedia på denne måten framfor smalere kanaler som en med større sikkerhet vet at en når bestemte målgrupper gjennom.

I noen tilfeller har NK TSBs prosjektene som hensikt at et tema i kommer høyere opp på dagsorden i «helsenorge» eller får endret omdømme. I slike tilfelle vil allmennmedia være en prioritert kanal. En aktuell genre vil være selvskrevne kronikker til allmennmedia. Rekruttering av brukere/ pasienter vil også kunne skje gjennom artikler og annonser i magasiner og ukeblad.

4.2.7 Egne nyheter/ nyhetsbrev

I hvilken kanal en vil presentere nyheter som tjenesten genererer, vil avhenge av type leveranse og tenkt målgruppe. Det skal lages egne kommunikasjonsplaner de ulike prosjektene. Tjenesten i seg selv skal ikke publisere egne nyhetbrev som en kan abonnere på via e-post. NK TSB sitt mål er å tilgjengeliggjøre kunnskap som målgruppene kan ta aktivt i bruk, *når de selv definerer at de trenger kunnskapen* (jfr pull-prinsippet, prinsipp nr 4). Produksjon av nyheter vil binde opp kommunikasjonsressurser til å ”fylle nyhetsflaten” på bekostning av andre, prioriterte kommunikasjonsoppgaver. Trafikkdata tyder dessuten på at

³ Kilde: Sirius

nyhetsbrev-mottakerne konsumerer nyheter passivt og sjelden laster sjelden ned verktøy etc som er lenket til nyhetsartikler.

Facebook og twitter og oppslag i fagmedia er effektive kanaler for å markedsføre eller gjøre lesere oppmerksomme på innhold på nettstedet, enten det gjelder nyheter eller fast innhold og verktøy.

4.2.8 Sosiale nettsamfunn

Sosiale nettsamfunn gir mulighet for å dele og debattere innhold på nett. 3,2 millioner nordmenn er på Facebook. 2,2 millioner bruker det hver dag. Twitter har rundt 500.000 medlemmer (2016-tall). Sosiale medier/ nettsamfunns fortrinn er at en når de med forhåndsinteresse for en sak eller person (følgere). Formatenes virkemåte er med på å legge premissene for mange virksomheter – også i NK-TSB. Det ene premisset handler om tid – å *utnytte momentum* mens det er «blest om» en sak eller varmt rundt et event på sosiale medier. Det andre premisset er *den korte tiden en har til å fange leserens oppmerksomhet*. Dette stiller krav til å spissformulere og forenkle/ forkorte alle sakssammenhenger og tema.

Oslo universitetssykehus har som policy at medarbeiderne skal være modigere i bruken av ny teknologi og nye kanaler. OUS-HF sin e-håndbok om enhetenes bruk av sosiale medier sier at «tilstedeværelse på sosiale medier kan være et nyttig supplement til den offisielle nettinformasjonen fra Oslo universitetssykehus.» (Oslo Universitetssykehus 2013). Nasjonal kompetansetjeneste TSB har i tillegg egne rutiner for administrasjon av facebookprofilen (Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2015).

Hensikten med at tjenesten deltar på facebook er å få trafikk til www.tsb.no, samt få tilbakemeldinger på innholdet eller annet engasjement rundt sakene lenkene gjelder. Facebook er gir også mål på omverdens etterspørsel etter eller interesse for tema tjenesten tar opp: Hvilke tema «selger seg selv» og hvilke er tyngre å kommunisere ut?

Facebookprofilen Nasjonal kompetansetjeneste TSB skal

- skape diskusjon rundt og interesse for prosjektene og sentrale faglige budskap i prosjektene
- øke synligheten og tilgjengeligheten til www.tsb.no og supplere innholdet på nettsiden
- bidra til å at brukere kan dele, kommentere og diskutere tjenestens innhold og leveranser
- profilere Nasjonal kompetansetjeneste TSB som en seriøs aktør som er oppdaterte og i aktivt samspill med viktige interessenter/omgivelser i hele landet. ((Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2015)

Jo større antall følgere av/likes til og engasjement rundt facebookprofilen, jo større trafikk. Den største driveren av engasjementet er at postinger spres/ deles på andre sine vegger. Engasjementet vil ikke alltid i hovedsak vises på NK TSB sin profil, men der den enkelte facebookbruker deler saker. Et ledd i interessentdialogen er å dele poster fra andres profiler eller blogger⁴. Gjensidig lenking og gjenlenking tjener alle.

⁴ En regel kan være å dele innlegg fra anerkjente institusjoner og virksomheter, ikke privatpersoner.

Som nevnt i innledningen om sosiale medier, gir valg av «kanal ut» av og til premisser for faglig arbeid. Når en avviker et arrangement vil det være ønskelig at det kommenteres med tekst eller bilder i sosiale medier og dra med seg den interessen dette genererer ved å tilby mer rett i etterkant av hendelsen, i form av kort oppsummering av hendelsene, presentasjoner i pdf osv.

Hvor mye skal den enkelte medarbeider delta ved f.eks. å dele NK-TSB sine ytringer eller postinger på egne nettsider? Noen opplever dilemma rundt rollen som deltakere i diskusjoner på facebook eller twitter om tema i fagutøvelsen. I hvilken grad skal de bruke sin personlige profil til å fremme budskap på vegne av arbeidsgiver? Hvor personlige kan de være? Farten og omskifteligheten i diskusjonen krever en spontanitet som ikke alle er komfortable med (Branzæg m f 2013). For noen kan det også være dilemma knyttet til hvor mye tid en vil investere i å bygge opp en skare av følgere, dersom en "bare" ønsker å være til stede på facebook som fagperson. Her skal den enkelte medarbeiders valg respekteres.

Som andre nettverk rekrutterer facebook deltakere blant venner og venners venner og involverer i noen grad personlige faglige og private nettverk. Dermed treffer kanalen sosiodemografisk skjevt. I 2016 er det f.eks. en overvekt kvinner og Vestlandet og Nord-Norge er overrepresenterte blant følgerne. Å tydeliggjøre følgere (personas – se 3.6) og andre tiltak for å sørge for geografisk spredning (3.4) gjelder også facebook.

NK TSB skal være til stede med egen profil på twitter. Twitter er en såkalt mikrobloggtjeneste som brukes til meningsytringer men også til å lenke til nettsider og nettsted. Mens mange benytter facebook til å dele personlige opplevelser, er Twitter mer benyttet til å diskutere saker i offentligheten. Overvekten av deltakerne jobber innen media, politikk, kommunikasjon eller forskning. Undersøkelser viser at nesten halvparten av twitringen er knyttet til forskning eller undervisning. Dette gjør Twitter til et interessant sted å signalisere hva man holder på med overfor ansatte i disse bransjene, samt skape interesse for enkeltsaker. Gjennom å bygge opp et nettverk av følgere (som kan ta tid) kan man nå mange mottakere med kunnskapsinnhold.

Tjenesten ønsker å teste ut bruken av Twitter. Her er utfordringen ikke bare å dele og "like" innhold og emner, men ta aktivt del i diskusjoner, med kort responstid. Det betyr å være til stede og være forberedt på å retwitre meldinger dersom de kommer. En taper momentum hvis en ikke følger opp slike tilsvare innen kort tid. Det er derfor naturlig at ledere forvalter twitterkonto på vegne av institusjonen, men det blir langt vanligere at twitter benyttes til informasjon om nyheter på nettsiden etc.

→ Det skal etableres rutiner for administrasjon av twitterkonto.

Innholdsmessig skal postene på facebook og twitter være relaterte til:

- Forskning og ny kunnskap som støtter opp under NK-TSB sine prosjekter
- Verdier som støtter opp under NK-TSB sine prosjekter
- Høringssvar og uttalelser som NK-TSB er bedt om å avgi
- Alt nytt innhold som publiseres på www.tsb.no
- Positive holdninger til ansatte og pasienter i TSB
- Speile brukerengasjement

4.2.9 Blogg

Mens den enkelte kan føle seg ukomfortabel med tempo og krav til synlighet i sosiale medier, er blogg et format som en har større mulighet for å kontrollere. Mens Twitter kan oppfattes som «akademisk» er blogg en folkelig og ofte virksom kanal mot både befolkning og fagoffentlighet. Delinger i sosiale medier, som gir mange lesere. En blogg kan opprettes på egen hånd og i en gratis publiseringsløsning.

Et eksempel på en faglig blogg på rusfeltet er «Om rus og avhengighet» (Borgestadklinikken). Tall fra 2013 viste at den hadde rundt 330 000 besøk. Alle innlegg er fra klinikkens fagfolk og fra brukerrådets leder, og særlig innlegg om rusproblematikk i forbindelse med foreldrerollen ble delt og lest av mange.

«Om rus og avhengighet» har ukentlige innlegg og krever mye bloggeraktivitet fra fagfolkene. Andre deltar i felles bloggtjenester. Forskere og ansatte ved sykehusavdelinger/enheter i Oslo universitetssykehus benytter en felles blogg: Forskningssykehuset. Denne bloggen er et samarbeid mellom sykehuset og forskning.no og har til sammen mer enn 2 mill sidevisninger (mars 2015). Leserne beskrives som høyt utdannet og dessuten opptatt av helsestoff (60 prosent). Den beskrives som et sted der forskere «forteller vi hva vi brenner for, enten det er forskningspolitikk eller fag, og hvordan vi arbeider for å bedre liv og helse for pasienter og for å øke kunnskapen om sykdommer og behandlingen av dem.»

Lage forslag om ulike bloggløsninger for NK-TSB

5. Eksternkommunikasjon og mediekontakt

5.1 Mediekontakt

Mediestrategien til Oslo universitetssykehus sier at alle ansatte med lederansvar og/eller selvstendig faglig ansvar kan uttale seg til mediene om saker som angår eget ansvarsområde. I NK-TSB gjelder dette leder og prosjektledere hvis uttalelsene gjelder prosjektet de leder. Dreier en henvendelse seg om politikk, økonomi eller andre overordnede spørsmål, skal henvendelsene besvares av sykehusets ledelse. Det vil da være aktuelt å kontakte kommunikasjonsstab.

Mediehåndbok for Oslo universitetssykehus (Oslo universitetssykehus 2012) beskriver rutiner knyttet til henvendelser fra media. Her understrekes at media skal gis en åpen og korrekt fremstilling av sykehuset, at pasientenes interesser og rettigheter skal ivaretas, samtidig som en skal komme i møte krav om og forventning til innsyn og åpenhet. Faglig uenighet skal ikke holdes skjult, men fremstilles på en slik måte at det ikke skader publikums generelle tillit til sykehuset (e-håndboka 2012).

Ved henvendelser fra media til kompetansetjenesten gjelder følgende ansvarsdeling:

- Tjenestens leder har ansvar for å uttale seg til mediene om saker som angår kompetansetjenesten som helhet, etter at kommunikasjonsdirektøren / medievakten ved OUS er konsultert (e-håndboka)
- Etter avtale med leder kan prosjektledere uttale seg om prosjektet de leder.

- Kommunikasjonsrådgiver har ansvar for å yte service overfor media samt koordinere mediehenveler om fagspørsmål som kan besvares av deltakere i prosjekter, evt etter råd fra leder og fagansatte.

Kommunikasjonsfaglige ansatte (egen rådgiver eller kommunikasjonsavdelingen) kan bistå med medietreningskurs, briefing før et intervju, tilstedeværelse under intervju og bistand i etterkant av intervju.

5.2 Medieovervåkning

De enkelte medarbeidere tipser hverandre om saker i media. Hver og en har ansvar for å lese hver sine fagblader/ tidsskrift og tipse kolleger om interessante saker/oppslag, som bestemt av leder.

6. Måling av tilbakemeldinger

En forutsetning for at fagformidlingen skal føre til hevet kvalitet i behandlingen, er at tjenesten har tilbakemeldingssystemer som viser at kunnskapen

- 1) når fram til tjenestestedene
- 2) oppleves relevant
- 3) kommer til anvendelse

Hvordan få tilbakemelding på at tjenesten leverer hva målgruppen trenger? Halvårsrapporter over trafikkdata fra nettsiden kan brukes aktivt til blant annet å se hvilke sider som blir mest besøkt. Disse rapportene kommer imidlertid med minimum et halvt års mellomrom og det er ønskelig at en i løpet av planperioden får muligheten for å bruke analyseverktøy – f eks google analytics – for å måle trafikk til www.tsb.no. På bakgrunn av slike målinger vil det være mulig å søkemotoroptimalisere innhold så det blir mer brukervennlig.

Facebook skal benyttes til å måle interesse for tema. For å måle respons på arrangementer benytter tjenesten «Happy or not» med designete spørsmål, egne spørreskjema eller Questback.

Etter avtale kan tjenesten be om å utføre enkel innholdstesting av innhold på tsb.no blant ansatte i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, med spørsmål som måler relevans, tilgjengelighet, strukturert og om innholdet er handlingsdrivende.

Enkel innholdstest

Relevans: Støtter innholdet din oppgaveløsning? 1—10

Tilgjengelighet: Er innholdet lett å forstå? 1—10

Godt strukturert: Får du lett tak i de viktigste poengene i teksten? 1—10

Handlingsdrivere: Peker teksten mot mulige handlingsalternativer? 1—10

Referanser

Brantzæg, m fl (2013): Sosiale medier i all offentlighet, Kommuneforlaget

Brorson, Hanne m fl (2013) : Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clinical Psychology Review. 33(8), s 1010- 1024

Dalen (2012) : Slik lykkes du endelig med innhold på nett, Fagbokforlaget

Farbrot, Audun (2013) Forskningskommunikasjon, Kommuneforlaget 2013

Fornyings- og administrasjonsdepartementet (2009): Statens kommunikasjonspolitikk
Den statlige kommunikasjonsplakaten

Helse- og omsorgsdepartementet (2010): Veileder til Forskrift nr 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet (2011): Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser

Helsedirektoratet (2011) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser

Nasjonal kompetansetjeneste TSB (2014): Strategi 2014-2017

Nasjonal kompetansetjeneste TSB (2015): Lokale rutiner for administrasjon av facebook-profilen Nasjonal kompetansetjeneste TSB- E-håndbok

Nasjonal kompetansetjeneste Rus og psykisk lidelse (2012): Forstudie for nettsiden ROP.no. Strategi for nettbasert informasjons- og kunnskapsspredning

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2013): Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger

Oslo Universitetssykehus (2012): Mediehåndtering. e-håndboka, oppdatert 2012

Oslo Universitetssykehus (2013): Kommunikasjonsstrategi 2013-2015. e-håndboka, Oppdatert mars 2013

Oslo Universitetssykehus (2013): OUS-enhetenes bruk av sosiale medier

Oslo Universitetssykehus (2013): Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling inkludert legemiddelassistert rehabilitering, Forprosjekt

Sosial- og helsedirektoratet (2006): Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015 ”..og bedre skal det bli!” (2005)IS- 1162

van Bel, Sander (2013): Follow that customer, Racom Communications.

Akutte tjenester i TSB, Prosjektplan 2016 - 2017

Hovedformål: Pasienter med rus- og avhengighetslidelser får tilbud om akutte tjenester av god kvalitet, uavhengig av organisatorisk modell og geografi.

1. Bakgrunn og formål med prosjektet

1.1 Bakgrunn og formål fase 1 (2014-2015)

De regionale helseforetakene er pålagt å utpeke akutt plasser for pasienter med rusmiddelproblemer. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 som omhandler øyeblikkelig hjelp, sier: *"(...) Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp, og pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk."*

I brev fra HOD av 31.12.07 til de regionale helseforetakene heter det om RHF-enes ansvar etter endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1:

"Utpeking av plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd er det innført en plikt for de regionale helseforetakene å utpeke det nødvendige antall institusjoner eller avdelinger i institusjoner som plikter å motta pasienter med behov for akutt/øyeblikkelig rusbehandling. De regionale helseforetakene avgjør selv hvordan dette akutttilbudet skal organiseres, og må vurdere hvilke og hvor mange institusjoner eller avdelinger som bør utpekes for å oppfylle en slik beredskapsfunksjon."

Hva menes med akutte tjenester? Generelt er akuttmedisin definert som «*Raskest mulig kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking for å hindre lidelse, varig funksjonssvikt eller tap av liv ved akutt oppstått sykdom, akutt forverring av eksisterende sykdom eller skade*». I forarbeidet til endringer i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, Ot.prp. 53 (2006-2007) utdypes akutt / øyeblikkelig rusbehandling slik: «*Plikten til å gi akutt / øyeblikkelig rusbehandling innebærer at pasienten skal tas imot straks dersom det ut i fra de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen som institusjonen eller avdelingen som er utpekt kan gi, er påtrengende nødvendig. Det vil si at pasienten har et akutt / øyeblikkelig behov for helsehjelp for sin rusavhengighet og det ikke vil være forsvarlig at pasienten henvises til å følge de ordinære prosedyrene for inntak*».

Akutte tjenester for pasienter med rusmiddelproblemer var, og er, svært ulikt organisert i helseforetakene. Det finnes for eksempel ruspoliklinikker / DPS med akuttansvar, liaison- og konsultasjonstjenester for både pasienter innlagt i somatiske avdelinger og pasienter innlagt i psykiatriske avdelinger, samt akuttfunksjon lagt til avrusningsavdelinger.

I Oslo ble det spesifikt bedt om at det ble opprettet et eget akuttmottak for pasienter med rus- og

avhengighetslidelser. I oppdragsbrevet for 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet til HSØ sies det: "Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Oslo kommune starte arbeidet med etablering av en avdeling/institusjon for rusmiddelavhengige som har behov for akuttjenester."

Rusakuttmottaket (RAM) ble derfor etablert i Oslo i 2010. Målet var å etablere tilgjengelige og helhetlige tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skader og lidelser uten brudd i behandlingsskjeden. En viktig faktor for Rusakuttmottaket (RAM) var å etablere et tverrfaglig tilbud som baserte seg på et bio-psyko-sosialt perspektiv. Dette innebærer at RAM har ansatte med sosialfaglig utdanning, sykepleiere, psykologer og leger. Pasienter som blir henvist til RAM får en bred kartlegging både med hensyn til somatikk, psykisk helse og sosiale forhold. RAM har en vurderingsenhet og et døgntilbud der gjennomsnittlig liggetid er 48 timer.

I fase 1 av prosjektet «Akutte tjenester i TSB» var hovedmålsettingen å evaluere Rusakuttmottaket i Oslo for eventuelt å kunne peke på noen vesentlige faktorer for akutte tjenester av god kvalitet. SINTEF fikk oppdraget og leverte sin rapport i august 2015. Dataene til rapporten ble samlet inn ved å intervju pasienter, ansatte og ledere ved Rusakuttmottaket samt intervjuer med samarbeidspartnere og brukerråd. Det ble også hentet inn tilgjengelige registerdata. Konklusjonen til SINTEF er at Rusakuttmottaket er en vellykket etablering og et godt akuttilbud:

«SINTEFs konklusjon er at etableringen av RAM har vært vellykket og at enheten gir et tilbud som manglet tidligere. Etableringen setter fagfeltet akuttrusbehandling tydelig på dagsorden, retter oppmerksomhet mot pasientgruppen og hever trolig rusfeltets status.» (s 57)

«Alle informantene, både ansatte og ledere ved Rusakuttmottaket (RAM) og Avdeling Rus- og avhengighetsbehandling (ARA), samarbeidspartnere, pasienter og medlemmer i Brukerrådet er enige om at etableringen av Rusakuttmottaket har vært vellykket.» (s 57)

Blant faktorene som trekkes frem for å forklare hvorfor RAMs tilbud anses som vellykket er særlig den tverrfaglige kompetansen, tilgjengelighet i form av døgntilbud og kriseforståelse / krisehåndtering.

1.2 Bakgrunn og formål fase 2 (2016-2017)

Retningslinje 1 i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016) omhandler akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp. Retningslinjen søker å klargjøre når personer med rusmiddelproblemer har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten samt at retningslinjen også gir faglige anbefalinger knyttet til de vurderingene som må tas. Retningslinjen gir en avklaring med tanke på hvilke pasienter som først og fremst bør få et tilbud innenfor psykisk helsevern eller somatikk og hvilke pasienter som rett til akutt / øyeblikkelig hjelp fra TSB innenfor de rettslige rammene. I begrunnelsen for retningslinjen vektlegges følgende:

"Dersom rusmiddelbruk er dominerende i sykdomsbildet og det ikke foreligger alvorlige psykiske eller somatiske lidelser som nevnt over, må det gjøres en tverrfaglig vurdering, og pasienten må gis helsehjelp i TSB dersom hjelpebehovet er påtrengende nødvendig.

Ved akuttmottak av pasienter med rusmiddelproblemer bør følgende undersøkelser foretas:

- *Undersøkelse og vurdering av rusmiddelbruk og annen avhengighet*
- *Undersøkelse og vurdering av somatisk helse*
- *Undersøkelse og vurdering av psykisk helse*
- *Undersøkelse og vurdering av aktuell sosial situasjon (arbeid, utdanning, økonomi, bolig og sosiale forhold, barn og nettverk (privat og profesjonelt))*
- *Innkomstprøver*
- *Vurdering av ev. forgiftning*

Retningslinjen tydeliggjør dermed at akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp handler om en tverrfaglig tilnærming, med et bio-psyko-sosialt perspektiv.

I forarbeidet til Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016), kartla Helsedirektoratet status for å se på hvorvidt helseforetakene har etablert rusakuttenheter eller andre tilbud om øyeblikkelig hjelp / akutt rusbehandling. Det viser seg at flere helseforetak nå har etablert ulike varianter av rusakuttmottak, men på langt nær alle. Flere har øremerket senger i psykiatriske sengeposter til akutt rustjeneste, andre har lagt akuttilbudet til poliklinikker, ofte med tilbud kun på dagtid. Av de etablerte rusakuttmottakene ser det ut til å være flere ulike måter å organisere tilbudet på. Det bør kartlegges nærmere hvorvidt de eksisterende akutte tjenestene gir tilbud i tråd med et bio-psyko-sosialt perspektiv og om brukerne opplever tilbudet som et reelt akuttilbud (tilgjengelighet).

