

RAPPORT

Til Administrativt samarbeidsutvalg November 2013

**Klinisk utvalg for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
(ROP lidelse)**

**Jon Aasmund Sandsberg
(leder)**

**Knut Michelsen
Maya Tomstad
Finn Normann Thoresen
Morten Andersen
Marit Skauge Johnsen**

**Jan Magne – Sørensen
Anne Kristin Nitter
Oddvar Ekeberg
Trond Asle Øverdahl
Idun Sveen**



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Behandling av saken i Administrativt samarbeidsutvalg:

Sluttrapporten ble drøftet i møtet den 30.januar 2014:

Behandling 30.1.14:

- Rapporten er oversiktlig og godt skrevet, men inneholder noen fakta feil knyttet til økonomiske forhold ved ACT-team og konsekvenser for sykehuset. Det riktige er at refusjoner/inntekter kommer til teamet eller blir refundert kommunene. Besparelsene kommer ikke sykehuset til gode og det fører ikke til færre innleggelser.

Vedtak 30.1.14

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker det kliniske utvalget for godt utført arbeid
2. Administrativt samarbeidsutvalg henstiller til utvalget å rette opp fakta feil i rapporten, slik at den gjenspeiler de faktiske forhold knyttet til økonomiske forhold og konsekvenser for sykehuset ved etablering av ACT team.
3. Administrativt samarbeidsutvalg slutter seg til de anbefalinger det kliniske utvalget har kommet med.
4. Saken settes opp til beslutning i februar med de innspill som fremkom i møtet.

Sluttrapporten ble korrigert i tråd med signalene fra Administrativt samarbeidsutvalg, og satt opp til endelig beslutning i møte den 27.februar 2014

Behandling 27.2.14:

- God rapport. Ønsker om at planen blir omsatt til virkelighet gjennom forpliktelser.
- De sosialmedisinske poliklinikkene må ta initiativ med sine samarbeidende kommuner til å få etablert en fremdriftsplan.

Vedtak 27.2.14

1. Administrativt samarbeidsutvalg slutter seg til de anbefalinger det kliniske utvalget har kommet med.
2. De sosialmedisinske poliklinikkene skal innen 1.juni i samarbeid med kommunene i eget opptaksområde, gå gjennom, drøfte innhold i de anbefalinger rapporten skisserer samt utarbeide en framdriftsplan.

INNHALDSFORTEGNELSE

Oppsummering.....	4
Oppnevning av utvalget:.....	5
Mandat	7
Arbeidsform.....	7
Innledning.....	8
Definisjon av ROP lidelse	8
Forekomst	8
Kjennetegn ved pasientgruppen	9
Gråsoner	9
Integrerte behandlingsforløp.....	10
Arbeid.....	13
Kompetansebehov	13
Brukermedvirkning	14
Bolig	14
Referanser	16

Oppsummering

Mandat

1. Redegjøre for ulike samarbeidsformer/modeller som finnes og identifisere de elementene som vurderes å være nødvendige og tilstrekkelige for å ivareta de særskilte samhandlingsutfordringene knyttet til denne pasientgruppen.
2. Med utgangspunkt i blant annet nasjonal ROP retningslinje, redegjøre for kompetansebehov i arbeidet med – og samarbeidet om denne pasientgruppen.
3. Utarbeide anbefalinger til samarbeidet om ROP pasienter på tvers av forvaltningsnivåene.

Definisjon av ROP:

Personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt

Samhandlingsutfordringer:

Samhandlingsutfordringene oppstår som følge av blant annet at ROP pasienten har flere sammensatte hjelpebehov som må løses på tvers av instanser, faggrupper og forvaltningsnivåer. Dette utfordrer oss på samhandling fordi

- Pasientens sammensatte hjelpebehov medfører en rekke overganger mellom tiltak.
- Slike overganger krever særskilt oppmerksomhet knyttet til informasjonsflyt, dokumentasjon, planlegging og koordinering.
- De ulike hjelpetiltakene er gjensidig avhengig av hverandre.
- Tiltakene må samordnes og koordineres.
- Fagpersoner som arbeider med rop pasienter må ha evne til et helhetsperspektiv og se utover eget konkret ansvarsområde.
- ROP lidelser har ofte lange behandlingsforløp og er som regel forbundet med lavt funksjonsnivå. I perioder vil rop pasienten ha få egne bidrag inn i behandlingsforløpet. Det vil være en oppgave å holde pasienten i behandling. Hjelpeinstansene må da være proaktive i dette, ikke reaktive, noe som utløser behov for ambulant innsats

Samhandlingsutfordringene krever utstrakt samarbeid mellom tjenesteyterne. Samarbeidet må være planmessig, koordinert og basert på tydelige ansvarsforhold.

Kravet om slikt samarbeid poengteres i helselovgivningen. Konkretiseringer av samarbeidet gjøres tydelig i overordnet samarbeidsavtale mellom kommunene og sykehus. Til slutt utdyper nasjonal ROP retningslinje det faglige grunnlag for samarbeidet.