Imidlertid kan man ikke si at Rusakuttmottaket i Oslo skal være en modell for akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp i alle helseforetak. Pasientpopulasjonene varierer, det er også variasjon i hvordan tilbudene i TSB er bygd opp samt hvordan samhandlingen mellom TSB, psykisk helsetjeneste og somatikk er organisert. SINTEF understreker i sin evaluering av Rusakuttmottaket i Oslo at noen sentrale krav må være oppfylt for at en enhet skal kunne kalles en «Oslomodell». Det legges der vekt på kriteriene først og fremst må være et døgnåpent tilbud som må være bemannet med tilstrekkelig kompetanse til en tverrfaglig vurdering, samt tilgjengelige sengeplasser. SINTEF-rapporten sier videre: *«På mindre steder bør det tverrfaglige teamets funksjon kunne etableres innen en eksisterende instans, for eksempel ruspoliklinikk, avrusningsavdelinger, DPS, sykehusavdeling osv. Hvis det legges til en poliklinikk, vil man ha muligheten for innleggelse på andre behandlingssteder. Det er uansett viktig at poliklinikkene involveres, slik at pasientene eventuelt kan følges opp etter utskriving, enten de innlegges eller ikke. Å etablere et slikt tilbud ved en ruspoliklinikk eller et DPS ville kanskje kreve en noe mer fleksibel måte å jobbe på enn dagens rammer tillater?»*

Fase 2 av prosjektet «Akutte tjenester i TSB» vil legge særlig vekt på å oppsummere status for de akutte tilbudene for pasienter med rusmiddelproblemer som finnes i helseforetakene pr i dag, samt tilrettelegge for erfaringsutveksling ved å oppsummere og synliggjøre konsekvensene av ulike måter å tilby akutte tjenester på for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer. I den forbindelse trenger vi å vite noe mer om ulike måter å organisere akutte tjenester på får noen konsekvenser for kvaliteten på tjenestetilbudet. Det kan se ut som om kvaliteten på tilbudet henger sammen med faktorene som SINTEF oppgir som suksessfaktorer for Rusakuttmottaket i Oslo, det vil si tilgjengelighet, tverrfaglighet og kriseforståelse / krisehåndtering, men at det kan være ulike modeller for å oppnå disse faktorene som kjennetegner god kvalitet.

En annen faktor som må tas med i betraktning er at det i Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, slås det fast at regjeringen vil «*innføre plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer fra 2017*». Det er foreløpig noe uklart hvordan det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet vil kunne sees i sammenheng med akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Tenker man noe ulike målgrupper? Vil de faglige kriteriene være like eller noe forskjellige? Skal tilbudene sees på som ulike ledd i en helhetlig behandlingskjede eller pakkeforløp?

Hovedformålet med prosjektet «Akutte tjenester i TSB»: Pasienter med rus- og avhengighetslidelser får tilbud om akutte tjenester av god kvalitet, uavhengig av organisatorisk modell og geografi. Vi må derfor gjenspeile det faktum at tilbudene i 1. linjetjenestene skal forsterkes og se på om dette får noen konsekvenser for tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har også vedtatt pakkeforløp innen rusbehandling, og det vil være viktig å se på hvilken plass akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp får i slike beskrevne forløp.

2. Målene for prosjektet

2.1 Hovedmål: Oppsummere status for akutttilbudet pr i dag gjennom kartlegging, for å kunne peke på hva som kan kjennetegne et godt akutttilbud

Tiltak:

- Kartlegge hvordan akutttilbudet er organisert i helseforetakene pr i dag med utgangspunkt i Helsedirektoratets oversikt
- Kartlegge om det er forskjeller i innhold og målgrupper i eksisterende akutttilbud
- Kartlegge hva som legges i akuttbegrepet, det vil si om det er ulik forståelse for hva akutte tjenester i TSB innebærer
- Følge med på hvordan det kommunale ø-hjelpstilbudet for psykisk helse og rus fra 2017 tenkes organisert, og om det får noen konsekvenser for akutttilbudet i TSB med tanke på overlapping av målgruppe og innhold
- Følge med på hvordan pakkeforløp på rusfeltet tenkes organisert, og om det får noen konsekvenser for akutttilbudet i TSB

2.2 Hovedmål: Tilrettelegge for erfaringsutveksling ved å oppsummere og synliggjøre konsekvensene av ulike måter å tilby akutte tjenester på for pasienter med rus- og avhengighetslidelser.

Tiltak:

- Arrangere en eller flere workshops for brukere, klinikere og relevante fagmiljøer for å innhente erfaringer
- Innhente erfaringer fra brukerne / målgruppen for tjenestetilbudet
- Arrangere en nasjonal erfaringskonferanse som oppsummerer kartlegging og innhenting av erfaringer som er gjort

2.3 Hovedmål: Formulere suksesskriterier om ulike måter å organisere akutttilbud på slik at alle brukere opplever å ha tilgang til et godt og likeverdig tilbud

Tiltak:

Basert på kartlegginger og erfaringsdelinger (workshops), formulere noen suksesskriterier om ulike måter å organisere akutte tjenester i TSB på slik at alle brukere opplever å ha tilgang til et godt og likeverdig tilbud

3. Organisering av prosjektet

Etablere en prosjektgruppe med brukerrepresentant, representant fra KS, representant fra Rusakuttmottaket

4. Rammebetingelser

Budsjett

Prosjektleder 30 %

Utgifter til reising, workshops og nasjonal erfaringskonferanse

5. Milepæler og aktiviteter

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan
Kartlegging av eksisterende tilbud:	• Kartlegge hvordan akutttilbudet er organisert i helseforetakene pr i dag	Innen august 2017
	• Kartlegge hvem målgruppene for de eksisterende tilbud er	Innen august 2017
	• Kartlegge om det er forskjeller i innholdet i eksisterende akutttilbud	Innen august 2017
	• Kartlegge hva som legges i akuttbegrepet, det vil si om det er ulik forståelse for hva akutte tjenester i TSB innebærer	Innen august 2017
	• Følge med på hvordan det kommunale ø-hjelpstilbudet for psykisk helse og rus fra 2017 tenkes	Innen oktober 2017

	organisert, og om det får noen konsekvenser for akutttilbudet i TSB. • Følge med på hvordan pakkeforløp på rusfeltet tenkes organisert, og om det får noen konsekvenser for akutttilbudet i TSB	Innen oktober 2017
Erfaringsutveksling:	• Arrangere en eller flere workshops for brukere, klinikere og relevant fagmiljøer • Arrangere en nasjonal erfaringskonferanse som oppsummerer kartlegging og erfaringer • Holde workshops om helhetlig akutt / ø-hjelpstilbud på KS læringsnettverk psykisk helse og rus	Innen 31.01 2017 Innen 31.05 2017 Løpende, innen høsten 2017
Oppsummering:	Formulere noen suksesskriterier om ulike måter å organisere akutttilbud på slik at alle brukere opplever å ha tilgang til et godt og likeverdig tilbud	Innen 31.12 2017

7. Oppfølging og evaluering:

Oppsummeringsnotat med vekt på oppnådde resultater

Notat som formulerer noen anbefalinger om ulike måter å organisere akutttilbud på slik at alle brukere opplever å ha tilgang til et godt og likeverdig tilbud

8. Referanser

- "Hva er god akuttbehandling i TSB?". Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-nettverk rus, 2010

- "Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus HF". SINTEF, 2015.
- Oppdragsbrev for 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst
- Meld.St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler
- Rusakuttenheter og akutt rusbehandling. Helsedirektoratet, 2015

Prosjektbeskrivelse – Asperger syndrom og rus

Samarbeidsprosjekt mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK- TSB) og NevSom - Nasjonalt kompetansesenter for Nevrouviklingsforstyrrelser og Hypersomnier, OUS

Bakgrunn

Det finnes ingen oversikt over hvor mange med Autismespekterdiagnoser (ASD) som også har et rusproblem i Norge. Internasjonalt er oversikten også svært begrenset. Noen undersøkelser av komorbide lidelser og ASD, rapporterer forekomst av rus. For eksempel fant en svensk undersøkelse av voksne henvist til spesialistavdelinger for ASD rusproblemer hos 16 % (Hofvander og flere, 2009). I studier av kriminalitet og ASD fremkommer forekomst av rusproblemer hos noen personer med ASD som har begått kriminelle handlinger. Sammenlignet med andre kriminelle synes færre med ASD å ha rusproblemer (Woodbury-Smith og flere, 2006, Helverschou et al., 2015).

Selv om rusproblemer kanskje ikke er et hyppig problem blant personer med ASD, mottar NevSom (tidligere Autismeenheten) stadig oftere henvendelser knyttet til denne problemstillingen.

Henvendelsene kan kategoriseres på følgende måte:

1. Pårørende og brukere som etterspør hjelp til å få adekvat behandling
2. Fagpersoner som ber om bistand til å gjennomføre rusbehandling fordi personene med ASD ikke passer inn i og ikke nyttiggjør seg den behandlingen som tilbys.
3. Fagpersoner som ønsker bistand til å diagnostisere ASD fordi de har fått mistanke om at de arbeider med en klient med ASD.

Mål

Sikre likverdig tilgang på individuelt tilrettelagt rusbehandling helsetjenester for pasienter med samtidig Autismespekterdiagnoser / forstyrrelser (ASD) og ruslidelser innen spesialisthelsetjenesten.

Milepæler

- Oppsummere evidens og tidligere erfaringer
- Behandle minimum 10 pasienter
- Utarbeide et veiledningshefte for bruk innen rusfeltet (jmf. rapport fra NAV)
- Skrive artikkel som oppsummerer forskning, klinisk erfaring og brukererfaring (norsk eller nordisk tidsskrift)
- Presentere erfaringene på aktuelle konferanser i Norge og Internasjonalt
- Gjøre erfaringene tilgjengelige på nettsider for Nasjonal kompetansetjeneste for TSB og AE

Organisering av prosjektet

Prosjektet er et samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB), Seksjon ruspoliklinikker og NevSom -Nasjonalt kompetansesenter for Nevrouviklingsforstyrrelser og Hypersomnier (tidligere Autismeenheten), alle del av Oslo Universitetssykehus.

Styringsgruppe: Espen Arnevik (leder NK-TSB), Britta Nilsson (leder NevSom), Kari Bussesund (leder Seksjon for ruspoliklinikker, OUS), Sissel Berge Helverschou (Prosjektleder)

Prosjektleder: Sissel Berge Helverschou (NevSom)

Referansegruppe:

Deltagere er fagpersoner med erfaring med rusbehandling hos personer med ASD og / eller utviklingshemming, eller med stor kompetanse på ASD eller med rusbehandling og dobbeltdiagnoser, samt brukerrepresentanter fra rusfeltet/ mental helse og fra Autismeforeningen i Norge. Referansegruppen skal bidra med sine erfaringer og gi innspill til gjennomføringen av prosjektet.

Arbeidsgruppe / Veiledningsgruppe for terapeuter: månedlige samlinger

Utvikle kartlegging tilpasset ASD - finne frem til egnet materiale eller utvikle selv
Utarbeide manual for behandlingen (skissere sentrale elementer som bør inngå)

Gjennomføre behandlingen

Diskusjon av nødvendige tilpasninger og problemer under veis i behandlingen.

Metode

Arbeidsgruppen foretar en litteraturgjennomgang av relevante veiledere og litteratur knyttet til behandling av pasienter med Asperger syndrom. På bakgrunn av litteraturgjennomgang og klinisk erfaring utvikles det en ramme/"behandlingsmal" for behandlingen.

Gjennomføre Kognitiv atferdsterapi for minimum 10 pasienter med ASD og IQ > 70 (Asperger syndrom) og rusproblemer fra Osloområdet (Oslo, Akershus og deler av Buskerud). Klinikere fra seksjon ruspoliklinikker utpekes som ansvarlig for behandlingen. Disse veiledes av veileder fra NevSom. Etter gjennomført behandling samles erfaringer fra klinikere, veiledere og pasienter gjennom intervjuer og veiledningshefte, artikkel og presentasjoner utarbeides. Nasjonal kompetansetjeneste TSB gjennomfører intervju av pasientene, terapeutene og veilederne etter avsluttet intervensjon. I tillegg gjennomføres standardisert kartlegging før og etter intervensjonen.

Rekruttering av deltagere:

Informasjonsskriv (flyer) og utfyllende informasjonsskriv distribueres for å få pasienter henvist.

Inklusjonskriterier: Autismespekterdiagnose og IQ >70 (Asperger syndrom), omfattende rusproblemer og alder på 16 år eller eldre.

Det vil være to ulike måter å bli henvist til behandling på:

- a) Kan gjøres på ordinær måte gjennom fastlege eller sosialkontor. Vil vurderes i forhold til rettighet.
- b) Kan henvises gjennom nasjonal kompetansetjeneste TSB. Det vil så opprettes kontakt med fastlege parallelt med oppstart av behandling

Seksjons ruspoliklinikker vil ha behandlingsansvar og dermed også journalansvar for alle pasientene.

Kartlegging

Instrument	Hensikt	Før	Etter
HSCL-25	Diagnose	X	
Wechsler-test	for vurdering av IQ dersom testdata er eldre enn 3 år	X	
AQ	for å bekrefte autismediagnosen	X	
Alcohol-E/ DUDIT-E	for kartlegging av rusproblemer	X	X
GAF	Psykososialt funksjonsnivå	X	X
GAS	Måloppnåelse av individuelle mål		X
PSQ-18	Pasienttilfredshetsskjema (Patient Satisfaction Questionnaire)		X

Kartlegging av pasientenes komorbiditet er viktig, da inklusjonskriteriet i utgangspunktet bygger på komorbiditet mellom ruslidelser og Asperger syndrom. HSCL-25 (Parloff, 1954) kartlegger symptomer på angst og depresjon, og brukes ordinært i ruspoliklinikkene.

Wechsler-tester; *WAIS-III* for voksen (Wechsler, Nyman, & Nordvik, 2003) er blant de evnetester som er mest benyttet i Norge. WASI (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence; Ørbeck & Sundet, 2007) dekker aldersgruppen 6-89 år, og har en høy korrelasjon til *WAIS-III* (Bosnes, 2009). Evnemessig kartlegging av IQ må være gjennomført i løpet av de siste 2-3 årene.

AQ The Autism Spectrum Quotient, er et instrument for bruk i forskning for å kartlegge autismevansker hos personer med normalt evnenivå (Baron-Cohen et al., 2001).

Global Assessment of Functioning (GAF) brukes for å måle psykososial fungering før og etter behandling. GAF skåres på en skala fra 0 to 100, hvor en høyere skåre indikerer bedre psykososial fungering. Det brukes en splittet GAF versjon hvor symptomer (GAF-S) and funksjon (GAF-F) skåres separat (Goldman et al., 1992). GAF skåren bestemmes ut fra laveste nivå av funngering

Goal attainment scaling (GAS) er en metode for å kunne individualisere målsettinger og kvantifisere resultater i forhold til målene. Opprinnelig ble metoden utviklet som en evalueringsmetode for å måle endringer i mental helse (Kiresuk & Sherman, 1968), men anvendes nå innenfor en rekke ulike disipliner (Schlosser, 2004). I aktuelt prosjekt vil GAS bli brukt for å vurdere grad av bedring/endring hos deltakerne. Terapeut og deltaker utarbeider i fellesskap 3 konkrete og realistiske behandlingsmål, og skalerer resultatene på en skala fra +2 til -2. Best mulig resultat gis verdien +2, ingen endring gis verdien 0, og sterk forverring av vanskene gis verdien -2.

PSQ-18 (Marshall, G. and Hays, R., 2011) måler syv dimensjoner av pasienttilfredshet; generelt, kvalitet, interpersonlig stil, kommunikasjon, finansiering, tid og tilgjengelighet/bekvemmelighet.

DUDIT-E (Drug Use Disorder Identification Test) og Alcohol-E er fordyppningsskjema for personer som har et identifisert problem med alkohol, narkotiske stoffer og/eller legemidler. Skjemaene kartlegger bruk av alkohol, ulike narkotiske stoffer og legemidler, positive og

negative funksjoner ved bruk av rusmidler med tilhørende ambivalens, samt eventuell motivasjon for endring i rusbruk og behandling.

Datahåndtering

Alle opplysninger om deltagere i prosjektet vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Opplysninger om hver enkelt deltaker avidentifiseres av den enkeltes behandler. En kode knytter hver person til opplysninger og resultater fra tester gjennom en navneliste. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres separat på prosjektleders avlåste kontor. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i resultatene av studien når disse publiseres.

Oslo universitetssykehus HF er databehandlingsansvarlig for studien. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres vil personvernombudet ved sykehuset gis forhåndsinformasjon om dette. Prosjektleder vil hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler. Opplysningene vil bli slettet (ved at krysslisten slettes) senest den 31.12.26.

Aktivitetsplan

Aktivitet	Beskrivelse
Prosjektbeskrivelse	Utarbeide prosjektbeskrivelse inkludert kartleggingsprotokoll
Samtykkeskjema	Utarbeide samtykkeskjema
Godkjenning personvernombud OUS	Få godkjenning fra personvernombud OUS, evt. søke REK
Litteraturgjennomgang	Finne frem til aktuelle manualer og eventuell gruppespesifikk kartlegging
Rekruttering	Utarbeide flyer for å få pasienter henvist til prosjektet
Behandling	Rekruttere 2 – 3 klinikere fra rus
Veiledning	Rekruttere veileder(e) NevSom
Behandlingsmal	Rekrutterte terapeuter og veiledere samarbeider om utarbeidelse av behandlingsmal
Lage mal for tilbakemelding	Utarbeide intervju mal for klinikere, veiledere og pasienter, samt pasienttilfredshetsskjema for pasienter
Intervju 1	Intervjue klinikere og veileder(e) i gruppe
Tilbakemelding	Innhente pasienttilfredshetsskjema
Skrive veiledningshefte	Ifølge kommunikasjonsplan
Skrive artikkel	- ” -
Lage nettsider	- ” -
Presentere på konferanser	- ” -
Evalueringsprosjekt	

Referanser

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. and Clublety, E. (2001). The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger-syndrome /High Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31: 5-17.
- Berman, A.H., Källmén, H., Peter Wennberg, P.(2012). *Audit & dudit: identifera problem med alkohol och droger*. Karolinska Institutet, 2012
- Bosnes, O. (2009). Norsk versjon av Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence: Hvor godt er samsvaret mellom WASI og norsk versjon av Wechsler Adult Intelligence Scale-III? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 564–568.
- Helverschou, S.B., Rasmussen, K., Steindal, K., Søndanaa, E., Nilsson, B., Nøttestad, J. A. (2015). Offending profiles of individuals with ASD; a study of all individuals with ASD examined by the expert forensic psychiatric service in Norway between 2000 and 2010. *Autism*, Special Issue Article, Vol. 19 (7), 850-858.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chate, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Stopin, A., Anckasäter, H., Gillberg, C., Råstam, M. & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35.
- Kiresuk T. J. & Sherman R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 6, s. 443–453.
- Marshall GN, Hays RD. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1994. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) p. 7865.
- Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1954; 3:343-351.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of communication disorders*, 37, 217–239.
- Wechsler, D., Nyman, H. & Nordvik, H. (2003). *WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale: Manual. Norsk Versjon*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Woodbury-Smith, M. R., Clare, I. C. H., Holland, A. J., & Kearns, A. (2006). High functioning autistic spectrum disorders, offending and other law-breaking: findings from a community sample. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(1), 108-120.
- Ørbeck, B. & Sundet, K.S. (2007). *WASI Norsk versjon, Manualsupplement*. Stockholm: Harcourt Assessment.

Prosjektplan – Somatisk helse og rus: 2016-2017

Hovedformål: Øke og formidle kunnskapen om sammenhengen mellom rusbruk og somatisk helse for å bedre utredning, oppfølging og behandling av somatisk helse hos personer med rusmiddelproblematikk

1. Bakgrunn og formålet med prosjektet

1.1 Bakgrunn «Rus i kroppen» fase 1 (2014-2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) la oppdragsdokumentene til helseforetakene fra 2013 og 2014 vekt på at det er et mål å:

«Etablere system ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og evt. henvise disse videre til tverrfaglig spesialisert behandling»

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har som et av sine strategiske satsingsområder «Å koble kunnskap om aktører i feltet på prioriterte områder» (Strategi 2014 – 2017). Et slikt område er somatiske sykehus som arena for fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og som arena for intervensjoner knyttet til rus. «Rus i kroppen» ble derfor etablert som prosjekt våren 2014 med følgende hovedmål:

- Formidle praktisk erfaringer, systemer og modeller for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer i somatiske avdelinger og evt. viderehenvise disse til TSB.
- Etablere nettverk og nettsider for å bidra til løpende erfaringsutveksling blant klinikere som arbeider med intervensjoner i somatiske avdelinger.
- Gjøre forskning på ”somatisk sykehus” som arena for intervensjoner i fht rusproblemer tilgjengelig for klinikere

Det ble etablert et nettverk med interesserte klinikere fra somatiske avdelinger ved flere ulike helseforetak, samt en del fagpersoner fra TSB. Nettverket hadde tre samlinger (dagsseminarer): høsten 2014, våren 2015 og høsten 2015.

Nettverket ble en arena for å formidle praktisk erfaringer, systemer og modeller for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer i somatiske avdelinger.

Det ble også kartlagt, blant annet via helseforetakenes årlige meldinger, status for helseforetakenes oppfyllelse av oppdraget om å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer. Det har vist seg at status varierer fra helseforetak som har utarbeidet et aktivt samarbeid med somatiske avdelinger, hvor pasienter med underliggende rusproblemer fanges opp systematisk, til de miljøene som ikke har startet dette arbeidet ennå. Det finnes også helseforetak som har hatt prosjekter knyttet til hele eller deler av problemstillingen.

1.2 Bakgrunn for Somatisk helse og rus («Rus i kroppen» fase 2)

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til helseforetakene for 2015 legges det vekt på at: *«Det skal være etablert rutiner som sikrer at pasienter innen PHV og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og / eller rusproblemer».*

I Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016), sier retningslinje 4.1: *«1. Pasienter som legges inn på somatiske eller psykiatriske enheter, bør kartlegges/screenes for rusmiddelproblemer. Pasienter som har rusmiddelproblemer, bør henvises til adekvat hjelp i kommune eller TSB. 2. Ved innleggelse i somatisk eller psykiatrisk avdeling bør pasienten få hjelp til avrusning om de ønsker det, eller til stabilisering av rusmiddelavhengigheten, slik at sykdommen / skaden kan behandles forsvarlig».*

I Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016), sier retningslinje 5.5: *«Den somatiske helsetjenesten bør ha et kontinuerlig fokus på hvordan pasienter med rus- og avhengighetstilstander kan fanges opp og gis hjelp».*

Til tross for slike tydelige føringer er det imidlertid fortsatt mange helseforetak som ikke systematisk har etablert rutiner og tiltak for kartlegging og oppfølging av pasienter med rusmiddelproblemer.

Viktigheten av å kartlegge rusmiddelmisbruk, med særlig vekt på alkohol, henger sammen med kunnskapen om at alkohol er en sterk bidragsyter til tapte friske leveår. I høyinntektsland kan ca 2 % av alle dødsfall og omtrent 7 % av tapte friske leveår tilskrives alkoholbruk (SIRUS). I Norge regner man med at rundt 17 % av befolkningen har et risikofylt alkoholkonsum. 15 % av disse har risikofylt bruk og ca 2-3 % har skadelig bruk / avhengighet (FHI; Helsetilstanden i Norge 2014). I rapporten «Rusmidler i Norge 2015» (SIRUS) oppgis data fra Norsk Pasientregister om antall sykehusinnleggelser der alkoholbruk er direkte knyttet til hoveddiagnosen ved innleggelse. Slike sykehusinnleggelser har økt betraktelig de siste årene: fra 4131 innleggelser i 2004 til 6064 innleggelser i 2012. Innleggesdiagnosene som dominerer er F 10.0 (akutt intoksikasjon), F10.1-F10.9 (Psykisk lidelse og adferdsforstyrrelse, andre diagnoser) og K70.0-K70.4, K70.9 (Alkoholinduserte leverskader). SIRUS har også innhentet data fra Dødsårsaksregisteret som gjelder dødsfall direkte knyttet til alkohol. Her viser tallene fra de siste årene ikke samme sterke økning som for antall sykehusinnleggelse, men svingende mellom 300 - 450 dødsfall årlig (2004-2012). De viktigste alkoholrelaterte dødsårsakene er psykisk lidelse og adferdsforstyrrelse av alkohol/akutt forgiftning, alkoholisk leverskade samt hjertelidelse.

Imidlertid viser ikke tallene som er registrert som alkoholrelaterte sykehusinnleggelser og alkoholrelatert død det «sanne bildet». En rekke andre sykdomstilstander og dødsfall hvor alkohol har vært en utløsende eller medvirkende årsak er ikke medregnet i statistikken over alkoholrelatert sykehusinnleggelse og død, heller ikke skader og vold som følge av alkoholpåvirkning. En undersøkelse av om lag 1 300 pasienter som ble innlagt ved akutmottaket på Oslo universitetssykehus med en ulykkeskade fant hyppig bruk av rusmidler (Bogstrand, 2011). Nesten halvparten av disse pasientene fikk påvist rusmidler i blodet. Alkohol var det vanligste brukte rusmiddelet (påvist i 27 prosent av prøvene), men også legemidler (21

prosent) og narkotika (9 prosent) forekom ofte. (Folkehelse rapporten 2014)
I følge WHO (2011) bidrar alkohol til utviklingen av 60 ulike sykdommer. Alkohol påvirker alle organsystemer; etanol regnes for eksempel som et karsinogen, og kan være medvirkende årsak til en del krefttyper. Alkohol kan også være en medvirkende årsak til flere typer hjerte-karsykdommer og mange ulike sykdommer i GI-tractus blant annet.

Mens man tidligere hadde mest oppmerksomhet knyttet til direkte alkoholrelaterte diagnoser, som igjen oftest hadde sammenheng med et svært høyt alkoholforbruk over lang tid og sannsynlig alkoholavhengighet, har man nå begynt å få økende oppmerksomhet på sykdommer og behandlingsforløp der alkohol kan være en medvirkende faktor. I følge SIRUS har man ikke detaljkunnskap om hvordan alkohol forårsaker mange av disse sykdommene, men risikoen for organsykdommer hos voksne synes å øke ved daglig alkoholinntak rundt 2-3 alkoholenheter og over, eller over 10-14 enheter i uken (SIRUS 2015). Man opererer derfor med begreper som «risikofyllt og skadelig bruk av alkohol» som viser til ulike trinn på AUDIT-score, og som kan samsvare med økende risiko for helseskade. Noe av utfordringen er at personer med risikofyllt og skadelig bruk av alkohol ofte ikke selv opplever at de har et alkoholproblem, og de har som regel heller ikke kunnskap om at deres alkoholkonsum kan føre til, eller har ført til, helseskade.

Alle pasienter som legges inn i somatisk sykehus har krav på relevant behandling. Det er derfor viktig at helsepersonell blir bevisstgjort på sammenhengen mellom risikofyllt / skadelig bruk av alkohol og helseskader, og mulig negativ påvirkning av alkohol på et behandlingsforløp (kirurgisk, medikamentell og annet). Det å kartlegge rusbruk og snakke med pasienter om sammenhengen mellom rus og helseskade burde være en naturlig del av klinisk praksis. Hensikten er at alle pasienter skal få relevant behandling og oppfølging. Dersom rusbruk ikke blir adressert, kan pasienten risikere å få feilbehandling og et dårligere forløp / prognose. Utvikling av abstinensreaksjoner og delirium tremens er tilstander som helsepersonell i somatiske avdelinger bør være oppmerksomme på, og utvikle rutiner for å oppdage og håndtere. De 2-3 % med et skadelig alkoholforbruk / avhengighet utgjør antagelig en større andel av populasjonen som blir innlagt i sykehus. Et høyt alkoholforbruk kan påvirke behandlingsforløpet, både når det gjelder medisinsk og kirurgisk behandling, samt interagere med mange medikamenter, i tillegg til påvirkning av compliance hos pasienter. Likevel er det mange undersøkelser som viser at helsepersonell vegrer seg for å snakke med pasienter om rus. Ved å sette spesielt søkelys på problemstillingen i en periode og introdusere metodikk og verktøy for å kartlegge rusbruk hos pasienter innlagt i somatisk sykehus og hvordan man kan samtale med / intervenere overfor pasienter i somatiske avdelinger med tanke på rusbruk, ser det ut til at helseforetak kan få den drahjelpen de trenger til systematisk å innføre rutiner og tiltak for kartlegging og oppfølging av rusmiddelproblematikk.

Blant de helseforetakene som har etablert rutiner og tiltak for kartlegging og oppfølging av pasienter med rusmiddelproblematikk, varierer det en god del hvordan tiltakene er organisert og hva de bygger på teoretisk. Det ser ut til å eksistere et teoretisk hovedskille mellom metoden «Screening og brief intervention» og metoden «Pragmatisk case finding», noe som gir ulike praktiske tilnærminger i klinikken. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016), retningslinje 5.5 sier at det «per i dag ikke er grunnlag for en nasjonal anbefaling knyttet til metoder for identifisering og intervensjon». Vi vil likevel forsøke å lage en sammenstilling om hva forskning, klinisk erfaring og brukererfaringer sier om effekten av ulike former for kartlegging, intervensjon og tiltak. Det kan være at ingen metoder peker seg spesielt ut med tanke på å formulere overordnede anbefalinger, men det vil

kunne være nyttig for klinikere å ha en oversikt over hvilke metoder og tiltak som finnes og hvilke erfaringer som knytter seg til effekten av dem.

Helseforetakene har ulike modeller for hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med rusmiddelproblematikk er organisert, og det er uklart om det finnes et kunnskapsgrunnlag som sier noe om gode organisasjons- og samhandlingsmodeller på dette feltet. Blant modeller som prøves ut i helseforetakene er ulike varianter av liaison- og konsultasjonsordninger, bruk av interne eller eksterne sosionomer og/eller ruskonsulenter og opplæring av egne klinikere. Det er ulikt hvorvidt TSB er direkte involvert som samarbeidspartner. Videre kan det se ut som om få av de etablerte «Rus i kroppen»-prosjektene legger vekt på oppfølging av pasientene som har fått avdekket et underliggende rusmiddelproblem, annet enn i form av enkeltsamtaler med helsepersonell, ruskonsulent eller person med liaisonfunksjon. For mange av pasientene med risikofylt og skadelig bruk er det ikke alltid naturlig å henvise til TSB, men heller å tenke en oppfølging i 1. linjetjenestene. For noen pasienter kan man også tenke seg oppfølging gjennom likemannsarbeid, selvhjelpsgrupper og andre frivillige organisasjoner. Poenget er å synliggjøre ulike modeller, med særlig vekt på modeller som tilbyr en helhetlig oppfølging av pasientene.

1.3 Bakgrunn for underprosjekt «eldre og rus»

Befolkningen over 65 år vil øke i årene som kommer. I 2030 vil ca hver 5. nordmann være over 65 år. De kommende eldregenerasjoner har et annet drikkemønster enn de foregående: Alkoholforbruket hos eldre personer i Norge har doblet seg i perioden 1974 til 2004. Fysiologisk sett tåler man generelt mindre alkohol med alderen, og eldre har ofte ulike sykdommer og plager som svekker helsetilstanden ytterligere. Mange eldre står også på legemidler som interagerer negativt med alkohol. Videre kan det se ut som en del eldre har et forbruk av B-preparater som er en risikofaktor i seg selv, for eksempel når det gjelder risiko for fall med påfølgende skader, samt økt risiko for demensutvikling. Flere studier viser at helsepersonell generelt synes det er vanskelig å snakke med pasienter om alkoholbruk, men at det er særlig vanskelig når det gjelder eldre. Rusbruk hos eldre antas å kunne føre til dårlig livskvalitet på grunn av isolasjon og marginalisering. Blir disse pasientene fanget opp? Hvilken behandling kan de i tilfelle tilbys, og hvem skal følge dem opp?

Eldre betraktes ofte som utelukket fra behandling i TSB, rett og slett på grunn av aldersfaktoren, og studier viser at fastleger og hjemmetjeneste ofte kvier seg for å ta tak i problemstillinger når det gjelder Eldres rusmiddelmisbruk. Det finnes eksempler på utprøving av lavterskeltiltak i 1. linjetjenestene som har vist lovende resultater og som burde undersøkes mer med tanke på effekt.

I opptrappingsplanen for rusfeltet (2015-2016) nevnes det spesifikt behov for å utvikle bedre metoder for å identifisere utfordringer og endre alkoholvaner blant eldre samt kompetanseheving i alkoholrelatert problematikk i helse- og omsorgstjenestene.

En kommende stor eldregenerasjon med et økt forbruk av rusmidler vil kunne gi store menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det er viktig at problemstillinger rundt eldre og rus blir tatt tak i, særlig med tanke på å synliggjøre ulike typer tiltak mht forebygging og intervensjon som er enkle å implementere i klinisk praksis, både i 1.- og 2. linjetjenestene.

1.4 Somatisk helse hos pasienter med rusproblematikk generelt

I følge Helsedirektoratet har brukere med rusproblematikk opp til 20 års kortere levetid enn normalbefolkningen. Denne overdødeligheten skyldes ikke bare overdosedødsfall, men i stor grad at denne brukergruppen har en dårlig somatisk helsetilstand. Dette kan både skyldes skadelig effekt av rusmidler, men også generelle livsstilsfaktorer, og det faktum at mange med rusproblemer i mindre grad tar kontakt med helsevesenet for somatiske symptomer.

Av denne grunn har Helsedirektoratet opprettet en arbeidsgruppe som skal se på hvordan somatisk helse og levevaner kan inngå som en del av pakkeforløpene innen psykisk helse og rus, slik at mennesker med rusproblematikk og / eller psykiske lidelser får bedre somatisk helse og bedre helsehjelp.

Det er opprettet et uformelt forskernettverk med klinikere og forskere som har interesse for sammenhengen mellom somatisk helse og rusbruk. Mye av forskningen som foregår i dette nettverket er nybrottsarbeid på feltet.

2. Målene for prosjektet: Hovedmål og tiltak

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har en strategiplan. Følgende strategier er særlig relevante for «Rus i kroppen?» fase 2:

1. Formidle trender og utfordringer i kunnskapsgrunnlaget for og behandlingstilbudet i TSB
2. Koble kunnskap mellom ulike aktører
3. Lede implementering av retningslinjer og veiledere
4. Tilby validerte, gratis og relevante verktøy for klinikere, ledere og pasienter

Når det gjelder kobling av kunnskap ønsker vi å knytte kontakt og samarbeid med ulike fag- og forskningsmiljøer samt brukerorganisasjoner, slik at vi får medbrugerkompetanse, forskningskompetanse og klinisk kompetanse i prosjektet. Vi ønsker å etablere et samarbeid med KORFOR og deres forskningsprosjekter, samt med andre relevante fag- og forskningsmiljøer og brukerorganisasjoner, deriblant forskernettverk somatisk helse og rus, OUS- prosjekt ruskartlegging og arbeidsgruppe for innføring av delirium tremens-prosedyre OUS.

Det må bemerkes at varigheten av samarbeidende forskningsprosjekter kan ha en lengre tidshorisont enn «Rus i kroppen» fase 2. Vi vil benytte oss av alle resultater som blir tilgjengelig i løpet av prosjektperioden, men noe av forskningsimplementeringen må sees på som et mer langsiktig mål som går ut over prosjektperioden.

2.1 Hovedmål 1: Sammenstille og formidle oppdatert kunnskap slik at pasienter med underliggende rusproblematikk får relevant kartlegging, behandling og oppfølging

For at pasienter skal få relevant behandling må praksis være kunnskapsbasert. Det er derfor viktig at oppdatert kunnskap (basert på forskning, klinisk erfaring og brukererfaring) oppsummeres, sammenstilles og formidles i relevante fora. Relevante fora kan være nettverk, seminarer, konferanser, artikler, håndbok, e-læringsprogram, opplæringsvideoer og nettside; vi vil se på hvilke typer fora som er mest egnet sett i lys av behovet. Vi vil også se på muligheten for at oppdatert kunnskap kan danne grunnlag for metodikk, mulig utarbeidelse av «verktøykasse»

og eventuelt utarbeidelse av en opplæringspakke. Mye finnes allerede, og linker til eksisterende nettsider med verktøy og metoder kan for eksempel legges inn på tsb.no., med særlig vekt på alkohol og legemidler.

«Verktøykasser» og oppsummering/sammenstilling av kunnskap som formidles via relevante fora, kan også bidra til at helseforetak som ikke er kommet i gang får den drahjelpen de trenger (jfr hovedmål 2.2).

Ekstern finansiering er nødvendig for å iverksette noen av samarbeidsprosjektene mtp forskning og kunnskapsinnhenting.

For å få relevant og oppdatert kunnskap og erfaringer, er det viktig at prosjektet legger til rette for ulike møteplasser og andre former for samarbeid med forskere, klinikere og brukere.

Tiltak:

a) Legge til rette for møteplasser for forsknings- og fagmiljøer, klinikere og brukere

b) Oppsummere/sammenstille kunnskap på følgende områder:

- I. Alkohol og effekt på somatisk helse: Utarbeidelse av en oversikt over hvilke somatiske diagnoser og plager som ifølge eksisterende forskning påvirkes av alkohol
- II. Intervensjon og tiltak: Hva sier forskning, klinisk erfaring og brukererfaring om effekten av ulike former for intervensjon og tiltak
- III. Organisasjonsmodeller: Utarbeide presentasjon av ulike organisasjonsmodeller for samhandling mellom TSB og somatikk, samt andre modeller for å kartlegge og følge opp pasienter med rusmiddelproblematikk. Herunder eksempler på konkrete erfaringer og prosedyrer. Innhente brukererfaringer.

c) Formidle resultater av oppdatert kunnskap via egnede fora:

Egnede fora kan for eksempel være å publisere på tsb.no, lage egen Facebookside, formidle på seminarer og nettverk, lage håndbok, e-læringsprogram, opplæringsvideoer sjekkliste og annet. Vi vil lage en formidlingsstrategi (se milepælsplan). Vi skal vurdere å lage, eller sammenstille, en opplæringspakke med verktøy og metodikk basert på forskning, kunnskapsoppsummeringer og praktiske erfaringer

2.2 Hovedmål 2: Få minst fem nye helseforetak i gang med tiltak som bidrar til kartlegging og oppfølging av pasienter med underliggende rusmiddelproblemer

Det forutsettes i oppdragsdokumentet 2015 fra HOD til helseforetakene at helseforetakene har etablert rutiner for å kartlegge underliggende rusmiddelbruk og iverksette relevante tiltak. Dette

punktet er også formet som en retningslinje (5.5) i *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016)*.

Det viser seg ved gjennomgang av årsmeldinger og annen kartlegging at flere helseforetak ikke implementert noen systematiske rutiner for kartlegging og oppfølging av underliggende rusmiddelproblematikk. Det bør derfor være en sentral målsetting for «Somatisk helse og rus» fase 2 å bidra til at flere helseforetak kommer i gang med å etablere rutiner for kartlegging og oppfølging av pasienter med underliggende rusmiddelproblematikk, i tråd med Nasjonal kompetansetjeneste TSB sin strategi om å lede implementering av retningslinjer.

Tiltak:

- a) Kartlegge hvilke helseforetak som ikke har rutiner / tiltak, og der det eventuelt har stoppet opp**
- b) Finne tiltak som kan bidra at flere helseforetak kommer i gang, og etablere slike tiltak. Tiltak kan for eksempel være å invitere fem utvalgte helseforetak inn i et eget nettverk**

2.3 Hovedmål 3: Økt kunnskap om forebygging og intervensjoner når det gjelder eldres alkohol- og legemiddelbruk, og plan for implementering av denne kunnskapen

Vi ønsker å etablere et samarbeid med KORFOR og deres forskningsprosjekt «*Identification of and interventions for alcohol-related health problems in late adulthood (60+)*». Vi vil i tillegg se på muligheter for samarbeid med andre fag- og forskningsmiljøer, samt brukerorganisasjoner, for å innhente kunnskap eller bidra til å sette i gang relevant forskning / kunnskapsoppsummering. Ekstern finansiering er nødvendig for å iverksette noen av samarbeidsprosjektene mtp forskning og kunnskapsinnhenting

Hva samarbeidet innebærer må defineres nærmere i hvert enkelt tilfelle, men kan i hovedsak sees på som oppfyllelse av Nasjonal kompetansetjeneste TSB sin hovedstrategi om å koble kunnskap mellom ulike aktører.

I opptrappingsplanen for rusfeltet (2015-2016) nevnes det spesifikt behov for å utvikle bedre metoder for å identifisere utfordringer og endre alkoholvaner blant eldre samt kompetanseheving i alkoholrelatert problematikk i helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene nedenfor er derfor i tråd med Nasjonal kompetansetjeneste TSB sin strategi om å lede implementering av retningslinjer og veiledere.

Tiltak:

- a) Etablere samarbeid (nærmere definert i hvert enkelt tilfelle) med nevnte fag- og forskningsmiljøer og lage en plan for søking av midler**
- b) Kunnskapsoppsummeringer: Alkohol og legemidlers effekt på eldres helse**

- c) Kunnskapsoppsummeringer: Tiltak og intervensjoner spesifikt rettet mot eldre med rusmiddelproblemer**
- d) Lage en plan for fremtidig implementering av kunnskapen på feltet eldre og rus**

2.4 Hovedmål 4: Bidra til å bedre den somatiske helsen til pasienter med rusproblematikk

Pakkeforløpene som kommer i rusbehandlingen fra 2018 kommer til å legge stor vekt på å kartlegge og bedre pasientenes somatiske helse og levevaner. Prosjektet somatisk helse og rus vil følge dette arbeidet, samt følge med på aktuell forskning, og lage en plan for å bidra i implementeringen av somatisk helse og levevaner i pakkeforløpene som gjelder rusfeltet.

Tiltak:

- a) Delta i Helsedirektoratets arbeidsgruppe somatisk helse og levevaner**
- b) Plan for bidrag i implementeringen av somatisk helse og levevaner i pakkeforløpene**
- c) Legge til rette for møteplasser for forskernettverk somatisk helse og rus**

3. Organisering av prosjektet

Det etableres en intern prosjektgruppe med prosjektleder fra Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Prosjektleder samarbeider tett med ulike ressurspersoner- og miljøer, både forskere, klinikere og brukerrepresentanter.

Intern prosjektgruppe og ressurspersoner bidrar med innspill og kunnskap på ulike områder for utvikling og implementering av prosjektets mål.

4. Rammebetingelser

Budsjett:

Midler fra HSØ: 750 000

Utgifter: Prosjektleder i 50 %

Reiseutgifter

Dekking av reiseutgifter prosjektgruppemedlemmer og eventuelt andre

Søke om utvidete prosjektmidler

Mulige søknader om forskningsmidler i forbindelse med «eldre og rus»-prosjekter, og eventuelt andre relevante forskningsprosjekter.