Klinisk utvalg for ROP har fått i oppgave å ta utgangspunkt i flaskehals/gråsoner som ikke er ivarettatt gjennom det overnevnte. Klinisk utvalg for ROP er av den oppfatning at samhandling og ansvars- og rolleavklaringer på tvers av forvaltningsnivåene er godt regulert i nevnte lovverk, overordnet samarbeidsavtale og nasjonal ROP retningslinje. Vi vurderer imidlertid at disse ikke kan klargjøre alle gråsoner og at det vil være behov for noen særskilte grep knyttet til ROP pasienter. Slike grep handler om å integrere behandlingsinnsatsene tydeligere, for å sikre sammenhengende, planmessige og koordinerte pasientforløp.

Klinisk utvalg for ROP er enige om følgende anbefalinger:

1. Utvidelse av ambulant tjenesteyting. Det anbefales at det opprettes ambulante team i et samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste i hvert DPS/SMP område.
 - For de sykeste i ROP populasjonen med psykoselidelse og rusmiddelmisbruk, anbefales oppsøkende behandling i form av ACT.
 - For den delen av ROP populasjonen som har mindre alvorlig psykisk lidelse, men rusmiddelmisbruk og lavt funksjonsnivå, anbefales ambulante tiltak med fagpersoner fra begge forvaltningsnivåer som for eksempel Oppsøkende Rusteam (ORT)
2. Det anbefales at det tas initiativ til - og legges til rette for arbeidsrettede tiltak etter Individuell jobbstøtte – modellen.
3. Det anbefales at det gjøres GAP analyser ved sentrale tjenesteytende virksomheter i både spesialisthelsetjenesten og i kommunaltjenesten i hvert DPS/SMP område. Gjennomføringen bør være koordinert, slik at hvert område i et samarbeid kan bruke resultatene til lokalt forbedringsarbeid og utgangspunkt for implementering av ROP retningslinjen. GAP analyser gjøres i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse.
4. Systematisk og bredt implementeringsarbeid knyttet til ROP retningslinjen og samhandlingsavtalen mellom Sykehuset og kommunene anbefales.
5. Det anbefales at brukerforum i kommunene og brukerråd i spesialisthelsetjenesten samordnes på dette fagområdet. Det anbefales at hjelpeinstansene stimulerer – og bidrar til selvhjelpsgrupper.
6. Klinisk utvalg anbefaler at kommunene gjør aktiv bruk av husbankens virkemidler og legger til rette for et samarbeid med behandlingsinstanser på begge forvaltningsnivåer i dette.

Oppnevning av utvalget:

Klinisk utvalg for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP lidelse) ble satt sammen etter beslutning i administrativt samarbeidsutvalg i møte pr. 26.02.2013 (sak 21-2013)

Beslutning i Administrativt samarbeidsutvalg:

Det opprettes et Klinisk utvalg for ROP pasienter. Utvalget lager selv sitt mandat på bakgrunn av behandlingen i administrativt samarbeidsutvalg.

Oppnevning

Utvalget skal bestå av følgende personer:

Fra kommunene

Region Fredrikstad/Hvaler	Gry Haugland (sekretær)
Region Halden / Aremark	Marit Skauge Johnsen
Region Sarpsborg/ Rakkestad	Oddvar Ekeberg
Region Moss	Knut Michelsen
Region Indre Østfold	Trond Asle Øverdahl

Fra SØ

Sosialmedisinsk poliklinikk Halden	Morten Andersen
Sosialmedisinsk poliklinikk Moss	Jon Aasmund Sandsberg (leder)
DPS	Maya Tomstad
Rus døgnbehandling	Finn Normann Thoresen
Psykiatrisk akuttmottak	Idun Sveen
Andre	
Brukere	Jan - Magne Sørensen

Som leder oppnevnes: Jon Aasmund Sandsberg Sykehuset Østfold

Som sekretær oppnevnes: Gry Haugland Fredrikstad kommune

Bakgrunn:

Grunnlaget for arbeidet er gjeldende samarbeidsavtale mellom SØ og den enkelte kommune:

Formålet med denne avtalen er å sikre en tydelig og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar mellom kommunen og Sykehuset Østfold, herunder forutsigbarhet for partenes planlegging og budsjettering av de oppgavene som hver har ansvaret for.

Avtalen skal videre sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og tilrettelegge for at pasientene opplever at helsetjenestene

- a) er faglig gode*
- b) er samordnede og helhetlige*
- c) er preget av kontinuitet, og*
- d) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene*

Grunnleggende prinsipper for samarbeidet mellom partene

Partene er enige om at følgende prinsipper skal gjelde for samarbeidet:

- a) Tjenestene som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige*
- b) Partene kan avtale at de utfører oppgaver for hverandre. Ansvaret den enkelte part har etter lov og forskrift vil likevel ikke endres*
- c) Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene*
- d) Samarbeidet mellom partene skal være preget av dialog og en løsningsorientert tilnærming. Avgjørelser skal tas så nært brukeren som mulig*
- e) Samarbeid mellom partene må skje i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt*

Oppgaver

Hovedoppgaven til utvalget er å sikre god samhandling og ansvars- og rolleavklaringer på tvers av forvaltningsnivåene for denne pasientgruppa. Utvalget må ta utgangspunkt i flaskehals/gråsoner som ikke er ivaretatt gjennom allerede vedtatte retningslinjer for samhandling (jmf. retningslinjer 1-16)

Arbeidsform:

Utvalget kan knytte til seg ressurspersoner, men ikke utvide med flere representanter. Partene bærer selv sine kostnader.