5. Milepæler

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan
Inngå samarbeid med ressurspersoner og fagmiljøer samt brukerorganisasjoner, samt legge til rett for møteplasser	Innhente og koble kunnskap og erfaringer	Løpende frem til 31.12.2017
Kunnskapsgrunnlag: alkoholens effekt på somatisk helse	Utarbeide oversikt	Løpende frem til 31.12.2017
Kunnskapsgrunnlag: Intervensjon og tiltak	Utarbeide oversikt, innhente brukererfaringer	Løpende frem til 31.12.2017
Kunnskapsgrunnlag: Organisasjonsmodeller	Beskrivelse av aktuelle organisasjonsmodeller basert på pågående og tidligere prosjekter	Løpende frem til 31.12.2017
Formidle resultater av kunnskapsoppsummeringer og forskning via egnede kanaler	- Løpende formidling via nettside, nettverksmøter, seminarer. - Vurdere opprettelse av verktøykasse og mulig opplæringspakke	Løpende frem til 31.12.2017
Lage en formidlingsstrategi	- Kartlegge behov - Kartlegge relevante fora	Løpende frem til 31.12.2017
Kartlegge hvilke helseforetak som ikke har rutiner / tiltak, og der det eventuelt har stoppet opp	- Årsrapporter helseforetakene - Telefonrunde	31.08.2016
Finne tiltak som kan bidra at flere helseforetak kommer i gang, og iverksette slike tiltak Finne tiltak som kan bidra til at eksisterende prosjekter ikke stopper opp og iverksette slike tiltak	- Utarbeide tiltak - Iverksette tiltak	30.06.2016 Løpende frem til 31.12.2017

Kunnskapsgrunnlag: Eldre og rus • Alkohol og legemidlers effekt på eldres fysiske og psykiske livskvalitet • Tiltak og intervensjoner spesifikt rettet mot eldre med rusmiddelproblemer	• Innhente og sammenstille resultater fra forskning • Inngå samarbeid med relevante fag- og forskningsmiljøer for å samarbeide om igangsetting av relevant forskning, innhenting av erfaringer og konkrete tiltak • Inngå samarbeid med brukerorganisasjoner for å innhente brukererfaringer	Løpende frem til høst 2017 Løpende frem til 31.12 2017 Løpende frem til høst 2017
Oppsummering av innhentet kunnskap om eldre og rus	Lage en plan for implementering av kunnskapen om eldre og rus	Innen 31.12 2017
Somatisk helse hos pasienter med rusproblemer	• Delta i Helsedirektoratets arbeidsgruppe somatisk helse og levevaner • Plan for bidrag i implementeringen av somatisk helse og levevaner i pakkeforløpene • Legge til rette for møteplasser for forskernettverk	Ut 2017
Lage en plan for videre finansiering	• Somatisk helse og rus-prosjektet • Forskning	Klarlagt innen 31.05 2017 Klarlagt innen 31.12 2017

7. Oppfølging og evaluering:

Oppsummeringsnotat med vekt på oppnådde resultater lages av prosjektleder

Planer for oppfølging etter prosjektets avslutning:

- Plan for implementering av ruskartlegging og intervensjon i somatiske avdelinger
- Plan for implementering av kunnskapen om eldre og rus
- Plan for implementering av tiltak for å bedre somatisk helse hos pasienter i rusbehandling

8. Referanser

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, Helsedirektoratet 2016

Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler,

Helsedirektoratet 2016

Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Strategi 2014-2017

Rusmidler i Norge 2015, SIRUS

Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren, Helsedirektoratet 2014

Kartlegging og behandling av alkoholavhengighet, Helsedirektoratet 2015

Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Runa Frydenlund, Kompetansesenter rus – Oslo Kommune 2011

«Det går ikke an å lære gamle hunder å sitte»? – om alkoholbruk hos eldre. Terje Knutheim, KoRus-Sør. Rusfag nr 1 - 2011

«Alcohol-related hospital admissions: Missed opportunities for follow up? A focus group study about general practitioners' experiences». Gilje Lid et al. Scandinavian Journal of Public health, 2012; 40: 531-536

STEROIDE PROSJEKTET



Prosjektplan 2018-2019

Bakgrunn for prosjektet

Bekjempelse av bruk av dopingmidler i toppidretten har vært gjenstand for stor satsing og ressursbruk siden begynnelsen av 1980 -tallet. Bruk av dopingmidler utenfor toppidretten og de helsemessige konsekvensene bruk kan føre til, har ikke fått like mye oppmerksomhet. I *Stortingsmelding 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* varslet daværende regjering en forebyggende og behandlende innsats mot «doping» både innenfor og utenfor idretten. Meldingen la grunnlag for senere kriminalisering av besittelse og bruk av dopingmidler, og for å integrere doping i rusmiddelpolitikken og rusmiddelbehandlingen.

Meldingen beskrev en ansvarsdeling der Kulturdepartementet har ansvar for doping innenfor idretten, mens Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for doping som generelt samfunnsproblem. Når det gjelder behandling av konsekvenser av bruk av dopingmidler, heter det i meldingen at personer med dopingproblemer og deres pårørende skal møtes av helsepersonell som har kompetanse om problematikken. «Det er viktig å styrke kompetansen i tjenestene generelt, og blant de som arbeider med rusproblematikk spesielt, og å styrke spisskompetansen om doping» (St. mld 30 (2011–2012); kap. 4.4).

Helse Sør-Øst RHF, via Helse- og omsorgsdepartementet fikk etter dette bevilget ressurser til et prosjekt som skal øke kunnskapen til klinikerne slik at behandlingstilbudet til pasienter som bruker anabole-androgene steroider og deres pårørende blir styrket.

Steroideprosjektet ble etablert på dette grunnlaget i februar 2014. Steroideprosjektet er et nasjonalt prosjekt, og er organisert under Nasjonal kompetansetjeneste TSB (se steroider.oushf.no). Bevilgningene til prosjektet er øremerket til mer kunnskap på bruk av anabole-androgene steroider, implementering av behandlingsmetoder og måling av effekten av dette i tjenestene. Hovedformålet med prosjektet er å bygge opp klinisk kompetanse nasjonalt, slik at:

«Brukere av anabole-androgene steroider med behov for hjelp skal få tilbud om behandling av god kunnskapsbasert kvalitet, uansett hvor i landet de bor».

I løpet av de fire årene prosjektet har vært i drift, er følgende det viktigste vi har oppnådd:

- Skrevet «Håndbok, Anabole – androgene steroider. Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling» (utgitt sommeren 2015). Håndbøkene sendes ut på bestilling, er blitt sendt ut til fastleger i hele Norge, og blir gitt ut på seminarer og undervisninger vi er med på. Til sammen er ca 16 000 eksemplarer gitt ut.
- Opprettet et tilbud om en gratis informasjonssamtale om behandling etter bruk av AAS. Tilbudet er både til brukere og pårørende, krever ikke henvisning og blir ikke journalført. Det er gjennomført 102 slike informasjonssamtaler, hvorav 74 har vært brukere og 28 har vært pårørende. 55 av brukerne ønsket behandling etter endt informasjonssamtale, 11 var usikre.
- Laget en informasjonsbrosjyre om behandlingstilbudet ved OUS og informasjonssamtalene vi tilbyr. To utgaver av brosjyren har vært laget, den første i januar 2015, den siste versjonen var ferdig våren 2017. Det er sendt ut ca 1400 brosjyrer.
- Laget animasjonsvideoer om hva anabole steroider er, hvilke virkninger det kan gi, hva behandling innebærer og informasjonssamtalene vi tilbyr. De fire første ble publisert på YouTube i januar 2017 og har til nå blitt sett til sammen 1732 ganger. Den siste er nettopp blitt ferdig og skal publiseres høsten 2017.
- Laget en serie med 10 korte undervisningsvideoer, hvor Christine Wisløff forteller om anabole steroider. Videoene ble publisert på YouTube i februar 2017, og er til sammen sett 709 ganger.
- Laget en serie med 11 korte undervisningsvideoer, hvor Christine Wisløff og Christian Mathisen forteller om anabole steroider med Christians brukerhistorie som hovedfokus. Videoene ble publisert på YouTube i oktober 2016, og er til sammen sett 2220 ganger. Disse klippene ligger også ute i en samlet versjon, og denne videoen er sett 435 ganger.
- Laget en kort undervisningsvideo om hvordan man best kan henvise en bruker av anabole steroider, og laget en kort undervisningsvideo om informasjonssamtalene ved OUS.
- Laget en opplæringspakke i Powerpoint-format med bakgrunn i alle undervisningsvideoene. Pakken tar ca 40-50 minutter å komme gjennom.
- Avholdt 165 forskjellige undervisningsarrangementer, gitt 496 veiledningstimer, bidratt til 36 forskjellige medieoppslag, og holdt innlegg i 7 internasjonale konferanser.
- Fått midler til, og satt i gang «Barrierestudien» - et kvalitativt forskningsprosjekt på hvilke barrierer en bruker har mot å søke behandling.
- Skrevet og fått inn informasjon om behandlingstilbudet i Norsk elektronisk legehåndbok).
- Blitt en del av Ung.no, hvor vi svarer vi på spørsmål til unge og skriver tekster.

I løpet av prosjektperioden er det blitt avdekket et økt behov av:

- opplæring og implementering inn i det eksisterende behandlingstilbudet
- kunnskap om behandlingstilbudet og ansvarsfordeling av behandlingen blant den generelle befolkningen og innad i helsevesenet
- kompetanse om effekter av behandling

Som svar på disse utfordringene utarbeides en ny prosjektplan.

Tidsperioden for ny revidert plan er fra august 2017 til og med april 2019. Dokumentet regnes som veiledende, med en fortløpende evaluering av arbeidet og behov.

Hovedmål for Steroideprosjektet i den kommende perioden

Prosjektets fire hovedmål:

- 1. Sikre et godt behandlingstilbud i TSB.**
- 2. Øke kompetansen om utredning og behandlingstilbudet i primær- og spesialisthelsetjenesten.**
- 3. Informere og øke den generelle kunnskapen til befolkningen om bruk og behandlingstilbudet ved konsekvenser av bruk.**
- 4. Øke evidensbasert kunnskap om anabole steroider, effekter og behandling.**

Hovedmål:

Sikre gode og kunnskapsbaserte behandlingstjenester for steroidbrukere og deres pårørende i hele landet.

Delmål 1: Sikre et godt behandlingstilbud i TSB			
Milepæler	Frist	Aktivitet	Ansvar
Alle Helseregioner er kjent med behandlingsansvaret og har etablert et behandlingstilbud	Desember 2018	- Kontakter alle RHF for å kartlegge hvor poliklinisk behandling skal tilbys.	Espen, Christine
		- Utarbeide informasjon om behandlingsansvaret og behandlingstilbud på RHF'ene og Helse Norge sine nettsider	Marie, Christine, Ingrid
		- Alle RHF skal ha en oversikt over hvor behandlingstilbudet tilbys.	Christine
		- Nettsidene følges opp årlig	
Årlig monitorering av antall F55.5 diagnoser i Samdata og Rusdata	Årlig, (April)	- Be om årlig oversikt over diagnoser fra Helsedirektoratet - Utarbeide årlig statistikk - Skrive kort kommentarartikkel til Tidsskrift for Den Norske Legeforening om utvikling	Ingrid A, Marie
Arrangere ett nasjonalt behandlingsseminar i året for helsepersonell i TSB, med muligheter for telematikkoverføring	Årlig 2018, 2019	- Planlegge og gjennomføre seminaret med kliniske ressurspersoner og brukere	Ingrid T, alle
Etablere et nettverk med kliniske ressurspersoner i TSB, med halvårlige nettverkssamlinger	En gang 2018, halvårlig 2019	- Samle og veilede ressurspersonene og brukerne som skal delta - Planlegge og arrangere nettverkssamlingene - Veilede nettverket etter behov - Evaluere regelmessig	Ingrid T, alle
Hospiteringspakke til	2018	- Utarbeide hospiteringspakke	Alle

klinikere i TSB		med brukere, klinikere og pårørende - Teste og evaluere pilot - Gjøre tilbudet kjent - Evaluere hospitering for alle deltakere, tilpasse hospiteringspakken	
Arrangere informasjonstilbud for pårørende til AAS brukere i HSØ som aksjonsforskning	2018 -2019 (progresjon avhenger av frikjøp interne forskningsmidler)	- Utarbeide prosjektskisse - Kartlegge pårørendes behov - Utarbeide program for pårørendekveld med brukere - Rekruttere deltakere - Gjennomføre pårørendemøter - Fokusgruppe-evaluering - Utarbeide rapport som inkluderer forslag til tema til bruk på fremtidig poliklinisk gruppe-tilbud for pårørende	Hege Oksvold, Ingrid T, Ingrid A
Publisert E-håndboks dokument for Ous: <i>Utredning og behandling i poliklinisk behandling</i>	2018	- Utarbeide og få dokumentet godkjent ved ruspoliklinikk OUS - Tilby dokumentet til andre TSB-enheter	Ingrid T, Ingrid A og sentrale fagpersoner ved ruspoliklinikker
Pilot: AAS-kompetansegruppe i OUS, spesialiserte ruspoliklinikker	Pågående	- Undervisning - Tilbyveiledning til OUS og andre - Kompetanseutvikling - Evaluering 2018	Ingrid T
Pilot: Studie på kvalitetsregister i OUS		- Innsamling av data - Rapport skrivning	Godkjent tillatelse, foruten midler til personalressurser
Veiledning	Pågående	- Nasjonal veiledning til første- og andrelinjetjenesten - Informasjonssamtale om behandling - Ung.no, spørsmål/svar og artikler - Årlig oppsummering av veiledningsaktivitetene	Alle

Delmål 2: Øke kompetansen om utredning og behandlingstilbud i primær- og spesialisthelsetjenesten			
Milepæler	Frist	Aktivitet	Ansvar
Alle fastlegene skal få tilsendt informasjonsskriv om utredningsrutiner, behandlingstilbudet og henvisningsrutine	02/2018	- Utarbeide et informasjonsskriv om utredning, behandling og henvisningsrutiner til første- og andrelinjetjenesten	Ingrid A
	03/2018	- Utsendelse av håndbøker, informasjonsbrosjyrer og informasjonsskriv til alle fastleger i Norge	Christine
Undersøke behov for å utarbeide smågruppekurs for allmennleger eventuelt til bruk i spesialistutdanning allmennmedisin	2018	- Knytte kontakt med ressurspersoner i Norsk Forening for Allmennmedisin, Legeforeningen og Spesialistkomiteen - Undersøke behov	Ingrid A – forutsetter videreføring av midler til personalressurser
Utarbeide undervisningspakke til bruk på høyskoler i samarbeid med ADNO	2019	- Knytte kontakt med ressurspersoner innen høyskoler - Utarbeide en pilot - Evaluerer og teste ut Piloten	Christine, Marie, ADNO
Alle henvisnings- og vurderingsteam kjenner til behandlingsrettighetene til brukere av AAS	Årlig	- Årlig informasjonsskriv til alle henvisnings- og vurderingsteam - Delta på det evt. årlige seminaret for henvisnings- og vurderingsteamene -	Christine
Holde undervisning i spesialistutdanning rus- og avhengighetsmedisin	Årlig	- Utarbeide, forberede og oppdatere undervisningsmateriell - Delta og holde undervisning - Evaluere fortløpende	Ingrid A, Christine
Behandlingstekst til OUS A-Å	Våren 2018	- Skrive teksten - Godkjenning og publisering	Marie, Ingrid T, Ingrid A
Publisert fakta-ark om AAS	Våren 2018	- Skrive tekst - Godkjenning og publisering	Marie
Utarbeide bokkapittel i lærebok	Februar 2018	- Ferdigstille kapittel	Marie
Utarbeide bokkapittel i samarbeid med antidoping Danmark	06/2018	- Skrive og ferdigstille tekst	Ingrid A, Marie, Christine

Delmål 3:

Informere og øke den generelle kunnskapen til befolkningen om bruk og behandlingstilbudet ved konsekvenser av bruk.

Milepæl	Frist	Aktivitet	Ansvar
Gjennomføre en folkeopplysningskampanje	2018	- Samle og sette sammen eksisterende informasjonsmateriell på egnede websider - Vedlikeholde informasjonen regelmessig - Etablere følgende kontakter som Kampanjesamarbeidspartnere og evaluerer: alle Korus, Brukere, ADNO, Rustelefonen, Ung.no og Folkehelseinstituttet - Intervjue brukere - Utarbeide manus og tekster til kampanjen - Gjennomføre filming med brukere - Produksjon og utarbeidelse av nedfallsside - Lansere kampanjen - Opprette Facebook side - Drifte Facebook	Marie og Christine
Evaluering av folkeopplysningskampanjen	2019	- Hente ut aktivitetstall fra hjemmesiden OUS, Facebook og YouTube før oppstart av kampanjen - Få analyser og tall regelmessig under kampanjen - Sammenligne og analysere tall før og under kampanjen - Skrive en rapport - Analysere endringer i aktivitetsnivå etter kampanjen	Marie, Christine

Delmål 4:

Øke evidensbasert kunnskap om anabole steroider, effekter og behandling

Milepæl	Frist	Aktivitet	Ansvar
Delta i etablering av Skandinavisk forskningsnettverk	Desember 2018	- Delta og bidra til første etableringsmøte	Ingrid A, Marie
Oppstart av et internasjonalt nettverk	2018/19	- Invitere til et internasjonalt nettverksmøte	Ingrid A i samarbeid med Astrid
Vurdere felles forskningssøknad 2019	2018/2019	- Diskutere mulige søknader med det planlagte Skandinaviske forskningsnettverket/ samarbeidspartnere	Ingrid A
Delta og presentere på internasjonale og nasjonale konferanser	2018 / 19	- Presentere for nasjonal forskning Rus og somatikk - Årlig ADNO nasjonal konferanse - Samarbeide og organisere et Skandinavisk/Internasjonalt symposium og presentere funn og resultater på ISAM 2018/2019	Alle
Publisere 3 vitenskapelige artikler per år	2018/2019	- Informasjonsstudien	Ingrid A, Marie, Christine
		- Nettundersøkelsesstudien	Marie, Thea
		- Kvinnestudien Kvalitativ	Ingrid A
		- Kvinnestudien Kvantitativ	Marie
		- Fengselsstudien	Ingrid A
		- Barrierestudien	Ingrid A, Marie, Thea
		- Prevalensstudien	Marie. Ingrid A
		- Behandlingsstudien	Ingrid A og Marie
		- Behandlingssøkende adferd	Ingrid A og Marie
		- Bidra som medforfattere	Marie og Ingrid A
Veilede masterstudenter i AAS-problematikk	2019	- Avholde møter med aktuelle kandidater	Ingrid A
Send søknad behandlingsstudien KLINBEFORSK	2019/2020	- Etablere samarbeidspartnere for multisenterstudie - Evaluere mulighetene for gjennomføring av studien	Avhengig av videreføring av midler
Utarbeide oppstart av informasjonssamtale under vilkår	2018	- Etablere samarbeid med politiet - Gjennomføre informasjonssamtaler fortløpende - Evaluere tiltaket - Skrive rapport	Christine, Marie og Ingrid A
Søke forsknings midler HSØ	2018	- Søke Rec ang studiet bråstopp / nedtrapping	Ingrid A

Være med å utvikle og etablere en App for forskning		- Søke midler til forskningspersonale - Samarbeide med steroide forskning	
---	--	--	--

Organisering

Prosjektet ble i utgangspunktet etablert som et felles prosjekt mellom Seksjon ruspoliklinikker og Nasjonal kompetansetjeneste TSB, i Oslo universitetssykehus HF. Dette ble endret 01.01.2016, samtidig som opprinnelig prosjektplan ble revidert. Prosjektet skulle fra da kun være organisert under Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Fra å være et felles ansvar Mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Seksjon ruspoliklinikker, ble den daglige oppfølging, rapportering samt økonomi til prosjektet, overført til leder av Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

I oppstarten av prosjektperioden ble det etablert en styringsgruppe som hadde ansvaret for de ledende og de overordnede koordineringsfunksjonene i prosjektet. Styringsgruppen hadde følgende sammensetning:

- Leder for Nasjonal kompetansetjeneste TSB, (leder for styringsgruppen).
- Leder for Seksjon ruspoliklinikker
- Tillitsvalgt (utpekt av avdelingstillitsvalgte)
- Brukerrepresentant (utpekt av avdelingens brukerråd)
- Prosjektleder (sekretær)

Prosjektleder har drøftet og blitt enig med øverste leder Espen Arnevik og den øvrige styringsgruppe om et behov for endring av sammensetningen og organiseringen av styringsgruppen. Det er ønskelig at styringsgruppen blir omgjort til en referansegruppe, samtidig som sammensetningen av gruppen blir bredere forankret. Det vurderes som hensiktsmessig å få med en representant fra alle regionale helseforetak, brukerorganisasjoner, brukerrepresentant, Antidoping Norge og fra andre fagmiljøer i sykehusene. Det er ønskelig at sammensetningen i ressursgruppen er bestemt i løpet av høsten 2017 og at første ressursgruppemøte blir arrangert vinter/ vår 2018.

Prosjektleder har ansvaret for å lede og koordinere den praktiske gjennomføringen av prosjektet herunder ansvar for at de økonomiske rammene overholdes.

Prosjektleder har i nært samarbeid med styringsgruppens leder, hovedansvaret for ansettelse av øvrige prosjektmedarbeidere og har det daglige personalansvaret for disse. For medarbeidere i delte stillinger vil dette foregå i nært samarbeid med aktuell leder.

Prosjektleder har innkalt og avholdt styringsgruppemøte to ganger i året, der det har blitt rapportert om resultater, arbeidsprosesser, endringer og økonomi. I tillegg har prosjektleder fortløpende rapportert og holdt leder av Nasjonal kompetansetjeneste TSB oppdatert.

Prosjektleder vurderer et behov for endring av sammensetningene og organiseringen til styringsgruppen. Dette skal bli tatt opp som tema i nestestyringsgruppemøte. Det er ønskelig at styringsgruppen blir omgjort til en referansegruppe, samtidig som sammensetningen i gruppen blir bredere forankret. Det vurderes som hensiktsmessig å få med en representant fra alle regionale

helseforetak, brukerorganisasjoner, brukerrepresentant, Anti Doping Norge og fra andre fagmiljøer i sykehusene.

Bemanning

Prosjektleder i 100 % stilling:

Ansvarlig for fremdrift i prosjektet i forhold til milepæler og mål, og for å sikre at både utvikling og implementering av behandlingstilbudet og kompetansehevingstiltakene ses i sammenheng. Prosjektleder har ansvaret for helheten i prosjektet. Øvrige prosjektmedarbeidere rapporterer til denne.

Prosjektmedarbeider i 100 % stilling:

Bistå prosjektleder med utvikling og implementering av behandlingstilbudet og kompetansehevingen. Dette ved å utvikle lett tilgjengelig informasjon og opplæringspakker. Bidra med å få kunnskapen kjent i hjelpeapparatet, hos andre relevante faggrupper, til brukergruppen og deres pårørende. Være bidragsytende til artikkelskriving og forskning.

Prosjektmedarbeider 50 % stilling i prosjektet, 50 % stilling i klinikk:

Samle regelmessig kunnskap og erfaringer fra det kliniske miljøet, brukergruppen og deres pårørende. Skal også ha en viktig rolle i forhold til implementeringen av kunnskap og undervisning. Bidrar dessuten med å samle data for videre forskning og utvikling av kompetansen.

Forskningsleder i 100 % stilling:

Ansvar for å etablere et nasjonalt og internasjonalt forskningsnettverk. Systematisere den forskning som er gjort, etablere kontakt med nøkkelpersoner i andre spesialistavdelinger, som endokrinologiske, kardiologiske og psykiatriske avdelinger for å kunne gjennomføre et forskningsprosjekt på effekt av helhetlig behandling. Stillingen bidrar også med utvikling av behandlingstilbudet og implementering av kunnskapen ved å publisere artikler og holde undervisning.

Kommunikasjonsrådgiver i 20 % stilling:

Bidrar til informasjons- og rekrutteringsarbeidet, samt til formidling av kompetanse.

Administrasjonskonsulent i 20 % stilling:

Bidrar med administrativt arbeid og hjelper til under seminarer.

Opplæringsansvarlig, ingen stilling i prosjektet, men en fast ressurs i stab i Nasjonal

kompetansetjeneste, som kan benyttes i arbeidet med å utvikle og kvalitetssikre opplæringsplan, opplæringsmateriell, videoer og animasjonsfilmer.

Økonomi

Finansieringen av prosjektet følger av bevilgningen over statsbudsjett fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF, i årene 2013-2017, på totalt 21 mill. NOK. Finansieringen er sikret fram til utgangen av 2017. Prosjektmidlene er overførbare, og siden prosjektet tidvis har brukt mindre enn budsjettet, har det vært mulig med en endret og økt prosjektbemanning da dette ble vurdert som nødvendig.

Økonomien var delt 50-50 %, på to kostnadssteder, der leder av Nasjonal kompetansetjeneste TSB og leder for Seksjon poliklinikker, Oslo universitet sykehus, hadde et ansvar på vegne av hvert sitt kostnadssted.

På et styringsgruppemøte i desember 2015 ble det foreslått og samtidig informert om til oppdragsgiver Helse Sør-Øst, at de økonomiske ressursene var ønsket overført til ett kostnadssted, dette for å få en bedre og helhetlig oversikt over økonomien. Overføringen ble foreslått til kostnadssted under Nasjonal kompetansetjeneste TSB, fra 01.01.2016.

Det blir nå utarbeidet årlige budsjetter for prosjektet: Kostnadssted 040099, Prosjekt 30530, Kilde 6201. Prosjektleder får utkast til budsjett og årsplan gjennomgått og godkjent i Nasjonal kompetansetjeneste TSB, ved leder.

Prosjektleder har fullmakt til å disponere prosjektmidler i henhold til utarbeidet budsjett. Endringer utover dette skal diskuteres og vurderes med leder for Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

Prosjektet har hittil ikke hatt inntekt på arbeidet som er blitt utført. Alt av materiell, kurs, undervisning, veiledning og møter har vært gratistilbud. De faste utgiftene prosjektet har hatt, går til prosjektansatte, utvikling og produksjon av opplæringsmateriell, utvikling og trykking av håndboken, innleid kompetansepersonell og honorering av brukerrepresentanter, seminarer, kurs, reise- og overnattingsutgifter. Se ellers budsjett for 2017 vedlagt i «Oppsummeringsrapport».

Implementering av nasjonale faglige retningslinjer

- Prosjektbeskrivelse. Versjonsdato: 16.03.2017

Bakgrunn for prosjektet

Det er utarbeidet fem retningslinjer på rusfeltet de siste årene. Implementeringsarbeidet er viktig for å endre og samstemme praksis. Nasjonal Kompetansetjeneste TSB har i sitt oppdrag å «bidra til implementering av nasjonale faglige retningslinjer på feltet». Gjennom sin strategi har NK-TSB konkretisert dette og vil oppnå resultater i tråd med oppdraget gjennom to hovedstrategier: a) «trene trenere», og b) at det arbeides med de enkelte anbefalinger gjennom spesifikke prosjekter. Prosjektet har vært driftet i ett år, fremdrift er evaluert og det er besluttet å forlenge prosjektet med revidert prosjektplan i ytterligere ett år fra (dato) til (dato).

Formålet med prosjektet

Bidra til høyere kvalitet og likeverdig behandlingstilbud for pasienter i TSB uavhengig av hvor de søker behandling, gjennom å bidra til implementering av nasjonale faglige retningslinjer lokalt.

Målene for prosjektet

Prosjektet har tre målsetninger:

1. Tilrettelegge for at sentrale aktører blir i stand til å igangsette implementeringsarbeid lokalt.
2. Fremskaffe økonomiske midler slik at NK-TSB kan bidra til at implementering av nasjonale faglige retningslinjer kan foregå i full bredde.
3. Sikre forskningsoppfølging av implementeringsprosessen av nye nasjonale faglige retningslinjer

Organisering av prosjektet

Leder av Nasjonal kompetansetjeneste TSB er prosjekteier og har ansvar for den overordnede planleggingen og gjennomføringen av prosjektet ved å definere målsetninger og de sentrale milepælene for prosjektet.

Det engasjeres en prosjektleder i 20 prosent stilling.

Det etableres en prosjektgruppe bestående av Pernille (co-prosjektleder), Hilde, Christine og Karoline. Alle fra NK-TSB. Deltakere i prosjektgruppa vil ha ansvar for deloppgaver i prosjektet. Kommunikasjonsansvarlig, opplæringsansvarlig og merkantil støtte inviteres til

prosjektgruppemøter ved behov.

Rammebetingelser

Prosjektet forlenges med ett år finansiert av NK-TSB, med mål om utvidelse og ansettelse(r) ut fra tildeling av prosjektmidler og eksterne forskningsmidler etter endt periode.

Foredrag (4stk.) prosjektleder kan holdes i regi av NK-TSBs og skal avtales med leder i NK-TSB. Prosjektleder står fritt til å holde foredrag om retningslinjen og bruke utviklet materiell dersom ekstern finansiering besørges.

Milepæler, hovedaktiviteter og tidsplan

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan
Gjort retningslinjen kjent for sentrale aktører og gitt de nødvendig materiell for lokalt implementeringsarbeid.	Regional work-shop behandlingsretningslinje og avrusningsretningslinje – Region vest	Nov 2017
	Regional work-shop behandlingsretningslinje og avrusningsretningslinje – Region Nord	Febr. 2018
	Work-shop for ambulansepersonale/psykisk helsevern/somatikk - avrusningsretningslinjen	Januar 2018
	Work-shop for fengselshelsetjenesten (2x) - avrusningsretningslinjen	Oktober 2017 Og Mars 2018
	Holde utvalgte enkeltforedrag (maks 4)	
Beredet grunnen for videre finansiering av prosjektet	Kartlegging av finansieringskilder Kartlegging av søknadsfrister	September 2017
	Skissere en prosjektbeskrivelse som kan danne utgangspunkt for ulike søknader	Oktober 2017
	Sende aktuelle søknader	November 2017
Undersøke muligheten for å utvikle forskningsdesign og søke finansiering	Samle forskningsgruppe for å diskutere problemsstillinger, metode og søknadsmulighet	Før sommeren 2017

	Evt. inngå intensjonsavtaler	
	Evt. lage projektskisse	
	Evt. sende søknad	Før nytt år 2018
Beskrive faglig innhold i GAP-analyse slik at NK-ROP kan publisere den i ny teknisk plattform.	Utarbeide innhold for begge retningslinjer	Før sommeren 2017
	Pilot på Questback	Høsten 2017

Oppfølging og evaluering

Prosjektleder rapporter til prosjekteier som beskrevet i prosjektlederinstruks.

Prosjektgruppen evaluerer arbeidet i prosjektgruppa regelmessig for å følge opp utviklingen av prosjektet og sikret ønsket fremdrift og resultatoppnåelse.

Alle work-shops evalueres med Questback. Deltagelse fra hele landet skal vies særlig oppmerksomhet.

Det gjennomføres en sluttevaluering med frist 1. juni 2018.

Prosjektgruppen utarbeider en rapport som oppsummerer arbeidet og påpeker evt. behov for videre oppfølging etter endt prosjektperiode. Prosjektrapporten skal inneholde en konkret evaluering av hver av de tre målsetningene i prosjektet. Rapporten gjøres tilgjengelig på Nasjonal kompetansetjeneste TSB nettside.

Prosjektbeskrivelse

”Hindre drop-out fra rusbehandling”

- fase 2: feedbackverktøy.



Versjon pr 10 januar 2018

1. Bakgrunn for prosjektet

En betydelig andel av rusavhengige i behandling faller fra (drop-out) før behandlingen er planlagt avsluttet. Det er stor variasjon i den faglige forståelsen av drop-out. Dette gjenspeiles i ulike definisjoner og rapporteringsmåter. Helse- og omsorgsdepartementet varslet at det skulle implementeres en kvalitetsindikator innenfor TSB som ville gi nasjonale tall på hvor mange avbrudd det er i behandling. I statsbudsjettet for 2014 ble det etablert et tilskudd på 10 MNOK i 2014 til etablering av prøveprosjekter i alle helseregioner (to i HSØ) for å redusere drop-out. Drop-out-teamene skulle utvikle metoder og systemer som bidrar til å redusere drop-out innen TSB. ((Prop.1 S (2013-2014) Statsbudsjettet 2014). Tilskuddet ble videreført i 2015 som en del av basistilskuddet til helseforetakene. Mange kliniske miljøer har vært og er engasjert i både den faglige forståelse av drop-out og hvilke tiltak som er effektive for å forebygge eller redusere skadene som følge av avbrudd fra behandling. Dette ble forsterket ved satsingen i statsbudsjettet.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har som et av sine strategiske fokusområder å «*kople kunnskap mellom aktører i feltet på prioriterte områder*». Drop-out er et slikt prioritert område hvor det ligger et potensiale for å forbedre kvaliteten på helhetlige behandlingsforløp dersom en får mer kunnskap om drop-out, og ved at denne kunnskapen tas i bruk. For at lokale erfaringer skulle bidra til en nasjonal kunnskapsutvikling tok Nasjonal kompetansetjeneste TSB initiativ til at innsatsen skulle systematiseres og koordineres nasjonalt. Prosjekt «Hindre drop-out fra rusbehandling» ble derfor etablert med følgende målsetninger:

Formål med prosjektet:

Flere pasienter med rus- og avhengighetsproblemer gjennomfører behandling innenfor TSB.

Målene for prosjektet

Prosjektet har fem konkrete målsetninger som det etter endt prosjektperiode skal være mulig å evaluere om er oppnådd eller ikke:

1. Kople eksisterende kunnskap fra arbeid med å motvirke drop-out opp mot de nye drop-out-teamene
2. Oppdatere og spre kunnskapen vi har om drop-out gjennom å lage en sjekkliste basert på tilgjengelig evidens
3. Feedbackverktøy tas i bruk i ulike behandlingstilbud på en systematisk måte
4. Øke kunnskapen om den faglige forståelse for fenomenet og at det gjenspeiles i nasjonal rapportering
5. Øke kunnskap om forståelsen av drop-out og måle effekt av ulike tiltak for å hindre drop-out gjennom forskning

Ideen om et felles prosjekt fikk gjennomslag både hos de lokale teamene og hos de regionale helseforetakene. Koordineringsarbeidet har foregått i perioden 2014-2016 og ble avsluttet ved at det faglige arbeidet ble oppsummert i skriftserie nr 2/2017. Prosjekthistorien er også oppsummert i en egen rapport. Hovedkonklusjonen i denne rapporten er at skisserte målsetninger er nådd.

Når det gjaldt målsetning nr 3 «*Feedbackverktøy tas i bruk i ulike behandlingstilbud på en systematisk måte*» ble det gjennom prosjektperioden avdekket at det er behov for et grundigere og mer

langsiktig arbeid. Prosjektet videreføres derfor i fase 2 med hovedfokus på å arbeide med feedbackverktøy.

Erfaringen har også vist at informasjon om resultatene av det felles prosjektet tar tid å spre i hele landet, og det er fortsatt behov for å arbeide med den faglige forståelse og tiltak for å hindre drop-out. Fase 2 vil derfor også inkludere noe informasjonsarbeid og fortsatt arbeid med forskning. Det er også fortsatt behov for et systematisk arbeid for å få hindre drop-out fra rusbehandling. Dette understrekes av Helse- og omsorgsdepartementet i formulerte styringsmål for 2017. Helsedirektoratet publiserte våren 2017 en ny kvalitetsindikator om drop-out. Det er imidlertid et fåtall av TSB-virksomhetene som rapporterer på variabelen, så kvaliteten er lav. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelbruk har flere anbefalinger som berører temaet drop-out generelt og tilbakemeldingssystemer spesielt.

2. Målsetninger med prosjektets fase 2

Formålet med prosjektet (videreføres):

Flere pasienter med rus- og avhengighetsproblemer gjennomfører behandling innenfor TSB

Målene for prosjekt «Hindre drop-out fra rusbehandling» fase 2:

1. Feedbackverktøy tas i bruk i ulike behandlingstilbud på en systematisk måte
2. Øke kunnskapen om den faglige forståelse for fenomenet drop-out og bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom å formidle eksisterende og ny kunnskap/forskning

3. Organisering av prosjektet

Nasjonal kompetansetjeneste TSB leder og eier prosjektet. Det innebærer at leder av Nasjonal kompetansetjeneste TSB har ansvar for den overordnede planleggingen og gjennomføringen av prosjektet ved å definere målsetninger og de sentrale milepælene for prosjektet. Det er etablert en intern prosjektgruppe bestående av prosjektleder Hilde Harwiss og opplæringsansvarlig Eva Sørlie (co-prosjektleder). Forsker Espen Ajo Arnevik, kommunikasjonsrådgiver Tone Øiern og administrasjonskonsulent Sandra Svennes møter i den interne prosjektgruppa ved behov og har ansvar for deloppgaver.

Prosjektleder har ansvar for å ha løpende dialog med aktuelle samarbeidspartnere, spesielt aktører som aktivt bruker feedbackverktøy i dag. Drop-out-prosjektet i Helse Midt Norge har bruk av feedbackverktøy KOR som et særlig satsingsområde, og er derfor en spesielt sentral samarbeidspartner. Øvrige TSB-miljøer som har arbeidet systematisk med feedbackverktøy er Universitetssykehuset Nord-Norge, Borgestadklinikken, Bergensklinikkene samt Helse Førde. Prosjektleder har løpende dialog med disse miljøene. Det er også flere miljøer som er i gang med å satse på feedbackverktøy, bl.a Vestre Viken (Tyrifjord), Kirkens sosialtjeneste Stavanger, Oslo universitetssykehus (Seksjon ung, Seksjon rusakutt og avgiftning), Haugaland A-senter m.fl. Prosjektet søker å holde løpende dialog og oversikt over disse miljøene. Det er også etablert samarbeid med NAPHA og det vil bli vurdert å konkretisere samarbeid med Korus når opplæringsprogrammet er etablert. Brukerrepresentanter inviteres til å komme med innspill på

konkretisering av opplæringsprogrammet i bruk av feedbackverktøy og inkluderes på aktiviteter der det vurderes som hensiktsmessig.

3. Rammebetingelser

Prosjektets første fase var finansiert som et spleiselag mellom drop-out-teamene i de ulike regionale helseforetakene. I fase to brukes noe økonomiske bidrag fra de ulike regionene.

Hovedfinansieringen av kurs er basert på egenandeler ved gjennomførte kurs. Nasjonal kompetansetjeneste TSB finansier i all hovedsak personalkostnader. Validering av MOCA finansieres som et spleiselag mellom de aktuelle aktørene, mens det søkes forskningsrådet/HSØ om finansiering av øvrig forskningsaktivitet. Det er utarbeidet årlig budsjett. Det vurderes muligheter for ytterligere ekstern finansiering.

4. Milepæler, hovedaktiviteter og tids- og ansvarsplan

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan	Gjennomført	Ansvar
Plan for nasjonalt opplæringsprogram er utarbeidet	Formulere plandokumenter Innhente erfaringer fra TSB- miljøer som bruker feedbackverktøy	31.12.2017	OK	HH
Ha oversikt over TSB- miljøer som bruker feedbackverktøy systematisk	Dialog med aktuelle miljøer og oversikt over interessenter Ha oversikt over kontaktpersoner	Løpende		HH/ES
Drop-out e-læringen monitoreres	Drop-out e-læringen monitoreres.	31.12.2018		ES
Følge utviklingen av drop-out kvalitetsindikatoren til Helsedirektoratet	Følge utviklingen i Nasjonale drop-out tall kvartalsvis. G	31.12.2018		HH
E-læring i bruk av KOR er gjort tilgjengelig for klinikere i TSB	Laget og gjennomført plan for markedsføring av e-læring Evaluere bruk av e-læring om KOR	01.04. 2018 01.10.18		HH/ES/TØ HH/ES
Vurdert om e-læring skal tilpasses NORSE	Avklart om det skal lages tilpassede varianter fog evt. planlegge framdrift	01.04.18		HH/ES
Opplegg og materiell for inspirasjonssamlinger,	Gjennomført workshop er for å detaljere inspirasjonssamlinger og	01.03.2018		HH/ES/nasjonale kursholdere

kurs er ferdigstilt	tren trener samlingene sammen med nasjonale kursholdere Ferdigstilt materiell til bruk i kurs			
Laget nytt materiell for bruk for videreutvikling / nettverksbruk	Laget plan for bruk av materiell til trener nettverk feedback Utviklet matriellet	31.12.18		ES/HH
Arrangert minimum fire nasjonale inspirasjonskurs i KOR for ledere og nøkkelpersonell.	Sendt ut invitasjon/publisert tsb.no Gjennomført kurs: Evaluert kursopplegget	Kurs 1: 7.3 Kurs 2: 8.5 Kurs 3: Høsten Kurs 4: Høsten 31.12.		HH/SS/TØ Nasjonale kursholdere (NK) HH/ES/NK
Arrangert fire nasjonale kurs for tren treneren i bruk av KOR	Sendt ut invitasjon/publisert tsb.no Gjennomført kurs Evaluert kurs	01.02.2018 Kurs 1: 3.-4.4 Kurs 2: 29.-30.5 Kurs 3: Høsten Kurs 4: Høsten		ES/HH/TØ NK HH/ES/NK
Nettverkssamling for «trenere i feedbackverktøy» gjennomført	Gjennomført andre nettverksamling Gjennomført tredje nettverksamling Vurdert andre kommunikasjonstiltak nettverket (egen facebook gruppe o.a)	14.06.2018 Høst 2018 Løpende		HH/ES HH/ES HH/ES/TØ
Erfaringsutveksling blant miljøer som arbeider med og «hindre drop-out» er ivare tatt	E-post kontakt min. en gang i semesteret	31.12.18		HH

/Opprettholde nettverk				
Utviklet modell for å følge implementering av feedbackverktøy	Avklare samarbeid med Helse Midt og NORSE i fht utvikling av modell for implementering av feedbackverktøy Evt. lage fremdriftsplan inkl. anvendelse for andre fagområder	01.06.2018		HH
MoCA er validert	Sendt søknad REK + avklart samarbeidspartnere Innhentet forskningsdata Skrevet artikkel	01.04.17 31.12.17 31.12.18	OK	EA
Informasjon om MoCA er forsterket	Laget kort informasjonsfilm om MoCA	01.07.2018		ES/HH
Erfaringene systematiserer og er dokumentert gjennom etablering av forskningsprosjekt	Skrevet søknad om multisenter studie/forskningsnettverk feedbackverktøy Vurdere mulighet for å sende søknad om post.doc	31.12. 2018		EA /HH
Grunnlagsforståelse av hva feedbackverktøy er og hva «det er» som tas i bruk er formidlet	Sammenstilt teori & konkretisert oppgaver Skrevet vitenskapelig artikkel i samarbeid mellom NORSE og NK-TSB	01.06.2018 31.12.2018		EA EA

7. Oppfølging og evaluering

Prosjektleder rapporter til prosjekteier gjennom regelmessige trafikklyssrapportering/portefølgemøter og halvårsrapporter.

Deltagere på alle større arrangementer/kurs inviteres til å evaluere arrangementets faglige innhold. Evaluering av deltagelse fra hele landet skal vies særlig oppmerksomhet.

Rapporten deles ved forespørsel fra samarbeidspartnere.

Referanser

Andersen, Erling: Prosjektledelse. NKI 2011.

Espen Ajo Arnevik (2016) : Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment, Int Arch Addict Res Med 2016, 2:020 Volume 2

Brorson, Hanne H, Arnevik, Espen Ajo, Rand-Hendriksen, Kim og Duckert, Fanny: *“Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors”*. Clinical Psychology Review 33(2013) 1010-1024

Ingunn Amble, Tore Gude, Sven Stubdal, Tuva Oktedalen, Anne Marie Skjorten, Bror Just Andersen, Ole André Solbakken, Hanne H. Brorson, Espen Arnevik, Michael J. Lambert og Bruce E. Wampold . Psychometric properties of the Outcome Questionnaire-45.2: The Norwegian version in an international context

Jessica D. Goodman, James R. McKay, and Dominick DePhilippis
Philadelphia Veterans Affairs Medical Center, Philadelphia, Pennsylvania and University of Pennsylvania Perelman School of and University of Pennsylvania Perelman School of Medicine. Progress Monitoring in Mental Health and Addiction Treatment:
A Means of Improving Care Professional Psychology: Research and Practice In the public domain
2013, Vol. 44, No. 4, 231–246

Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

Helseministeren (2018): Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene

Prop.1 S (2013-2014) Statsbudsjettet 2014.

Prop. 1 S (2014-2015) Statsbudsjettet 2015

Kvaal, Øiern og Harwiss (2016) Hindre drop-out fra rusbehandling. Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt.

Harwiss (2016) Hindre drop-out fra rusbehandling. Oppsummering av arbeidet med å koordinere prosjektet i perioden Januar 2014 – august 2016.

www.tsb.no

Prosjekt - Rett og frist



Prosjektplan «Rett og frist»

1. Formålet med prosjektet

Hovedformål: Pasienter skal vurderes for rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) mest mulig likt, uavhengig av hvor i landet rettighetsvurderingen foretas og pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til og få den riktige helsehjelpen.