Forslag til framdrift for arbeidet skal foreligge

Rapportering

Utvalget utarbeider forslag til tidsplan og fullstendig mandat for sitt arbeid den 25.04.13. Dette legges fram for administrativt samarbeidsutvalg til godkjenning.

Referat fra møtene oversendes administrativt samarbeidsutvalg fortløpende.

Mandat

På bakgrunn av overnevnte har det kliniske utvalget utarbeidet følgende mandat:

1. Redegjøre for ulike samarbeidsformer/modeller som finnes og identifisere de elementene som vurderes å være nødvendige og tilstrekkelige for å ivareta de særskilte samhandlingsutfordringene knyttet til denne pasientgruppen.
2. Med utgangspunkt i blant annet nasjonal ROP retningslinje, redegjøre for kompetansebehov i arbeidet med – og samarbeidet om denne pasientgruppen.
3. Utarbeide anbefalinger til samarbeidet om ROP pasienter på tvers av forvaltningsnivåene.

Utvalget har valgt å konsentrere seg om samhandlingsutfordringer mellom forvaltningsnivåene.

Utvalgets arbeid skal ferdigstilles innen 30.11.13

Arbeidsform

Utvalget har hatt følgende møter:

- 25.04.13: Mandat. Beslutning om arbeidsform. Innspill til utvalgets oppgave. Tidsplan
05.06.13: Ambulante/oppøkende tiltak og samarbeidsformer. Bolig
22.08.13: Arbeidstiltak. Inntaksvurderinger. Selvhjelpsgrupper
17.10.13: GAP undersøkelser. Oppsummering. Drøfting. Anbefalinger

Utvalget har invitert følgende eksterne ressurser:

Marius Kristiansen. NAV - Fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse.

Merethe Møller Sykehuset Østfold. Prosjektmedarbeider.
Implementering av ROP retningslinjen

Tove Bremnes/
Sverre Lund-Høye Familiens hus. Askim Kommune

Referater: Referater er sendt til Administrativt samarbeidsutvalg underveis i arbeidet.

Fredrikstad kommunes representant med sekretærfunksjon ble byttet ut to ganger, til hhv. spesialkonsulent Wenche Øiestad og kommuneoverlege Anne Kristine Nitter.

Skriftlig rapport er skrevet med bakgrunn i utvalgets arbeid, og er drøftet underveis.

Innledning

Helsetjenestetilbudet i Norge er inndelt i primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Disse er fordelt på to forvaltningsnivåer, der primærhelsetjenesten er kommunalt drevet og spesialisthelsetjenesten drives av de statlige helseforetakene. Hvert av tjenesteområdene er oppdelt i en rekke enheter som igjen skal samarbeide med tilstøtende fagområder for å dekke pasientens helhetlige behov for hjelp. Dette forutsetter at aktørene samhandler både mellom og innenfor forvaltningsnivåene. Jo flere behov pasienten har, jo mer krevende blir slik samhandling.

Pasienter med både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (ROP pasienter) har ofte behov for flere tjenester samtidig, fra ulike instanser innenfor begge forvaltningsnivåer. Spesialisthelsetjenesten er todelt organisert i forhold til denne pasientgruppen; Psykisk helsevern har ansvar for psykiatriske problemstillinger og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling behandler rusproblemer. Lignende organisering finnes i de kommunale tjenester. Det er avgjørende for et godt behandlingsresultat at den samlede tjenesteytelsen planlegges og at de ulike bidragene er godt samordnet og koordinert. Pasienten vil da ha en opplevelse av et helsevesen som henger sammen og har fått erfaring med god samhandling i hjelpeapparatet.

Definisjon av ROP lidelse

Personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt

Forekomst

Utvalget viser først og fremst til nasjonal ROP retningslinje i forhold til forekomststudier. Retningslinjen viser i all hovedsak til utenlandske studier, da det i Norge er bedrevet relativt lite slik forskning. Følgende resultater fra norske studier er imidlertid relevante i denne sammenheng og stemmer overens med utvalgets erfaringer:

Forekomst i spesialisthelsetjenesten

Personer med både et rusmiddelproblem og psykisk lidelse utgjør en betydelig andel av pasientene innenfor psykisk helsevern. Gråve og Ruud (2006) finner i sin studie over forekomst at denne pasientgruppen utgjør om lag 10 % av de som mottar behandling innenfor poliklinikk - eller døgnbehandling i psykisk helsevern. Dersom man også tar med i betraktningen de pasientene som har et middels til stort misbruk av rusmidler, men uten registrert rusdiagnose, øker andelen til om lag 25 prosent (Lilleeng, 2007).

20 – 47 prosent av pasientene ved akuttpsykiatriske avdelinger har problemfylt bruk av rusmidler (Ruud og medarbeidere, 2006). Blant pasientene i døgninstitusjon som har fått en rusdiagnose, har den største andelen i tillegg en diagnostisert personlighetsforstyrrelse (14 %). Deretter følger nevrotiske lidelser (10 %) og fysiske atferdssyndromer (9%). Affektive lidelser og schizofrenier følger med en andel på 6 % (Lilleeng, 2007). Omtrent tilsvarende fordeling ble funnet for polikliniske pasienter i samme undersøkelse.