Bakgrunn for prosjektet:

Rett og frist ble startet opp som et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Seksjon analyse, rådgivning og pasientstrøm ved Oslo universitetssykehus i 2014. Prosjektet hadde målsetting om harmonisering av vurderinger av rett til TSB på landsbasis. Det skulle bidra til at spesialisthelsetjenesten utøver praksis i tråd med loven og prioriteringsforskriften. De pasientene som trenger det mest skal komme raskest til og få den riktige helsehjelpen. Jfr. veileder IS-2043. Det ble avholdt fire arbeidsseminar, et i hvert av de regionale helseforetakene, over en periode på et år, 2014 – 2015. Arbeidsseminarene ble gjennomført etter samme mal og resultatene var planlagt at skulle oppsummeres i en vitenskapelig artikkel.

Nytt prosjekt etter revisjon av lov, forskrift og veileder:

Fra november 2015 trådte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven inn. Det var fire viktige endringer her. Skillet mellom rettighetspasienter og «behovspasienter» opphørte. Alle pasienter som får et tilbud fra spesialisthelsetjenesten skal ha en juridisk bindende dato for når helsehjelpen senest skal starte. Vurderingstiden ble kortet ned fra 30 til 10 virkedager. Vurderingen skal nå skje på grunnlag av henvisningen og det er ikke lenger krav om å innhente supplerende opplysninger fra henvisende instans eller å innkalle pasienten til undersøkelse før rettighetsvurdering. Spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt, gi pasienten tilbakemelding om utfallet av vurderingen. Hvis pasienten har fått rett til helsehjelp, skal det opplyses om tid for oppmøte. (utvidet informasjonsplikt) Videre ble ny ordning ved fristbrudd innført. Spesialisthelsetjenesten skal nå kontakte HELFO pasientformidling hvis den ikke kan gi tidspunkt for helsehjelp innen fristen eller hvis tidspunktet må endres slik at fristen ikke kan holdes. HELFO skal da ta kontakt med pasienten og tilby sine tjenester.

Endring i prioriteringsforskriften: det er nå to vilkår for å få rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Vilkår 1: pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen.

Vilkår 2: de forventede kostnadene skal stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Det tidligere vilkåret om at pasienten må ha et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes (alvorlighetskriteriet) er ikke lenger et vilkår for å få rett til nødvendig helsehjelp. En annen viktig endring er at prioriteringsforskriftens § 2a nå presiserer og tydeliggjør at alvorlighet og hastegrad skal vurderes når det settes frist for når helsehjelp senest skal starte.

Prioriteringsveilederen ble revidert for å være i samsvar med endringer i pasient- og brukerrettighetsloven samt endringene i prioriteringsforskriften. Den ble tatt i bruk samtidig med at

endringene i lov og forskrift trådte i kraft.

Et tilbud om godt og rettferdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har, krever prioriteringer. Prioriteringsveilederen skal være et praktisk hjelpemiddel når man tar stilling til om en henvist pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Den skal bidra til at rettighetsvurderingen av "like" pasienter er uavhengig av hvor i landet de bor og hvilket sykehus de er henvist til. Prioriteringsveilederen beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk og er ment som beslutningsstøtte ved vurderinger av pasientens rettigheter i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Dersom vurderingsinstansen velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederen, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges. Prioriteringsveilederen blir sett på som et bindeledd mellom faget og prioriteringsregelverket. Jf. Helsedirektoratet sin oppsummering: «Reviderte prioriteringsveiledere. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften».

De tverrfaglige teamene som skal rettighetsvurdere henvisningene bør ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene. Prosjektet legger opp til at det vil bli en opplæringsdel, et praktisk arbeid med case og lagt til rette for erfaringsutveksling mellom helseforetak og helseregioner.

I et nytt prosjekt Rett og frist vil følgende momenter være aktuelle å ha fokus på:

1) Endringer i lovverk og forskrift, pasient- og brukerrettighetsloven og i prioriteringsforskriften.

Videre er prioriteringsveilederen revidert og det har kommet en henvisningsveileder til spesialisthelsetjenesten. Er dette implementert?

2) Antallet vurderingsinstanser i de regionale helseforetakene er i endring. Det går mot stadig mer sentralisering av vurderingene i de offentlige tiltakene. Flere private samarbeidsparter har mistet sin vurderingskompetanse.

3) Oppfølging av det forrige prosjektet har blitt etterspurt både fra enkelte helseforetak og de regionale helseforetakene. Det er ønske om et nasjonalt samarbeid rundt utfordringer ved rettighetsvurderinger og mulighet for erfaringsutveksling/diskusjon. De regionale helseforetakene har i ulik grad hatt felles informasjon og opplæring i de nye nasjonale føringene som er viktige for vurderingsarbeidet.

4) I det forrige prosjektet ble litteratur på tema vurdering og prioriteringer av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, gjennomgått. Den viste at Norge ligger et godt stykke foran sammenlignbare land i arbeidet med prioriteringer. Vi fant at det er publisert generelt lite om tema og at det ikke er noe innen fagområdet tverrfagligspesialisert rusbehandling (TSB). Vi ønsker å oppsummere også dette prosjektet og tar sikte på en vitenskapelig artikkel.

2. Målene for rett og frist prosjektet

1. Ny prioriteringsveileder er tatt i bruk i TSB vurderingsteamene
2. Det er mindre uønsket variasjon i vurderingsarbeidet i TSB vurderinger
3. Ny vitenskapelig artikkel med oppsummering fra prosjektet

Rett og frist prosjektet henvender seg til vurderingsteamene og spesialistene som er i front ved helseforetakene og private samarbeidsparter.

Et strategisk satsningsområde for Nasjonal kompetansetjeneste er å koble kunnskap mellom aktører i feltet på prioriterte områder. Prosjekt Rett og frist vil samle fagfolk til et arbeidsseminar for utveksling av erfaringer, praktisk arbeid med case, diskusjon og arbeide med å skape felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene. Målet er harmonisering av rettighetsvurderingene i landet og å redusere uønsket variasjon.

Hovedaktiviteter:

1) Et arbeidsseminar for alle landets vurderingsteam. Arbeidsseminaret vil ha både plenuminnlegg og arbeid med vurderinger av henvisninger (case) en og en, og i vurderingsteamene.

Seminaret vil inneholde:

- Vurdering av henvisninger en og en/alene
- Vurderinger av henvisninger i tverrfaglige team
- Plenumsgjennomgang av casene som er rettighetsvurdert
- Plenumsdiskusjon av problemstillinger, utfordringer vurderingsinstansene har og utveksling av erfaringer

2) Vitenskapelig artikkel. På seminaret vil arbeidet med case være lagt opp slik at data i etterkant kan oppsummeres i en vitenskapelig artikkel.

3. Organisering av prosjektet

Prosjektet ledes av Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Det etableres en ekstern prosjektgruppe sammensatt av en representant fra hvert regionale helseforetak og representant fra brukerorganisasjonene. Det vil være naturlig å kontakte Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RiO) ved Jon Storaas, for å spørre om deltakelse da han bidro i det forrige prosjektet. Prosjektgruppen vil bistå med å lage case, sikre klinisk forankring og detaljere programmet slik at det treffer målgruppen.

Det opprettes en intern prosjektgruppe med:

Karoline Rollag, prosjektleder

Hilde Harwiss, co-prosjektleder

Eva Sørli

Espen Arnevik – deltar ved behov

Geir Pedersen – deltar i deler av konferanseforberedelsene og etterarbeid med innsamlet materiale

Den interne prosjektgruppens oppgave vil være å kombinere anbefaling fra den eksterne prosjektgruppen med utforme det pedagogiske opplegget samtidig som en sikrer nødvendig datainnsamling på arbeidsseminaret. etter, legge opp til at det kan samles inn data til ny artikkel. En skrivegruppe bestående av Arnevik, Harwiss, Geir og Rollag vil i etterkant oppsummere funnene i vitenskapelig artikkel.

Prosjektet vil videre dra veksler på interne ressurser i kompetansetjenesten til bestilling av lokale for arbeidsseminaret, utsendelser av invitasjon, informasjonsmateriell, ta i mot påmeldinger o.l. Videre vil det være behov for bistand til opplæringsmateriell til seminaret, publisering og markedsføring. Intern co-prosjektleder er sparringspartner for opplegget og helheten i prosjektet.

4. Rammebetingelser

Tidsramme

Prosjektet etableres frem til sommeren 2018. Det tas sikte på å gjennomføre arbeidsseminar mot slutten av 2017, og arbeidsseminaret oppsummeres i vitenskapelig artikkel i 2018.

Arbeidsseminaret vil fortrinnsvis bli avholdt i et sentralt beliggende konferanselokale, slik at tilgjengeligheten for deltakere som kommer langveis fra er best mulig.

Økonomi

Prosjektet vil ha som utgangspunkt at seminaret skal arrangeres til selvkost. Deltakerne på arbeidsseminaret betaler reisekostnader, dag-pakke og overnatting selv. Nasjonal kompetansetjeneste TSB dekker personell- og administrasjonskostnader.

5. Milepæler

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan	Ansvarlig	Status
Prosjektet opprettet	Prosjektbeskrivelse godkjent	Juni 2017	Espen Ajo Arnevik	
Kunnskapsgrunnlaget er klart og tilgjengelig på TSB.no	De nasjonale føringene for henvisninger og vurderinger ligger tilgjengelig på TSB.no Faktaark er tilgjengelig på TSB.no. Informasjonsfilmer er tilgjengelig på TSB.no	Juni 2017	Prosjektleder i samarbeid med kommunikasjonsrådgiver og opplæringsansvarlig	
Praktisk og organisatoriske rammer avklart	Prosjektgruppe er etablert. Møte i prosjektgruppa er avtalt. Oversikt over antall vurderingsteam i landet er klar. Tid og sted for arbeidsseminaret er satt.	August 2017	Prosjektleder	
Design og innhold i arbeidsseminaret er klart	Program for konferansen er klart. Invitasjon er sendt ut. Skrivegruppa har avklart at design for arbeidsseminaret gir mulighet for innsamling av data.	September 2017	Prosjektleder	
Arbeidsseminar er arrangert	Arbeidsseminaret avholdes etter planen	Senest desember 2017	Prosjektleder	
Artikkel er skrevet	Skrivegruppa har bearbeidet og tolket innsamlet materiale og har skrevet utkast til artikkel	Juni 2018	Prosjektleder og skrivegruppa	

6. Oppfølging og evaluering

Aktivitetsplan/milepæler er utarbeidet – trafikklys-skjema blir oppdatert månedlig og sendt til leder for kompetansetjenesten.

Statusrapportering for prosjektet - evaluering sendes sammen med forslag til endring av prosjektplan til leder NK-TSB innen 15. juli og 15. januar årlig.

Evaluering av seminaret vil bli gjort ved hjelp av questback.

Oppsummering av prosjektet – det blir skrevet en avslutningsrapport/evaluering etter gjeldende mal.

Resultatene vil bli publisert i vitenskapelig artikkel sommer 2018.

Prosjektplan (forprosjekt): Nasjonalt nettverk for utredning av rus- og avhengighetslidelser

Bakgrunn

Rusbehandling er et ungt felt i spesialisthelsetjenesten med en relativt ung tradisjon for diagnostisering og utredning av ruslidelser.

Pasienter med rus og avhengighetslidelser har behov for ulike tjenester tilpasset sine spesifikke lidelser, symptomer og fungering. Utredning er avgjørende i forhold til en planmessig tilpassing av behandlingsnivå og spesifikke intervensjoner. Dette både i forhold til effekt av behandling, og reduksjon av fare for iatrogene prosesser. Med små og spredte behandlingsmiljøer slik vi finner i Norge vil det være nødvendig med et utstrakt nasjonalt samarbeid for å produsere kunnskap som har betydning for utvikling av denne delen av tjenesten og endring av klinisk praksis i henhold til ny kunnskap. Det er derfor et behov for å opprette et nasjonalt nettverk for utredning av rus- og avhengighetslidelser for å lage en felles praksis for utredning i spesialisthelsetjenesten, bidra til kompetanseheving hos klinikere som driver utredning, og gjøre data tilgjengelig for forskning for på den måten bidra til videre utvikling. Prosjektet har to trinn; **Trinn 1** vil være et forprosjekt som estimeres til 1 års arbeid og som beskrives i denne prosjektbeskrivelsen. **Trinn 2** vil være opprettelse og drift av nettverket. Oppgaver for nettverket vil være å bl.a validere verktøy, implementere verktøy, kompetanseheving og etablering av en felles utredningspakke i DIPS. Trinn 2 vil beskrives nærmere i et eget dokument.

Formål

Sikre pasienter i TSB best mulig behandling.

Mål (Trinn 1)

1. Kartlegge utredningspraksis (somatisk, psykologisk og sosialfaglig) i Norge og internasjonalt. Kartleggingen vil søke å beskrive verktøy, prosedyrer og klinisk praksis.
2. Initiere opprettelsen av et nasjonalt nettverk.

Milepæler

- Kartlegge hvilke utredningsenheter som finnes i TSB.
- Kartlegge hvilke instrumenter som er i bruk ved disse utredningsenhetene.
- Utarbeide prosjektbeskrivelse for trinn 2 og sende søknad om støtte til nettverk
- Arrangere 2 dagers arbeidsseminar om utredning
- Formalisere et nasjonalt nettverk

Målgruppe for nettverket

Deltagere som inviteres aktivt inn i nettverket er de enheter som spesialiserte seg på systematisk utredning av pasienter innen TSB i Norge.

Målgruppen for kunnskapen som utvikles og samles gjennom nettverket er alle som driver utredning i TSB, psykisk helse eller somatiske avdelinger, enten det er i avrusningsenheter/akutt, døgntilbehandlingsenheter, dagenheter eller polikliniske virksomheter.

Organisering av prosjektet

Forprosjektet er et samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB), Nasjonal kompetansetjeneste ROP (NK-ROP), Seksjon Ung (ARA, OUS) og Utredning TSB-IS. Ved etablering av et nasjonalt nettverk vil det etableres en ny organisering.

Prosjektgruppe forprosjekt: Espen Ajo Arnevik (NK-TSB), Anne Landheim (NK-ROP), Hanne Pedersen (ARA, OUS), Hilde Mogensen (TSB-IS), Morten Brodal (Erfaringskonsulent).

Delmål og aktiviteter

Delmål	Aktivitet
Finansiere nettverk	Forespørre Hdir
Finansiere konferanse	Sende søknad Hdir
Arrangere konferanse	Nedsette arrangementsgruppe Invitasjon Avholde konferanse Hamar 7. og 8. mai 2015
Opprette nettverk	Lage oversikt over mulige deltakere i nettverk Skrive forslag til mandat Etablere nettverk
Samle og formidle erfaringer	Samle info om utredningsenheter Lage oversikt på www.tsb.no og www.ROP.no Lage nyhetsartikkel fra konferansen

Prosjektet:

Familienettverket

Nasjonalt læringsnettverk for ansatte i Familieambulatoriene og tilsvarende organisatoriske modeller og institusjonene i TSB med pasientgruppen gravide og sped-/småbarnsforeldre med psykiske helsevansker og/eller rusrelaterte vansker.

Formålet med prosjektet:

Bidra til et likeverdig behandlingstilbud i hele landet til nettverkets pasientgruppe.

Bakgrunnen for prosjektet:

Forskning, klinisk praksis og erfaringsformidling har gitt oss mye kunnskap om hvordan rusrelaterte fosterskader og foreldres bruk av rusmidler kan belaste og skade barn både på kort og på lang sikt. Vi har også mye kunnskap om hvordan foreldres psykiske helsevansker kan påvirke og belaste barns omsorgssituasjon. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten omfatter både lavterskeltiltak (Familieambulatorier) og døgnbehandling i institusjoner. I 2008 ble de to første Familieambulatoriene i Norge etablert som prosjekter i hhv. Helse Midt og Helse Sør-Øst. I 2013 ble disse prosjektene en del av den ordinære virksomheten i sine helseforetak. I 2013 ble det via statsbudsjettet også tildelt midler til etablering av ytterligere tre Familieambulatorier. Målene med lavterskeltiltakene er å styrke både foreldrekompetansen og tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn. Dette vil kunne bidra til å bedre barnas omsorgssituasjon. Målsettingen er også at lavterskeltiltakene skal bidra til å forebygge rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barna. I tillegg til lavterskeltiltakene gir døgnenheter i TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling) et mer omfattende og intensivt tilbud til gravide og sped-/småbarnsforeldre med utfordringer knyttet til bruk av rusmidler. Det finnes institusjoner i de ulike helseregionene som gir tilbud både til gravide med utfordringer knyttet til bruk av rusmidler og til sped-/småbarnsfamilier der mor og/eller far strever med rusrelaterte vansker.

Frem til 2014 hadde alle regionale kompetansetjenester for rusbehandling (KoRus) egne nasjonale spisskompetanseområder. KoRus Borgestad hadde «familier og barn» som sitt spisskompetanseområde og ledet et nasjonalt «familienettverk» bestående av døgnenheter som behandlet gravide og sped-/småbarnsforeldre med rusutfordringer. I oktober 2015 mottok Nasjonal kompetansetjenesten TSB (NK TSB) en henvendelse fra medlemmer av det gamle «familienettverket» hvor de uttrykte et stort behov for et tilsvarende nettverk. Samtidig mottok BarnsBeste (Nasjonalt kompetansenettverk for Barn som pårørende) en forespørsel fra Familieambulatoriene om å etablere et læringsnettverk med hensikt å dele erfaringer både med innhold og organisering av tjenestene.

I et samarbeidsmøte mellom BarnsBeste og NK TSB i november 2015 ble det tydelig at det ville være store fordeler med å etablere et felles, nasjonalt nettverk for de to ovennevnte tjenestetilbudene. De to tilbudene vurderes å være delvis overlappende og er til sammen fagmiljøer som representerer en betydelig ressursgruppe knyttet til fagområdet «gravide og sped-/småbarnsfamilier med psykiske helsevansker og rusrelaterte vansker».

27. januar 2016 var 46 personer representert fra alle landets familieambulatorier og fra de aktuelle døgnetenhetene i TSB samlet for å diskutere muligheten for å etablere et nytt faglig nettverk. Fra begge gruppene ble det uttrykt et tydelig ønske om å utveksle kunnskap og erfaring for å bidra til et likeverdig tilbud til ovennevnte pasientgruppe. Det ble formidlet ønske om et felles nettverk for både familieambulatoriene og for døgnetenhetene i TSB, forskere og brukere. Det ble også uttrykt ønske om nasjonale og regionale samlinger, samt et system for kompetansespredning.

NK TSB tilbød seg å lede et slik nasjonalt nettverk forutsatt finansiering. Det ble søkt midler fra Helse Sør-ØST RHF i februar 2016. I april 2016 fikk NK TSB tildelt midler til etablering og drift av et nasjonalt læringsnettverk. Helse Sør-Øst skriver i sitt tildelingsbrev at flere fagmiljøer i Helse Sør-Øst er sentrale med tanke på å etablere læringsnettverket. Det vises til Sykehuset Innlandet HF og deres arbeid med barn som pårørende, men også til Nasjonal kompetansetjeneste ROP som er en del av ovennevnte helseforetak. Det vises også til at Vestre Viken HF i mange år har hatt et eget familieambulatorium som nå er en del av helseforetakets ordinære drift. I tillegg omtales Sørlandet sykehus HF som har en regional kompetansetjeneste for barn med medfødte russkader. Dette helseforetaket har også, som tidligere nevnt, kompetansenettverket BarnsBeste som en del av sin ordinære drift.

I oktober 2016 ble det ansatt prosjektleder for læringsnettverket. I november 2016 ble det arrangert et to – dagers arbeidsseminar for nettverkets deltakere. Deler av seminaret ble viet oppstarten av prosjektet.

Målene for prosjektet:

- 1. Etablere og lede et nasjonalt fagnettverk for Familieambulatoriene og institusjonene i TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling) med behandlingstilbud til gravide og småbarnsforeldre med utfordringer knyttet til bruk av rusmidler og/eller med psykiske helsevansker.**
- 2. Tilrettelegge for kompetanseutveksling og kompetanseheving på feltet.**
- 3. Tilrettelegge for deling av erfaring med organisering av tjenestene.**

Hovedaktiviteter:

To årlige to-dagers nettverksseminar: Samlingene skal ha høy kvalitet på faglig innhold og veksle mellom plenum og tematiske arbeidsseminarer hvor det legges vekt på høy egendeltagelse. Det skal tilrettelegges for at deltakerne skal bli kjent på tvers av både nivå, geografi og behandlingsmetoder. Konferansen arrangeres derfor med overnatting og med felles middag om kvelden. De to seminarene i 2017 vil bl.a. fokusere på at medlemmene i nettverket skal bli bedre kjent med hverandres tilbud /innholdet i de ulike tjenestene. Det vil også være informasjon om aktuell forskning på fagfeltet, om utarbeiding av «Pakkeforløp gravide og rus», samt bidrag fra erfaringskonsulenter.

Nyhetsbrev: Alle deltakerne i nettverket får tilsendt et personlig elektronisk nyhetsbrev to ganger i året. Brevet skal bidra til å dele informasjon, men også inspirere til handling. Aktuell informasjon er f.eks. retningslinjer, større nasjonale begivenheter/konferanser, ny forskning på fagfeltet, nyheter fra tjenestene i nettverket m.m.

Nettside: Felles plattform for deling av informasjon og kunnskap på feltet, samt forskningsnyheter.

Organisering av prosjektet:

Leder av Nasjonal kompetansetjeneste TSB er prosjekteier. Prosjekteier har ansvar for den overordnede planleggingen og for gjennomføringen av prosjektet ved å definere målsettinger og de sentrale milepælene for prosjektet. Prosjektleder er ansatt av NK-TSB. Kommunikasjonsrådgiver, spesialrådgiver og administrasjonskonsulent involveres i prosjektet ved behov og har ansvar for deloppgaver. Det etableres en intern prosjektgruppe i NK-TSB.

Brukermedvirkning ivaretas ved at representant fra ProLar og BAR (Barn av rusmisbrukere) inviteres inn i styringsgruppen og til deltakelse på de to årlige nettverksseminarene. Brukerrepresentanter inviteres til å bidra med erfaringsformidling på seminarene.

Representanter fra forskning på feltet skal delta i nettverket.

Læringsnettverkets primære målgruppe er ansatte i Familieambulatoriene og i institusjonene i TSB som tilbyr familiebehandling. Prosjektets formål er at dette arbeidet skal komme pasientene til gode.

Det etableres en styringsgruppe bestående av:

Helse Sør-Øst v/Anne Aasen

Leder v/Nasjonal kompetansetjenesten TSB Espen Ajo Arnevik (leder)

BarnsBeste v/Siri Gjesdahl

Sykehuset Innlandet v/Kerstin Söderström

Borgestadklinikken v/ Liv Siljan, seksjonsleder Skjermet- og familieenhet

Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger v/Ingunn Helmersberg, Seksjonsleder BUP Familieenhet

UiO, Psykologisk fakultet v/forsker/psykologspesialist Kristin Haabrekke

ProLar v/Ida Olsen

BAR (Barn av rusmisbrukere) Marius Sjørmæling

Prosjektleder v/Nasjonal kompetansetjeneste Inger Helene T. Brattli (sekretær)

Prosjektleder:

Inger Helene T. Brattli, prosjektleder, Nasjonalkompetansetjenesten TSB

Rammebetingelser:

Det gis årlige bevilgninger fra Helse Sør-Øst. Usikkerhet med tanke på varighet.

Kostnader/budsjett:

Det settes opp årlig budsjett. Dette følger rammene for prosjektlederavtale i Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

Milepæler, hovedaktiviteter og tidsplan:

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan	Ansvarlig
Prosjekt besluttet og opprettet	Godkjent prosjektbeskrivelse Prosjektleder ansatt	Mars 2017 Oktober 2016	Espen Arnevik
Klargjøre økonomiske rammer	Utarbeide budsjett Søke videre finansiering	Februar 2017 ?	Prosjektleder ?
Fastsette datoer for to arbeidsseminarer i 2017	Gjennomføring av to arbeidsseminarer for nettverkets deltakere	Mars 2017	Prosjektleder
Program for første arbeidsseminar avklart	Booke foredragsholdere	Mars 2017	Prosjektleder
Oversikt over alle deltakere og institusjoner i nettverket	Adresse/mailliste utarbeidet	Mai 2017	Prosjektleder/ administrasjonskonsulent
Sende første nyhetsbrev	Utforme innhold	Juni 2017	Prosjektleder/ kommunikasjonsrådgiver
Egen fane for NK-TSB side for nettverket etablert	Nettsiden driftes og oppdateres	Juni 2017	Prosjektleder/ kommunikasjonsrådgiver
Program for andre arbeidsseminar avklart	Booke foredragsholdere	September 2017	Prosjektleder

Kommunikasjon:

Nettside: For å oppnå målsettingene nasjonalt, brukes nettside i tillegg til nettverksseminarene. Siden skal gjenspeile prinsippene nettverket bygger på. Dette innebærer at det skal legges vekt på klinikk-, forsknings- og brukerbasert viten. Nettsiden skal også inneholde en oversikt over de ulike tjenestestedene i nettverket. Her skal det presenteres nyheter fra både institusjonene i TSB og fra familieambulatoriene, samt nyheter fra forskningsfeltet. Brukerperspektivet skal også være representert. I tillegg skal nettsiden inneholde en egen «fane» som omhandler «tips og råd» til/fra deltakerne i nettverket.

Facebookoppslag: I forbindelse med de to årlige nettverksseminarene. Legges ut på Facebook påfølgende dag.

Artikler: I forbindelse med nettverksseminarene.

Nyhetsbrev: To nyhetsbrev pr. år.

Oppfølging og evaluering:

Prosjektleder rapporter til prosjekteier gjennom regelmessige porteføljemøter. Prosjekteier og prosjektleder har halvårlige evalueringer av prosjektet for å følge opp utviklingen og sikre ønsket fremdrift og resultatoppgåelse.

Det avholdes to styringsgruppemøter pr. år.

Deltagere på nettverkssamlingene inviteres til å evaluere arrangementenes faglige innhold. Evaluering av deltagelse fra hele landet skal vies særlig oppmerksomhet.

Prosjektleder utarbeider en halvårlig rapport som oppsummerer arbeidet og påpeker evt. behov for videre oppfølging etter endt prosjektperiode. Prosjektrapporten skal inneholde en konkret evaluering av hver av de tre målsetningene i prosjektet. Rapporten sendes prosjekteier og styringsgruppen. Aktivitet rapporteres i skjema NK - TSB.

Nasjonalt ledernetttverk i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Revidert prosjektbeskrivelse januar 2018

Ledernetttverk i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Formålet med prosjekt

Behandlingsenheter i TSB ledes slik at pasienter med rus- og avhengighetsproblemer får et behandlingstilbud av god kvalitet.

Bakgrunn for prosjektet.

I utvikling og drift av behandlingstilbud innenfor Tverrfaglig spesialisert behandling er ledelse sentralt for kvaliteten på tjenestene. TSB har særskilte utfordringer bl.a.

- Forekomst av rus- og avhengighetsrelaterte helseproblemer i befolkningen øker
- Rus- og avhengighetslidelser er skam og tabubelagt
- TSB er et relativt nytt fagområde
- Behov for å styrke kompetansen blant tjenesteutøvere
- Behov for styrke kunnskapsgrunnlaget
- Manglende helhet og samhandling i pasientforløpene
- Organiseringen er ulik i de forskjellige delene av landet

Rusfeltet har nylig fått to nye retningslinjer i tillegg til egen retningslinje for LAR feltet samt en rekke andre retningslinjer og veiledere som definerer nasjonale helsemyndigheters forventninger til tjenestene. Med nye retningslinjer for behandling og rehabilitering (IS-2014), og avrusning (IS-2211) etableres det nye standarder for klinisk virksomhet i TSB. Det knytter seg store forventninger til retningslinjene og arbeidet med implementeringen av disse. Forventningen forsterkes ved at det nå også etableres et pakkeforløp i TSB. Ledere vil ha en nøkkelfunksjon i dette arbeidet.

Ledere har ansvar for at retningslinjene blir implementert, som en del av det helhetlige ansvar ledere har for kvaliteten på tjenestene. Ledere har også ansvar for å tilrettelegge for forskning, fagutvikling og at ansatte får mulighet til å vedlikeholde og utvikle egen kompetanse. Det finnes mange arenaer for kompetanseutvikling både i det enkelte helseforetak/private avtalepart, i regi av regionale helseforetak, i regi av fagforeninger og i regi av høyskoler/universiteter. De ulike regionene samler i ulik grad sine ledere til erfaringsutveksling og diskusjon om felles utfordringer. Det finnes ingen nasjonale arenaer for TSB ledere i dag. I dialog med de ulike aktører i TSB i ulike deler av landet og ulike deler av tjenesten fremstår det som et samlet ønske om at det etableres en slik arena.

Målsetninger:

Ledernetttverket skal:

1. være en arena som styrker den enkeltes lederes evne og mulighet til å lede i TSB
2. bidra til implementering av kunnskap og retningslinjer
3. styrke og koble forskningsaktiviteter
4. forsterke og koble sammen fagutviklingsprosjekter
5. identifisere kunnskapshull og nye utfordringer

Ledernetttverkets **målgruppe** er linjeledere (alle nivåer) som har et helhetlig (dvs. både faglig og administrativt) lederansvar for en eller flere TSB enheter, både i regi **av helseforetak/private sykehus, private avtalepartnere** med RHF eller **Helfo** (fritt behandlingsvalg).

Hovedaktiviteter:

Årlig to-dagers lederkonferanse. Samlingen skal ha høy kvalitet på faglig innhold og veksle mellom plenum og tematiske arbeidsseminarer hvor det legges vekt på høy egendeltagelse. Det skal tilrettelegges for at folk skal bli kjent på tvers av både nivå, geografi og behandlingsmetoder. Konferansen arrangeres derfor med overnatting og med en felles festmiddag om kvelden med kulturelt program.

Det er inngått avtale med Thon Hotell Vettre om at det arrangeres en årlig to-dagers konferanse på følgende tidspunkt: 14.-15. september 2017, 13.-14. september 2018, 12.-13. september 2019.

Nettverk i nettverket. På konferansen vil det være tematiske arbeidsseminarer f.eks. knyttet til type enhet en leder, f.eks. å lede en utredningsenhet, å lede en poliklinikk, å lede en avrusningsenhet, å lede et behandlingskollektiv osv. Men også tematiske arbeidsseminarer f.eks. å lede frem til forskningsaktivitet, å lede implementeringsarbeid osv. Noen av disse nettverkene er/kan bli formalisert som en del av NK-TSBs prosjekter f.eks. somatisk helse og rus, utredningsnettverket, mens andre vil kunne oppstå spontant. Det kan også tilrettelegges for eget arbeidsseminar for toppledere i helseforetakene som har særskilte oppgaver både i forhold til helhetlig pasientbehandling, forskning og utdanning.

Mentorordning. Vi ber erfarne ledere i TSB både fra HF/private om å være mentorer for andre TSB-ledere gjennom etablering av nettverksgrupper. Nettverksgruppene settes sammen på tvers av behandlingsenhet og geografi. NK-TSB har i samarbeid med Steinar Bjartveit laget en enkel verktøykasse for mentorer som de kan bruke på samlinger. Første treff er på den nasjonale lederkonferansen. Deretter forplikter mentoren seg på å samle nettverksgruppa tre ganger fram til neste årlige ledersamling. Nettverksgruppene følges opp av prosjektleder. Det arrangeres også et evalueringsseminar / fokusgruppemøte til våren for å evaluere erfaringene. Det er vokst fram et ønske om i tillegg til å evaluere nettverksgruppene bør følge mentorordningen og skrive en vitenskapelig artikkel om resultatene. Det er inngått en avtale med Steinar Bjartveit om at han skal bidra med dette. Det søkes nå å etablere samarbeid med organisasjonsforsker på BI. Det er derfor utarbeidet en skisse til forskningsopplegg som vil bli ytterligere konkretisert i forkant av arrangementet.

Elektronisk lederbrev. Alle ledere i nettverket får tilsendt et personlig elektronisk lederbrev med en anslått utgivelsesfrekvens på 8 utgaver i året. Brevet skal kunne dele informasjon, men også inspirere til handlinger. Aktuell informasjon er f.eks. retningslinjer, større nasjonale begivenheter m.m. Inspirasjon til deltagelse i bruk av verktøy, deltagelse i fagutvikling, opplæringsaktivitet m.m. Brevene sendes direkte på e-post til navngitte ledere, men legges samtidig offentlig ut på tsb.no. Lederbrev til særskilte kategorier ledere med relevant informasjon kan sendes ved behov.

Alle kompetansetjenestens prosjekter kan være aktuelle innholdsleverandører, men også annen informasjon relevant for TSB-ledere skal spres i lederbrevet.

Rammebetingelser for prosjektet:

Det etableres et **prosjekt** som ledes fra Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Det etableres en bredt sammensatt prosjektgruppe med deltagelse fra hele landet, ledere på flere nivåer og på tvers av offentlig og privat.

Brukermedvirkning ivaretas ved at lederen i landets største brukerorganisasjon Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon inviteres til å sitte i prosjektgruppa.

Deltagere:

Hilde Harwiss (prosjektleder)

Margrethe Aaen Erlandsen (ko-prosjektleder)

Anders Dalsaune Jansen (Tyrilistiftelsen)

Anne Beate Sætrang (Oslo universitetssykehus)

Ruben Sletteng (Universitetssykehuset Nord-Norge)

Randi Mobæk (Helse Stavanger)

Unni Korshavn (St.Olavs hospital)

Terje Wold Samtun

Jon Storås (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon)

Andre ansatte i NK-TSB deltar i prosjektgruppa ved behov.

Prosjektgruppas mandat:

Planlegge rammer og innhold for ledernetverket med særlig ansvar for at de årlige nasjonale lederkonferansene har høy kvalitet både innholdsmessig og faglig. Prosjektgruppa skal også bidra til planlegging av rammer og innhold i lederbrevet og mentorordning. NK-TSB har det operative ansvaret.

Intern prosess i NK-TSB:

Ledernetverket kan ha synergier med alle prosjekter/nettverk i NK-TSB. Stabsmøte brukes derfor som «intern prosjektgruppe» i hovedsak knyttet til planlegging av lederbrev og prioritering av tema ut fra NK-TSBs samlede portefølge.

Milepæler, Hovedaktiviteter og Tidsplan

ANDRE DRIFTSÅR

Milepæl	Hovedaktivitet	Tidsplan	Gjennomført	Ansvarlig
Første nasjonale TSB-lederkonferanse evaluert	Erfaringene presentert og diskutert i prosjektgruppa	30.01.2018		Hilde
Lederbrev sendt ut	Utarbeide vårens plan innhold og utgivelsesdag	20.01		Hilde
	Send ut lederbrev NR 1	26.01		Margrethe /Tone
	Nr 2	16.03		Margrethe/Tone
	NR 3	20 el 27.04		Margrethe/Tone
	Nr 4	01.06		Margrethe/Tone
	Oppdatert statistikk på åpnings og klikkrate etter hvert lederbrev	10 dager etter hvert lederbrev		Margrethe
TSB-ledere fra alle HF og alle private aktører med avtale med RHF/HF abonnerer på TSB-lederbrevet	Analyse av abonnenter	30.01		Margrethe
	Markedsføringstiltak iverksatt for å øke antall abonnenter	01.04		Margrethe/Hilde
Prosjektgruppe-møte gjennomført	<i>Prosjektgruppemøte 1/2018</i> Evaluert og oppsummert TSB-lederkonferansen, lederbrev og mentorordning Planlagt videre aktiviteter i prosjektet <i>Prosjektgruppemøte 2/2018</i> 2. Nasjonale lederkonferansen planlagt og mentorer rekruttert	30.01 April		Hilde

	3. 2.nasjonale TSB-lederkonferansen evaluert	Oktober		
Mentorordningen kull 1 realisert	Dialog med alle mentorer om at nettverksgruppene fungerer min. en telefonsamtale i forbindelse med hver nettverksgruppe	Løpende		Hilde
	Mentorsamling 3 er gjennomført	24.05		Hilde
	Oppsummering av KOR skjema etter hvert nettverksmøte Sendes til mentorene	Løpende		Margrethe
	Nettverksgruppe-deltagere som «dropper ut» kontaktes og erfaringer oppsummeres	Løpende		Margrethe
Forskningsprosjekt mentor ordning realisert	Innhente bidrag fra organisasjonsforsker	01.04		Hilde
	Utforme aktuelle spørreskjema	01.04		Espen
	KOR-skalaene sammenstilt	15.06		Margrethe
	Videre skriveprosess planlagt	15.06		Espen
Program for andre nasjonale TSB-lederkonferanse utformet	Avklare innhold til andre nasjonale TSB-lederkonferanse	01.03		Hilde
	Utforme program grafisk	10.03		Hilde
	Gjøre programmet kjent på tsb.no/lederbrev	01.03		Tone
	Utforme questback	01.03.		Margrethe/Sandra
Mentorer kull 2 rekruttert	Informasjonsbrosjyre utformet om mentorer			Margrethe/Hilde/Tone

	Beskrevet i lederbrev/Facebook/TSB.no			Margrethe/Tone
	Mentorer er rekruttert	01.05		Hilde
	Mentorsamling 1 er gjennomført	Mai-juni		Hilde
	Brosjyre om nettverksgruppa	01.03.		Margrethe/Hilde/Tone
	Nettverksgruppe-deltagere rekruttert	15.06		Hilde
	Nettverksgrupper er sammensatt	01.09		Hilde/Margrethe/Karoline
Praktisk forberedelse av TSB-lederkonferansen	Plan foreligger	Løpende		Hilde/Sandra/Margrethe
	Plan gjennomført	12.03		

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 spesialisitet 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 Haukeland 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 høyskolene. 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 budsjettet 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 akuttssykehus, 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 rusmiddelmisbrukere. 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 behandlingsforskning 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 genetikk, samt klinisk intervensjonsforskning og forløpsforskning. Rusfeltet er i behov av en kraftig økning i sin forskningssatsning 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 forskningssamarbeid 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.

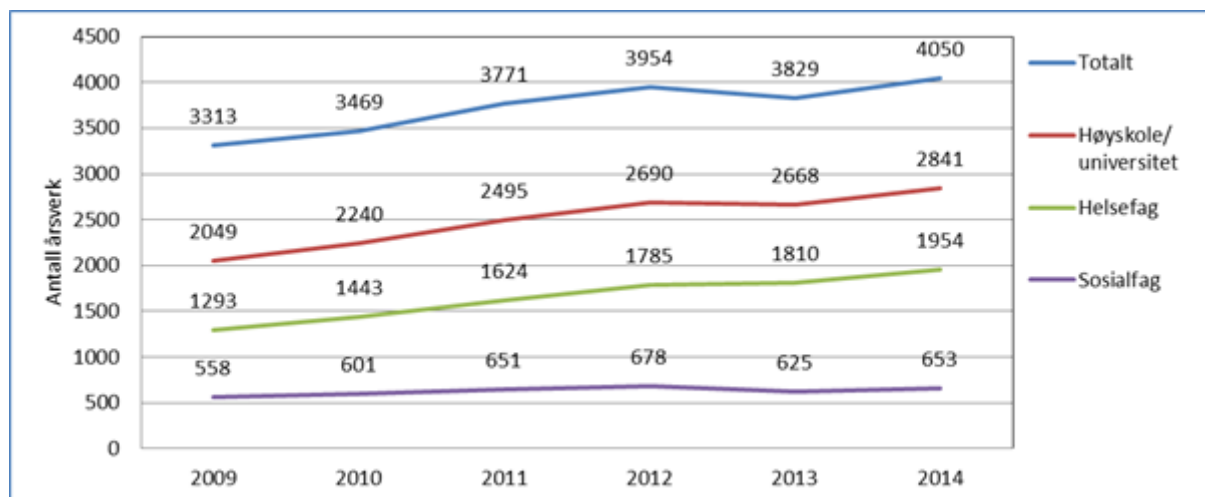
I den nye Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), heter det at utfordringsbildet tilsier at det er behov for å innrette dagens og nye kompetansetiltak slik at de i større grad bidrar til økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i øvrige deler av helse- omsorgstjenestene. Også her heter 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 behandlingssenheter 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, Graviditetstest 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, Graviditetstest 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 innleggelser 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 førstegangssykoser. Flere elementer kan med fordel overføres derfra, til utredning for rusmiddelavhengighet og -lidelser. Ved bruk av tidslinje og sjekkliste 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 kapittelet 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 faset 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 rusmiddelmisbruk. 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 tjenestoområde (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 distriktpspsykiatriske 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 tjenestoområder. 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)

Opptrappingsplanen (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 døgntilbudet 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 kapitlet 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 ansvarsområde:

- Bygge opp og formidle kompetanse
- Overvåke og formidle behandlingsresultater
- Delta i forskning og etablering av forskernettverk
- Bidra i relevant undervisning
- Sørge 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, forskningssentre, 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 ivarettatt 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_oppdateret_13.07.2015.pdf#search=organisasjonskart
7. <https://stolav.no/sok?k=organisasjonskart&Source=https%3A%2F%2Fstolav.no%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 Høsbjørn 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):Kombinerte 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

Saksbeh.:

Dato:

Vedlegg 1. Tjenestens plan for kompetansespredning

Vedlagt følger tjenestens plan for kompetansespredning, oppsummert i følgende dokumenter:

1. Strategi for Nasjonal kompetansetjeneste TSB (2014-2017)
2. Kommunikasjonsstrategi
3. Opplæringsplan

Prosjektplaner for følgende fag- og kompetansetvklingsprosjekter og nasjonale nettverk

- Akutte tjenester
- Asperger og rus
- Somatisk helse og rus
- Steroideprosjektet
- Implementering av nasjonale faglige retningslinjer
- Hindre drop-out fra rusbehandling
- Rett og frist
- Nasjonalt utredningsnettverk
- Familienettverket
- Nasjonalt TSB-ledernetttverk

-

Saksbeh.:

Dato:

Vedlegg 2. Dokumentasjon på hvilke resultater tjenesten har oppnådd.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB gjør i all hovedsak all dokumentasjon tilgjengelig på www.tsb.no

_____ Dette gjelder både prosjektdokumentasjon knyttet til det enkelte fag- og kompetanseutviklingsprosjekt, nasjonale nettverk og vitenskapelige publikasjoner og andre rapporter, kunnskapssammenstillinger, håndbøker og skriftserier samt opplæringsmateriell.

Når det gjelder prosessdokumentasjon i det enkelte prosjekt: innledninger og deltagere på arbeidsseminarer, nettverkssamlinger og konferanser benyttes både www.tsb.no og facebook som medier. Når det gjelder mer detaljert prosessinformasjon som geografisk fordeling av deltagere på ulike seminarer, utvikling i trafikk på nettsider osv. oppbevares det av NK-TSB og kan forelegges helsedirektoratet på forespørsel.

Saksbeh.:

Dato:

Vedlegg 3. Behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet.

Det fremstår som veldokumentert at tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et kompetansesvakt område.

Opprettelsen av NK-TSB er et av flere tiltak som kan bidra til å heve kvaliteten på tjenestene. NK-TSBs overordna resultatmål er at pasientene får god kvalitet på behandlingen i hele landet. Tidslinjen for å realisere dette er også avhengig av strategiske satsinger: Implementering av nasjonale faglige retningslinjer, rekruttering og utdanning av spesialister og oppbygging av kvalitetsregistre og pasientadministrative systemer som understøtter en aktiv bruk. TSB er fortsatt et fagområde med behov for klinisk relevant forskning. Mange virkemidler utenfor vårt eget fagfelt vil også påvirke utviklingen: holdninger til rus og rusproblemer/avhengighet, kunnskap i grunnutdanning og justispolitikk, for å nevne noen sentrale rammebetingelser.