Blant pasientene som var til behandling i et rustiltak, fant en at 29 prosent var vurdert til å ha et behandlingstrengende psykisk problem i tillegg til sitt rusmiddelproblem (Gråve, 2006). Av de som hadde en komorbid psykisk lidelse, var angstlidelser, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser, de mest vanlige med forekomst på henholdsvis 34 prosent, 25 prosent og 22 prosent.

Samlet sett betyr dette at en betydelig andel av pasienter under behandling innenfor psykisk helsevern har et rusmiddelproblem. Det er også en stor andel av pasienter som behandles innenfor rustiltak som har psykiske lidelser. For å komme innunder definisjonen på ROP

lidelse skal det i tillegg være betydelig funksjonssvikt. Hvor stor denne andelen er, er etter utvalgets kjennskap lite beskrevet. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk utgjør en forholdsvis liten andel av den samlede pasientpopulasjonen med dobbelt problematikk.

Kjennetegn ved pasientgruppen

Kjennetegn ved denne pasientgruppen er at de har mange behov samtidig som må dekkes gjennom flere instanser på ulike forvaltningsnivåer. Motivasjonen for endring er gjerne flyktig og situasjonsbestemt. Standard henvisningsrutiner og ventetider tar nødvendigvis tid og gjør det vanskelig å sikre tilgjengelighet til behandling for pasienten når motivasjonen faktisk er tilstede. Overgang fra et tiltak til et annet representerer en sårbar situasjon. Gode rutiner for epikriser og viderehenvisninger sikrer ikke i tilstrekkelig grad overgang til neste ledd i behandlingsskjeden og jo flere grenseoverganger, jo vanskeligere blir samhandlingen mellom instansene. Det ender ikke sjelden med at pasienten utvikler en mistillit til hjelpeapparatet og hjelperne utvikler en håpløshet i forhold til problemet.

Gråwe og Ruud (2006) gir en beskrivelse av hvordan disse pasientene skiller seg ut fra andre pasienter innenfor psykisk helsevern:

- a) de har i mindre grad uføretrygd,
- b) de har betydelig oftere sosialstønad som hovedinntektsgrunnlag,
- c) de har et betydelig lavere utdanningsnivå,
- d) en større andel er bostedsløse,
- e) de blir i større grad innlagt som øyeblikkelig hjelp,
- f) – og i større grad henvist til tvungent psykisk helsevern,
- g) de behandles oftere på akuttposter og får i mindre grad tilbud ved langtidspostene ved sykehusene, noe som medfører at de får kortere behandlingstid enn den andre gruppen.

Slik tjenesteytingen tradisjonelt er organisert, vil systematisk kartlegging og utredning, diagnostisering og planmessig behandling være vanskelig fordi tjenesteinnsatsen er spredt. Således utfordres den enkelte fagperson i forhold til det å se sin innsats som ledd i en helhetlig behandlingsskjede. Dette betyr at en sammen med pasienten og fagpersoner fra andre instanser må legge planer for behandlingen, fordele arbeidsoppgaver, drøfte ansvarsforhold, avklare hvordan kommunikasjonen best kan foregå og koordinere innsatsene. Pasientens lave funksjonsnivå innebærer at pasienten selv ikke klarer å gi sitt "bidrag" for å sikre et helhetlig og sammenhengende behandlingsforløp. Dersom hjelpetjenestene organiserer seg slik at de gjør seg avhengige av at pasienten aktivt bidrar ved å f. eks. møte til avtaler, skrive søknader, overlevere informasjon mellom tjenesteyterne, betale regninger osv, vil behandlingsforløpene brytes.

Gråsoner

Med økt spesialisering fragmenteres ansvaret. Det vil alltid være gråsoner. Særlig mellom kommunal helse og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten har det vært uklare ansvarsforhold (NOU 2005:3). En velkjent problemstilling er konflikten mellom begrepene utskrivningsklar - fra spesialisthelsetjenesten og mottaksklar - i kommunehelsetjenesten. Det er utvalgets oppfatning at samhandlingsreformen har ryddet betydelig i dette, og at avtaleverket som samhandlingsreformen krever, har endret bildet. Samtidig er ikke psykisk helsevern innlemmet i finansieringsordningen knyttet til samhandlingsreformen, og det er signaler (Sintef, 2013) på at kommunene opplever en økt etterspørsel etter kommunale tiltak til mennesker med rus- og psykiske lidelser, noe som kan gå utover ressursene til forebyggingsarbeid.

Gråsoner som følge av uklare ansvarsforhold kan vekke en type organisasjonsatferd preget av defensivitet (Muijen & Ford, 1996) og forsvar av egne grenser med den konsekvens at pasienten blir skjøvet over fra en instans til en annen med begrunnelse i ansvarsforhold snarere enn pasientens behov. Dette kan igjen medføre liten vilje til å se ansvaret for

helheten i behandlingsforløpet og manglende evne til å etablere en samlet felles målsetning for behandlingen.