I tillegg til nasjonale føringer gitt av Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har kompetansetjenesten gjennom de første driftsårene erfart at det er betydelige forskjeller på kvaliteten på pasienttilbudet.

Rapporten «*Faglige rammer for TSB*» (2016) dokumenterer at det fortsatt er behov for styrking av faglige rammer til hele feltet. Rapporten vedlegges i fullformat. De andre dokumentene lenkes det til publikasjonene.

Når det gjelder spesifikke målgrupper har vi dokumentasjon på at det fortsatt er store variasjoner i pasienttilbudet. Sentrale kilder er:

Årlig statusundersøkelser LAR som vi utgir i samarbeid med Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/seraf-rapport-nr-2-2017-statusrapport-2016.html>

Rapporten «*Kjønn og alder i LAR*» dokumenterer ulikheter i kvinners og menns situasjon og tilbud og foreslår tiltak for å møte kvinnelige og mannlige LAR-pasienters behov bedre, samt heve livskvaliteten hos de aldrende pasientene.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/hva-er-tsb/forskning-om-tsb/rapporter-og-kunnskapssammenstillinger/foreslar-okt-fokus-pa-kvinnens-og-eldres-behov-i-lar>

Landets første rusakuttmottak ble evaluert i 2015 og arbeidet er oppsummert.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/prosjekter-for-kompetanseutvikling-og-spredning/akutte-tjenester-i-tsb#evaluering-av-akutt-tilbud>

Arbeidet med en sluttrapport av en nasjonal kartlegging som har som mål å beskrive modeller og målgrupper for norske akutt-tilbud for rusavhengige er nå i slutfase. Foreløpige resultater ble presentert på et arbeidsseminar 08.12.2017

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/prosjekter-for-kompetanseutvikling-og-spredning/akutte-tjenester-i-tsb/akutte-tjenester-i-tsb-myte-eller-realitet>

Brukermedvirkning i TSB – en myte? NK-TSB rapport 1/2014. En nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i TSB.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/boker-og-hefter/-brukermedvirkning-i-tsb>

Oppsummering av kunnskap og erfaringer i å hindre drop-out fra rusbehandling.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/boker-og-hefter/-rapport-om-a-forebygge-drop-out>

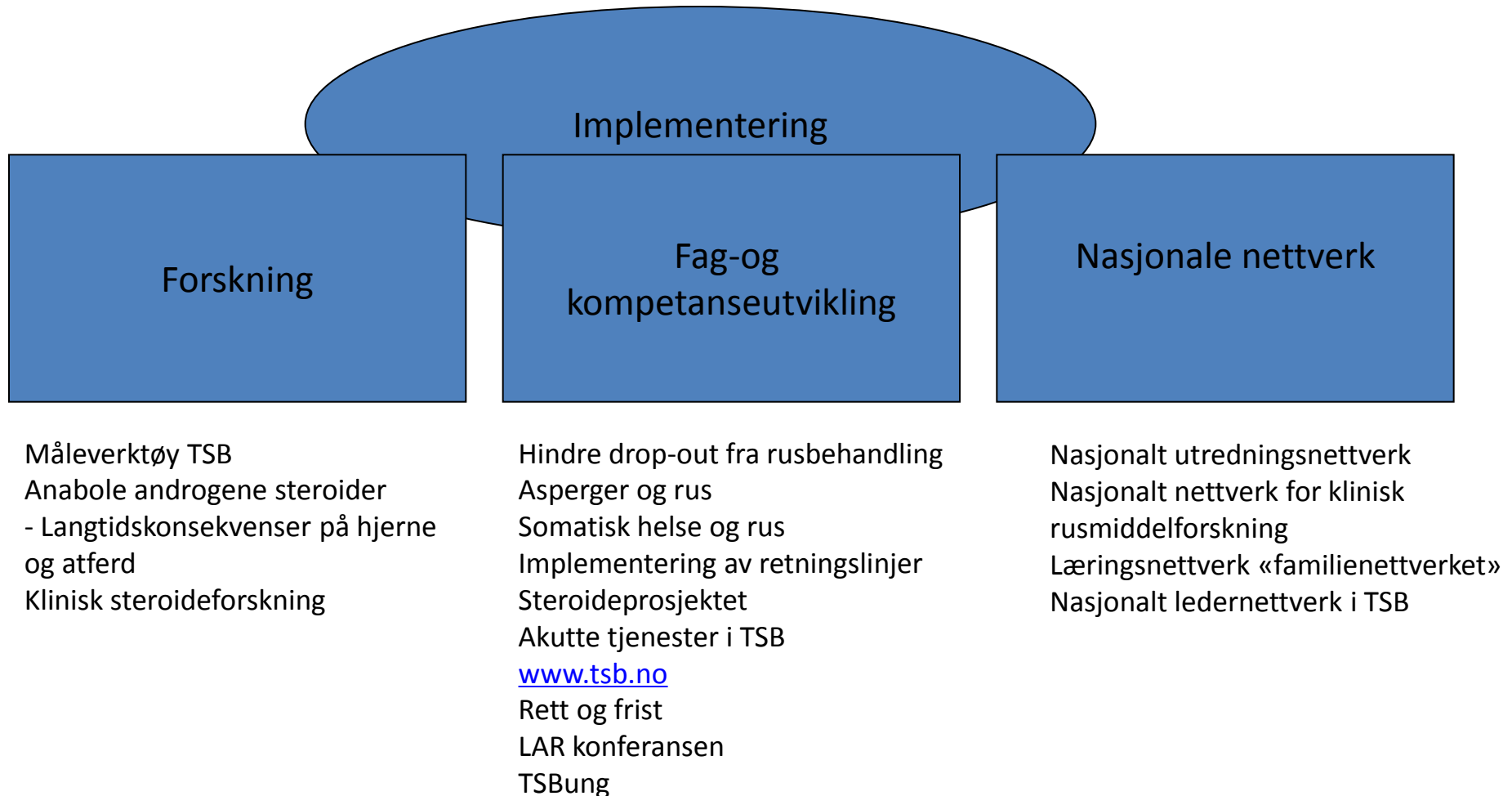
Vurderinger av henvisninger, Rett og frist prosjektet. En nasjonal kartlegging med utgangspunkt i tall fra Norsk pasientregister og praksis fra det enkelte vurderingsteam i hele landet ble presentert på et nasjonalt arbeidsseminar 22.11.2017. Det arbeides nå med å sammenstille tall og vurderinger i de ulike vurderingsteamene.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/prosjekt-rett-og-frist/utfordrende-roller-som-portvoktere-og-dorapnere>

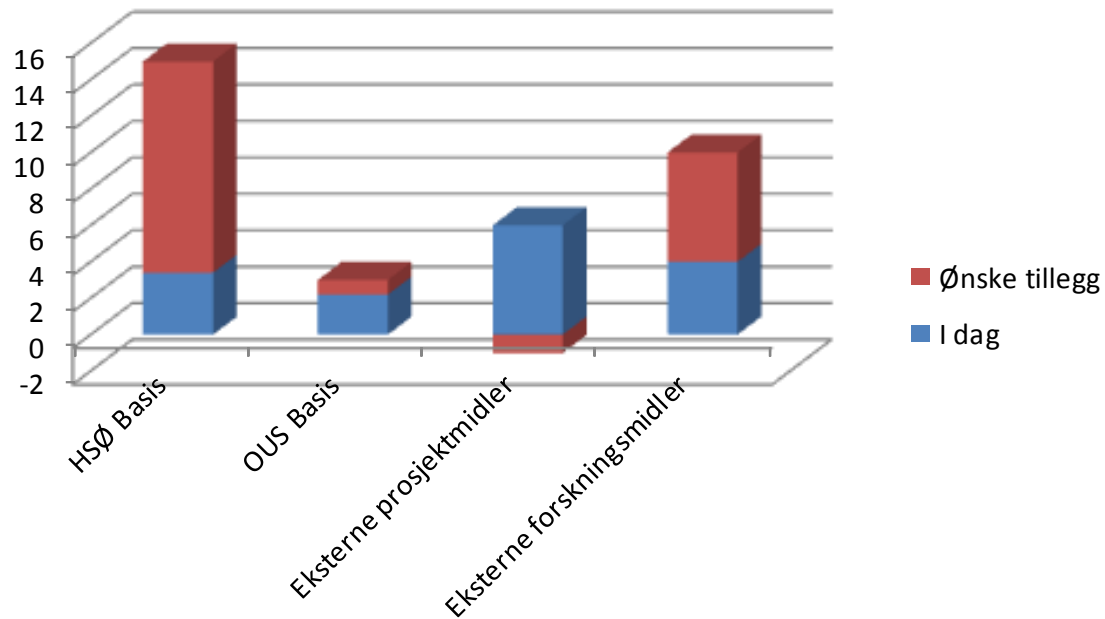
Det vises for øvrig til dokumentasjon av pågående forskningsprosjekter i den årlige evalueringens hvor bidrag til dokumentasjon i behov hos deler av pasientpopulasjonen og bidrag til kompetanseutvikling fremstår som sentralt.

Trykt vedlegg: Faglige rammer for TSB, 2016

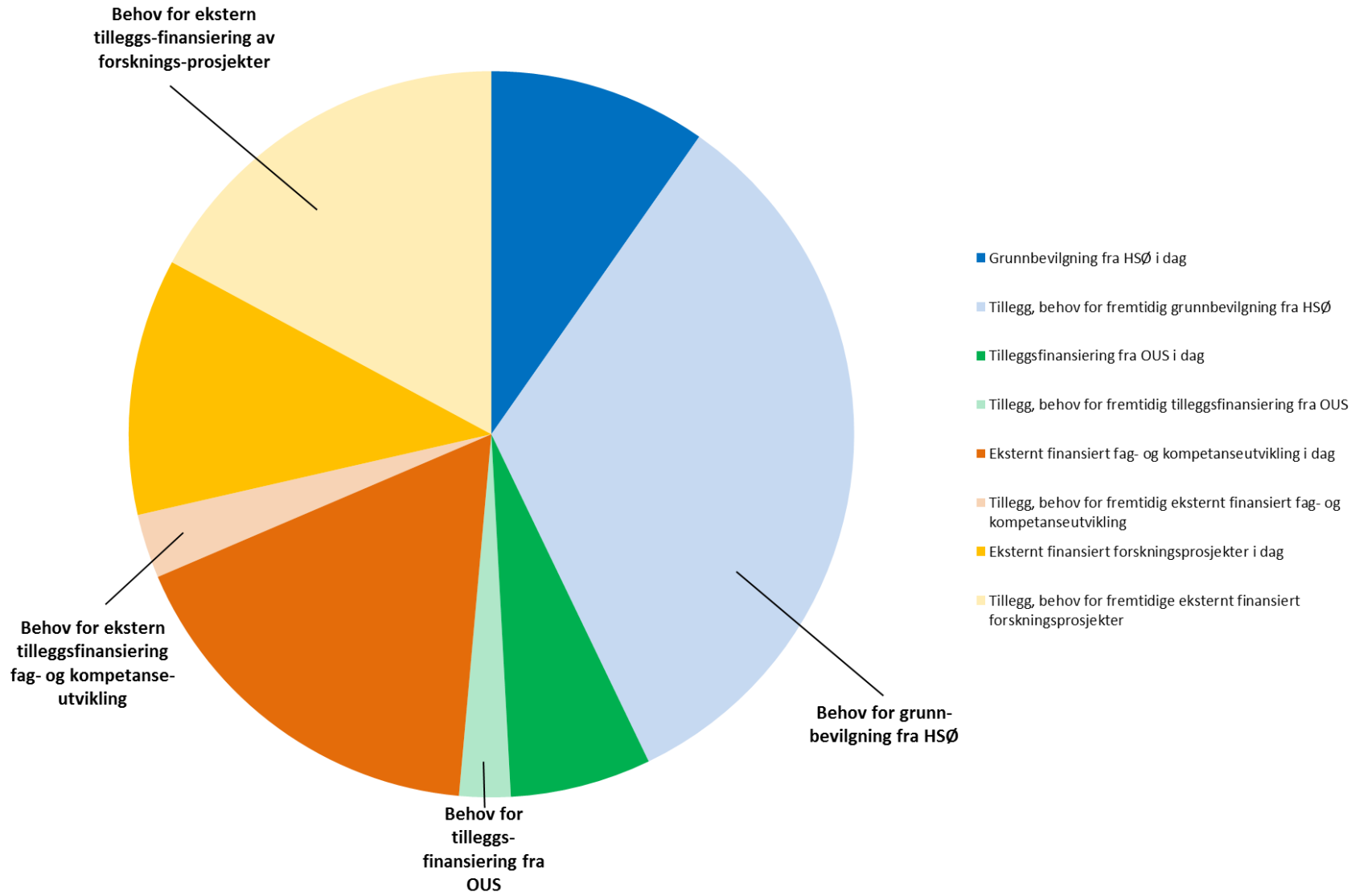
Nasjonal kompetansetjeneste TSB prosjekter 2017



	I dag	Ønske tillegg	
HSØ Basis	3,4	11,6	15
OUS Basis	2,2	0,8	3
Eksterne prosjektmidler	6	-1	5
Eksterne forskningsmidler	4	6	10
	15,6	17,4	33

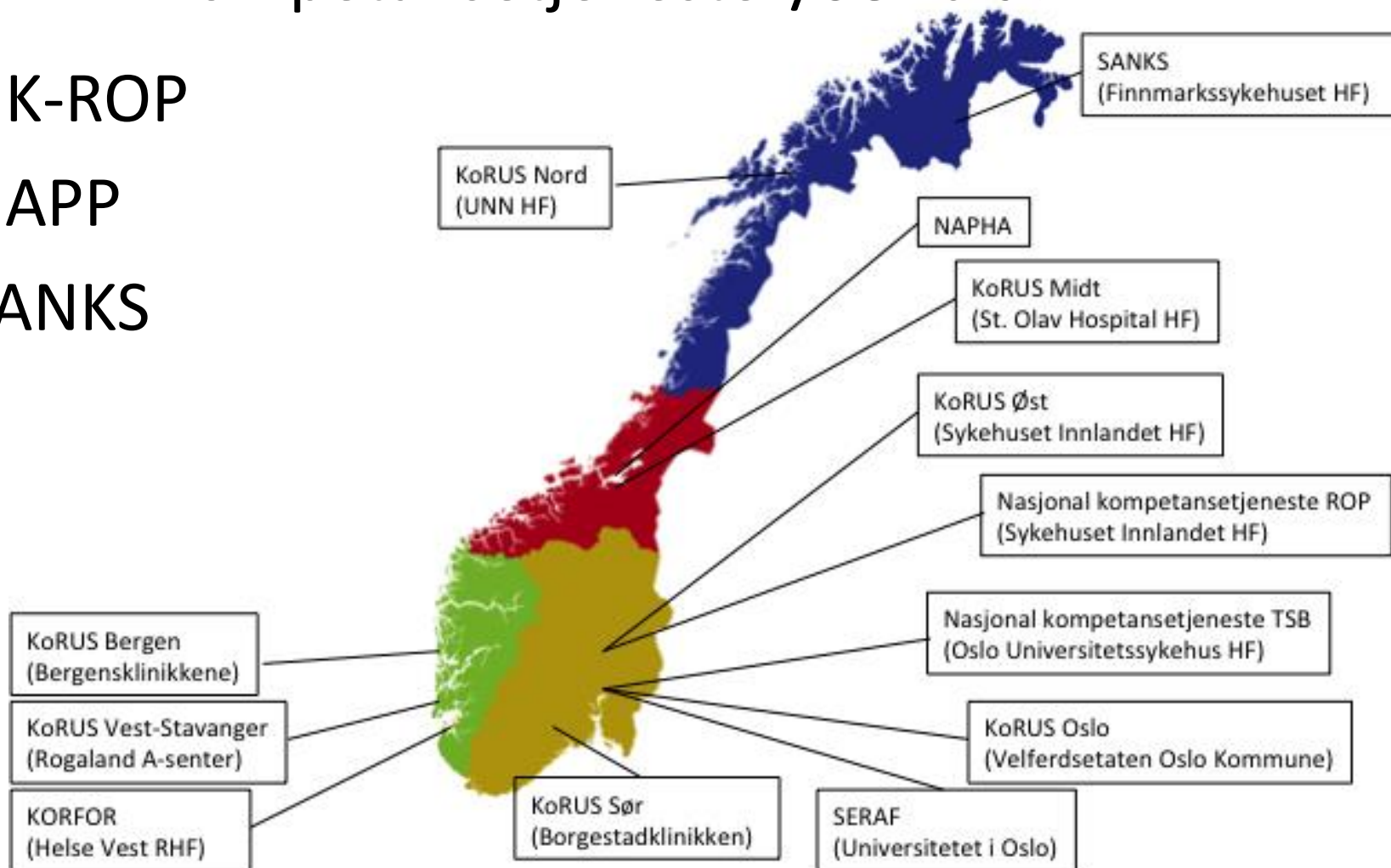


Totalt finansieringsbehov, Nasjonal kompetansetjeneste TSB



Tilliggende nasjonale og regionale kompetansetjenester/sentra:

- NK-ROP
- NAPP
- SANKS



Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til tjenestens faglige referansegruppe

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB)
Lokalisering:	Oslo universitetssykehus, bygg 6 Gaustad
1. Er det lagt til rette for at referansegruppen kan utøve sin funksjon i tråd med sitt mandat ? (jf. kjernemandat for referansegruppene) Ja. Nasjonal kompetansetjeneste involverer referansegruppa i evaluering av prosjekter, nettverk og annet aktivitet gjennom behandling av årsrapport og i videreutvikling av tjenestene med utforming av strategi og planer.	
2. Er referansegruppens sammensetning dekkende for kompetansetjenestens ansvarsområde og oppgaver? Ja. Referansegruppen er bredt sammensatt med deltagere fra alle regioner, både helseforetak og private samarbeidspartnere, bruker- og pårørende organisasjoner og ulike kompetansemiljøer (både Nasjonale kompetansetjeneste ROP og Universitet i Oslo). Kommunene er representert gjennom deltagelse fra Regionalt kompetansesenter rus (KORUS)	
3. Er det lagt til rette for aktiv brukermedvirkning i referansegruppens arbeid? Ja. Det er tre bruker- og pårørende representanter i gruppen. De deltar aktivt i arbeidet.	
4. Hvor ofte arrangeres det møter mellom tjenesten og referansegruppen? Det er et årlig heldagsmøte hvor NK-TSB presenterer arbeidet i året som er gått. Det er	

dialog om strategi og planer videre. De enkelte referansegruppemedlemmene har i tillegg kontakt med NK-TSB i aktuelle prosjekter og nettverk. Det har vært avholdt ekstra møter og det er mulighet for særlig dialog mellom referansegruppen og tjenesten ved behov.
5. Får den enkelte helseregion dekket sitt behov for kompetanseoppbygging innenfor kompetansetjenestens ansvarsområde? Gi en kort beskrivelse. NK-TSB bidrar til kompetanseutvikling og formidling i TSB gjennom ulike prosjekter og nettverk, samt kompetanseformidling gjennom www.tsb.no og andre digitale flater (youtube/Vimeo, E-læring, Facebook). TSB er fortsatt et ung fag i spesialisthelsetjenesten, organiseringen er svært ulik. Det er begrenset tilgang på spesialister og nasjonale faglige retningslinjer er i ulik grad implementert. Det er fortsatt behov for å styrke den kliniske forskningen. Et nasjonalt kvalitetsregister er under implementering, men det gjenstår et betydelig implementeringsarbeid. Dette gjør at behovet for kompetanseoppbygging i de ulike regionene fortsatt er stort. NK-TSB har gjennom sine første fem år gjort sentrale bidrag i kompetanseoppbygging i de ulike regionene, men det er fortsatt behov for vesentlig mer kompetanseoppbygging i samhandling mellom de ulike tjenestetilbudene og NK-TSB. NK-TSB har gjennom sine prosjekter etablert en struktur som understøtter en lokal kompetanseoppbygging i de ulike helseregionene. Bredden i kompetansebehovet innenfor rus- og avhengighetsbehandling kombinert med en begrensning i NK-TSB finansiering gjør det imidlertid ikke realistisk å tro at den enkelte helseregion får dekket sitt behov for kompetanseoppbygging gjennom aktivitet fra NK-TSB alene.
6. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle regionene – evt. nasjonalt. Kompetansetjenestens arbeid videreføres i helseregioner gjennom ulike areaner for kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Praksisnære arbeidsseminarer, nasjonale nettverk og opplæringsprogrammer. Tilgjengeliggjøring av materiell til lokalt bruk og skolering av lokale trenere/implementeringsteam er sentralt i dette arbeidet. Dette er virkemidler for at kompetansetjenestens arbeid kan videreføres i alle regioner.
7. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en begrunnet beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig. NK-TSB har gjennom sine førstedriftsår etablert seg som en sentral aktør for å utvikle og formidle kompetanse. Dette er en styrke i et ungt fagfelt som fortsatt har betydelige kompetanseoppbyggingsbehov både i utvikling og bruk av kunnskapsbaserte metoder (implementering av nasjonale faglige retningslinjer), kunnskapsutvikling, utdanning og rekruttering av spesialister. NK-TSB har gjennom sin strategi hvor det å "Kople kunnskap" mellom brukere, klinikere og forskere er en sentralt, startet en viktig

kompetanseutvikling og formidlingsarbeid.

Etter referansegruppas vurdering er det viktig at NK-TSB virksomhet videreføres. Grunnfinansieringen til tjenesten bør økes for at kompetansetjenesten i større grad skal kunne ivareta hele bredden av oppgaver som forskriften med tilhørende veileder forutsetter, men først og fremst fordi tjenestetilbudet trenger det for at kvaliteten på tjenestene skal kunne bedres.

Tilleggsinformasjon

8. Det bes om eventuell tilleggsinformasjon som er viktig å ta hensyn til ved helhetlig vurdering av denne nasjonale kompetansetjenesten.

Kompetansetjenesten har et stort og bredt mandat i et komplisert og ungt felt i spesialisthelsetjenesten. Grunnstrukturen er lagt og det er ønskelig med økt aktivitet. Det bes om at det vurderes å øke grunnbevilgningen.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

25.02.2018 Espen Enoksen

040118 arl