Diagnose som inklusjonskriterium inviterer etter utvalgets mening til en slik defensivitet – der inklusjonskriteriene blir diskutert snarere enn pasientens behov. Behovet for helsehjelp er ofte åpenbart, med sosiale vansker og lavt funksjonsnivå. Det lave funksjonsnivået blir imidlertid ofte en hindring for utredning og diagnostisk arbeid – noe som igjen medfører at pasientens ”status i spillet” forblir uklart.

Etter utvalgets oppfatning er ROP pasienter en sårbar gruppe som utfordrer hjelpeapparatet i særlig grad med tanke på samhandling. Utvalget mener at lovverk, overordnede avtaler og retningslinjer som gjelder pr i dag, regulerer oppgave og ansvarsforhold i tilstrekkelig grad.

Samtidig ser utvalget behov for mer utadrettet og ambulant virksomhet i tjenestene, for å møte pasientgruppens særlige behov. Videre vurderer utvalget at slik ambulant virksomhet bør utvikles lokalt som samarbeidsformer og gjennom samarbeidsavtaler mellom kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten på fagområdet. Dette for å tilpasse og konkretisere samhandlingen til lokale forhold.

Integrerte behandlingsforløp

Behandlingsforskning viser at det er avgjørende at de ulike hjelpeinnsatsene integreres i behandlingen av ROP pasienter (Evjen og medarbeidere, 2007; Kavanagh, 2007). Begrepet Integrert behandling (Mueser, 2006; Burns, 2004) viser til det å gi behandlingsintervensjoner for både rus – og psykiske lidelser samtidig av samme person eller team. Tiltakene retter seg ikke bare mot rusproblemer og de psykiske problemene, men også mot faktorer som opprettholder disse, noe som krever kompetanse fra flere fagområder samtidig. Tjenesteytingen er omfattende, oppsøkende og langvarig. Integrert behandling er blitt helt sentralt i fagmiljøer som arbeider med ROP pasienter

Å integrere behandlingsinnsatser er for så vidt ikke noe nytt i helsevesenet, men for problemstillingen psykisk helse og rus fikk slike behandlingsmodeller først vind i seilene gjennom prosjekter i New Hampshire mot slutten av 1980 tallet (Evjen og medarbeidere, 2007).

Organisatorisk er det grovt sett to måter å gjøre dette på;

1. Enten ved å styrke samhandlingen innenfor den eksisterende organiseringen,
2. Eller ved å opprette spesialiserte team som gir integrert behandling.

Ad1.

I Norge er sistnevnte organisering forsøkt og implementert gjennom blant annet ACT team i Mossregionen/Askim og Oppsøkende rusteam (ORT) i mossregionen.

- ACT er behandlingsteam som retter seg mot de pasientene som har de alvorligste psykiske lidelsene i kombinasjon med rusmiddelmisbruk.
- ORT er et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste der flere parter samarbeider om kartlegging/utredning og planlegging/koordinering av ROP pasienter

Ved dannelsen av slike team omgår man på mange måter de nevnte samhandlingsforhold som utfordrer den ordinære organiseringen.

Mueser og medarbeidere (2006) vektlegger følgende sentrale komponenter i Integrert behandling som avgjørende for kvalitativ god behandling av ROP pasienter:

1. *Integrering av tjenestetilbudet.* At behandlingen av rusproblemet og det psykiske problemet gjøres samtidig og av de samme behandlerne, slik at pasienten i minst mulig utstrekning opplever å gå mellom hjelpetiltak.
2. *Allsidighet.* At behandlingsansvarlig team eller person rår over et omfattende repertoar av tjenester, ikke bare behandlingmessige, men også tjenester rettet mot opprettholdene faktorer.
3. *Langsiktig perspektiv.* At pasienten gis tid til utvikling i eget tempo
4. *Fokus på skadereduksjon.* Å minimere de negative konsekvensene av pasientens samlede problem.
5. *Aktivt oppsøkende virksomhet.* Fokus på fleksibilitet i arbeidet med å engasjere pasienten og skape tillit.
6. *Motivasjonsfremmende tiltak.* Motiverende samtaler og stadietilpassede intervensjoner.

Integrert behandling er i dag regnet som helt sentralt i behandling av personer med ROP lidelser, og behandlingskvaliteten er avhengig av i hvor stor grad disse ulike komponentene implementeres (Gråwe, 2004).

Ad2.

Den tradisjonelle måten å samarbeide på om denne målgruppen i Norge er metodisk gjennom Koordinering av psykososialt arbeid der koordineringsansvaret står sentralt. Pasienten blir tildelt en koordinator som utreder pasientens samlede behov, lager en plan for tjenesteytingen og koordinerer behandlingsløpet. Koordinator har tett kontakt med pasienten og de aktuelle hjelpeinstansene. Koordinator kan invitere til ansvarsgrupper, der ulike sider ved behandlingsløpet kan drøftes fortløpende og beslutninger kan tas der og da. I 2000 ga daværende Statens helsetilsyn en veileder i Koordinering av psykososialt arbeid. Senere er Individuell Plan lovbestemt som plan- og koordineringsverktøy, og koordinatorbegrepet vektlagt i både Helse og omsorgsloven og i spesialisthelsetjenesteloven

Samarbeidet i Norge mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helse og rusproblematikk inneholder altså gjennomgående elementer fra denne tenkningen. Det har imidlertid vist seg vanskelig å skape godt koordinerte behandlingsforløp for denne pasientgruppen blant annet fordi koordinatorfunksjonen har begrenset myndighet utover eget område.

En mer intensiv måte å gjøre dette på er å lage egne spesialteam, bestående av fagpersoner med ulik kompetanse, slik at teamet som helhet kan yte et omfattende repertoar av tjenester. Det har vært forsøkt flere ulike slike behandlingsmodeller som driver integrert behandling i forhold til pasienter med ROP lidelser (Evjen og medarbeidere, 2007; Kavanagh og Mueser, 2007).

I Norge er ACT team (Phillips S. D. og Burns, 2003) i Moss det mest kjente. Dette er team som er spesielt konstruert for å kunne drive og rendyrke en integrert behandlingsmodell i forhold til mennesker med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser) og rusmisbruk. Felles for slike modeller er at mesteparten av tjenesteytingen foregår innenfor teamet, slik at pasienten slipper å forholde seg til mange instanser samtidig. Dette krever at teamet samlet sett har et bredt repertoar av kompetanse innenfor behandling (for eksempel kognitiv terapi, motiverende samtaler, medikamentell behandling), omsorgsoppgaver (for eksempel bolig, økonomi) og rehabilitering (for eksempel arbeidsrettede tiltak, botrening), altså oppgaver som tradisjonelt sett ytes av instanser tilhørende ulike forvaltningsnivåer. Behandlingen er oppsøkende og langvarig. ACT finansieres av kommunene og Sykehuset Østfold. Teamet er organisatorisk plassert under DPS Moss og medarbeiderne er ansatt der.

Oppsøkende rusteam (ORT) er et team bestående av medarbeidere fra Moss kommune, Rygge kommune, Våler kommune*, Råde kommune*, Sosialmedisinsk poliklinikk og DPS Moss. Organisasjonene avgir altså personalressurser inn i et samlet team, men medarbeiderne beholder sine respektive ansettelsesforhold. Samarbeidsformen er regulert i en forpliktende samarbeidsavtale mellom Sykehuset Østfold og disse kommunene. Teamet driver kartlegging og utredning av mennesker med ROP lidelser etter en spesifisert forløpsbeskrivelse. Medarbeiderne jobber sammen i et team som derved rommer kompetanse fra begge forvaltningsnivåer og flere fagområder. På bakgrunn av utredningen planlegges det for den videre oppfølgingen i de ordinære tjenestene etter at teamet har vært inne i 12 uker. Teamet jobber ambulant. I tillegg ligger det til ORT å drive kompetanseutvikling for lokale fagpersoner i kommune og sykehus gjennom en kontinuerlig kursrekke.

I et tenkt kontinuum for integrering av behandlingsforløp, representerer koordinering av psykososialt arbeid, ORT og ACT ulike grader av integrering der:

1. Koordinering av psykososialt arbeid har den løseste integreringen, med verktøy som koordinator, individuell plan og ansvarsgrupper.
2. Oppsøkende rusteam integrerer tjenesteinnsatsen ytterligere ved dannelsen av et tverretattlig team og en spesifisert metode som sikrer koordinering og en felles ansvars- og oppgavefordeling. Innsatsen er tidsbegrenset.
3. ACT representerer den største graden av integrering. Teamet er plassert ett sted med felles ansettelsesforhold. Utpreget tverrfaglig, metodisk stringent og god forskningsmessig støtte. Langsiktig perspektiv.

Utvalget vurderer at jo mer omfattende og alvorlig ROP lidelsen er, jo større må graden av integrering være. Alle DPS/SMP områder har mennesker i sin region som har behov for at det finnes tilbud innenfor hele kontinuumet. Utvalget vil derfor anbefale at det opprettes ACT i alle DPS/SMP områdene. Videre at det utvikles samarbeidsformer som ORT i alle DPS/SMP områdene.

Det er allerede vurdert opprettelse av ACT team i alle distriktene i Østfold. Det er fortsatt bare ett team i Østfold som betjener personer bosatt i kommunene Moss, Rygge, Råde Våler, Askim, Spydeberg, Eidsberg og Marker. Altså 8 av fylkets 18 kommuner som tilsvarer om lag en tredjedel av Østfolds samlede befolkning. ACT regnes som et "best practice" tiltak og anbefales i nasjonal ROP retningslinje med høy evidens. Med bakgrunn i forpliktelsen om å tilby likeverdige tjenester, vurderer utvalget det som uheldig at opprettelsen av ACT er skrinlagt i størsteparten av Fylket.

Utvalget kan heller ikke se at det finnes tilsvarende tiltak for resten av befolkningen, som skulle "kompensere" for denne skjevheten.

Vurderinger knyttet til om en skal opprette et ACT team, vil naturlig nok i stor grad dreie seg om økonomiske forhold. Både for ACT teamet i Moss og i drøftinger omkring opprettelse av nye team, har en lagt seg på en samfinansieringsmodell mellom sykehus og kommune.

* Våler og Råde kommune har en egen avtale og avgir ressurser bare når de har pasient bruker i teamet

Arbeid

Deltakelse i arbeidsliv er potensielt helsefremmende, også for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Individual Placement and Support er en forskningsbasert metode som viser at mennesker med alvorlig psykiske helseproblemer klarer å arbeide dersom de får mulighet til dette. På norsk kalles ordningen individuell jobbstøtte. Det tas utgangspunkt i at personen skal ha et arbeid og at behandlingen spesifiseres på grunnlag av dette og gis parallelt med jobb. Ordningen kalles Individuell jobbstøtte på norsk og er i en utprøvningsfase flere steder i landet, blant annet Halden kommune. Metoden er godt faglig og forskningsmessig fundert. Individuell jobbstøtte - modellen består av sju hovedprinsipper:

- Deltakelse i individuell jobbstøtte er basert på eget valg
- Individuell jobbstøtte - tjenestene integreres med behandling i psykisk helsevern
- Målet er vanlig jobb
- Individuelt tilpasset rådgivning om økonomiske stønader
- Jobbsøking begynner rett etter at deltakeren formidler lyst til å jobbe
- Kontinuerlig oppfølging over tid
- Deltakerens ønsker er viktige

ROP pasienter opplever ofte betydelige vansker med å komme seg i noe form for arbeid fordi det som oftest blir stilt krav om å være ferdig behandlet før innsøking er aktuelt. Alternativt blir en sluset gjennom ulike kvalifiseringstiltak. Individuell jobbstøtte - modellen snur dette helt på hodet og tar *utgangspunkt* i arbeid. Individuell jobbstøtte gjennomføres i et samarbeid med NAV og behandlende instanser.

Klinisk utvalg for ROP anbefaler at det lokalt i DPS/SMP områdene og i samarbeid med NAV, tas initiativ til- og legges til rette for utprøving av Individuell jobbstøtte.

Kompetansebehov

Nasjonal ROP retningslinje gir en rekke føringer for hvilken kompetanse som kreves både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse og omsorgstjeneste. Det har vært utenfor utvalgets tidsressurs å gjøre kartlegginger i forhold til dette. Kompetansebehovet antas å være noe ulikt fra DPS/SMP område til DPS/SMP område og fra kommune til kommune.

Implementeringen av ROP retningslinjen gjøres av Nasjonal kompetansetjeneste for ROP. I dette ligger det mulighet til å gjennomføre GAP undersøkelser i de ulike virksomhetene. Dette gjøres ved at medarbeidere i en virksomhet besvarer et standardisert spørreskjema som omhandler det repertoaret som retningslinjen krever. Besvarelsene sendes for bearbeiding til nasjonal kompetansetjeneste. Virksomheten får tilbakemelding gjennom en GAP analyse, som vil være veiledende i forhold til virksomhetens behov. GAP undersøkelsen er foreløpig kun tilgjengelig for spesialisthelsetjenesten, men vil om noe tid også være tilrettelagt for kommune.

Klinisk utvalg for ROP anbefaler at det gjennomføres GAP analyser i sentrale behandlingsvirksomheter innenfor hvert DPS/SMP område. Det anbefales at kommunene også gjennomfører dette så snart det er mulig. Utvalget anbefaler videre at GAP analysene drøftes på tvers av forvaltningsnivåene i hvert DPS/SMP område og at de danner grunnlag for lokalt og samlet forbedringsarbeid.

Som nevnt tidligere er Klinisk utvalg for ROP av den oppfatning at samhandling og ansvars- og rolleavklaringer på tvers av forvaltningsnivåene er godt regulert i nevnte lovverk, overordnet samarbeidsavtale og nasjonal ROP retningslinje. Utvalget mener imidlertid at

kunnskapen om disse dokumentene kan bli betydelig bedre. Dette gjelder i særdeleshet overordnet samarbeidsavtale og retningslinje nr 2 i denne. Det er avgjørende viktig i samhandling at de avtalene som gjøres, faktisk følges. Det er et lederansvar at ansatte gjøres kjent med avtaler og retningslinjer som regulerer arbeidet.

Det er kjent for utvalget at ROP retningslinjen er tatt opp i flere fora i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Vi ser imidlertid at disse implementeringstiltakene kan mangle noe på bredden i organisasjonene. Mennesker med ROP lidelser vil ha mange hjelpeinstanser aktive, noen sentrale andre mer perifere. Det er av stor betydning at også de mer perifere hjelpeinstansene er kjent med avtaler og retningslinjer. I kommunene kan dette for eksempel være hjemmetjenestene, NAV, tjenestekontor. I spesialisthelsetjenesten vil Habiliteringstjenesten og BUP være eksempler på slike instanser.

Klinisk utvalg for ROP anbefaler at systematisk implementeringsarbeid knyttet til ROP retningslinjen (som for eksempel gjennom GAP analyser nevnt over) treffer bredt i organisasjonene. Utvalget anbefaler videre at administrativt samarbeidsutvalg setter fokus på lederansvaret i forhold til det å gjøre samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommune kjent på alle nivåer i organisasjonene.

Brukermedvirkning

Personer med ROP lidelse vil ofte ha lange behandlingsforløp med mange kontakter med hjelpeapparatet. Dette vil ofte kunne medføre slitasje i forhold til motivasjon, behandlingsrelasjon, tillitsforhold og lignende. Det vurderes som helt sentralt at personen også opplever å kunne være på andre arenaer der makt- og myndighetsforholdet er likt. Det vil som regel oppleves som støttende og tryggende å snakke med mennesker som er eller har vært i samme situasjon. Det vil være støttende for tilfriskningen dersom det finnes selvhjelpsgrupper å oppsøke etter utskrivning fra, eller i løpet av behandlingsforløpet. Selvhjelpsgrupper kan være en arena for å få andre innspill på egen situasjon og derved øke personlig innsikt. I en behandlingsrelasjon blir det lett et "vi" og "dem" perspektiv. I en selvhjelpsgruppe utvikles det et "oss" perspektiv.

Å utvikle og å drive selvhjelpsgrupper er krevende arbeid. Fra et brukerperspektiv er det ønskelig at behandlingsinstansene støtter dette arbeid og stimulerer til utviklingen av det.

Klinisk utvalg for ROP anbefaler at brukerforum i kommunene og brukerrådene i spesialisthelsetjenesten samordnes.

Det anbefales videre at disse møtene setter fokus på selvhjelpsgrupper og legger planer for hvordan en kan sikre utvikling og drift av slike i alle DPS/SMP områder.

Bolig

Bolig er nevnt i mange av ROP retningslinjens anbefalinger. At bruker/pasient har et stabilt og tilpasset sted å bo, er ofte avgjørende for de behandlings- og oppfølgingstiltak som iverksettes. I rapporten "Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging" (Dyb & Johannessen; 2013), oppsummeres kapittelet om mennesker med ROP lidelser som følger:

En av fire bostedsløse, 1588 personer, har samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse (ROP). 89 prosent i denne gruppa er født i Norge mot 77 prosent i populasjonen av bostedsløse. Relativt færre oppholder seg hos venner, kjente og slektninger sammenlignet med alle bostedsløse (33 prosent versus 39 prosent) og en av fire oppholder seg i institusjon. 73 prosent har vært bostedsløse i mer enn seks måneder mot 56 prosent for hele populasjonen av bostedsløse. 24 prosent er kastet ut av boligen på grunn av skadeverk/uro/konflikt. Dette er høyere enn for populasjonen som helhet, der andelen er 14 prosent.

Samlet kan vi si at denne gruppa er en svært marginalisert gruppe med, så vidt vi kan se, mye kontakt med hjelpeapparatet. De er syke på flere måter og har vært bostedsløse lenge. Ut fra tallene, og tidligere erfaringer med gruppa, kan vi si at dette er en gruppe som antakeligvis flytter mye rundt mellom forskjellige tiltak og boliger (Lied 2013, Flåto og Johannessen 2010; Dyb 2006). For en del i denne gruppen vil det nok kreves betydelig innstas for at de skal få en bolig og tjenestene som skal til for å kunne beholde boligen.

Det er neppe tvil om at tiltak som for eksempel flere kommunale boliger, et større tilbud av tilpassede botilbud til personer med sammensatte problemer, et større leiemarked generelt og mer målrettet bruk av Husbankens virkemidler vil ha effekt på tallet på bostedsløse.

Klinisk utvalg for ROP er kjent med at bykommunene Fredrikstad, Halden, Moss og Sarpsborg har samarbeid med Husbanken i forhold til denne problemstillingen og at det prøves ut ulike tilnærminger til problemet. Det å etablere personer med ROP lidelser i bolig legger til rette for ambulant/opsøkende og integrerte behandlingstiltak – som igjen vil kunne bidra til personens fungering i boligen. Det anbefales et aktivt samarbeid mellom de boligsosiale handlingsprogrammene og de tjenesteytende instansene.

Klinisk utvalg anbefaler at kommunene gjør aktiv bruk av husbankens virkemidler og legger til rette for et samarbeid med behandlingsinstanser på begge forvaltningsnivåer i dette.

.....

Referanser

- Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams. A guide to current practices*. Oxford University Press.
- Dyb, E. og Johannessen, K. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging*. NIBR rapport 2013:5
- Evjen, R., Kielland, K.B., Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget
- Gråwe, R. W. (2004). *Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk – hvordan forstå og behandle de med dobbeltdiagnose? Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 12/2004*
- Gråwe R.W. og Ruud T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, rapport STF78 A06003
- Kavanagh D. J., Mueser, K. T. (2007). *Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse*. *Journal of the Norwegian Psychological Association* 2007, 44, 618 – 637.
- Lilleeng, S. (2007). *Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, rapport A1159.
- Mueser K.T., Douglas, L. N., Drake, R.E., Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser (2012). Helsedirektoratet. IS-1948
- Ose, Solveig Osborg, 2013. Sintef. Mediaoppslag, www.forskning.no
- Phillips, S. D. & Burns B. J. (2003). *Assertive Community Treatment. Workbook for clinical and practical supervisors*. National Mental Health Information Center.
- Proschaska, J. O., (1999). *How do people change, and how can we change to help many more people?* I M. A. Hubble, B. L. Duncan og S. M. Miller (red) *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association
- Ruud T., Gråwe R.W., Hatling T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie*. SINTEF Helse, rapport A310