

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten

Hvordan kan behandling av rusavhengighet utformes i samsvar med myndighetenes krav om faglig forsvarlige tjenester? Fagområdet bør kjenne sin besøkelsestid, og ta fatt på de faglige utfordringer dette medfører.

TEKST

John Agnar Johansen

PUBLISERT 28. februar 2007

Rus- og avhengighetsbehandling er som følge av rusreformen (Ot.prp. nr. 3, 2002–03) blitt etablert som et nytt tjenesteområde innenfor spesialisthelsetjenesten. Stortingets mål med reformen har vært at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester, og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Det har vært knyttet store forventninger til reformen.

Jeg vil løfte frem noen faglige og organisatoriske konsekvenser av rusreformen. Bakgrunnen er mine erfaringer som prosjektleder for etablering av ruspoliklinikker ved helseforetakene og de private sykehusene i Oslo.

Tjenesteområdet er basert på både helse- og sosiallovgivningen. Driften ved poliklinikker og behandlingstilbud er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten har ansvar for henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling; det samme har den kommunale sosialtjenesten. Pasienter kan tvangsinnlegges på institusjoner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Ruspoliklinikkene er, på samme måte som poliklinikkene i psykisk helsevern, finansiert av det regionale helseforetaket med refusjonsrett fra Trygdeetaten for polikliniske konsultasjoner.

Rus-/avhengighetsbehandling som spesialisthelsetjeneste

Etablering av rus-/avhengighetsbehandling som spesialisthelsetjeneste tydeliggjør at behandlingen skal rettes mot pasientens helseproblemer og sosiale situasjon. Rusmiddelmisbrukere har tidligere ofte blitt vurdert ut fra moralske betraktninger, og møtt med medlidenhet eller fordømmelse. Også helsepersonell har vært preget av dette. De har vært tilbakeholdende med å avdekke rusavhengighet, da dette har blitt forbundet med moralsk fordømmelse og sosial utstøting. Rusmiddelmisbruk er en sentral del av sykdomsbildet hos pasienter i alle deler av spesialisthelsetjenesten –

anslagsvis 20 prosent av pasientene. Det er derfor nødvendig at rusmiddelavhengighet blir avdekket og registrert, med sikte på å gi pasientene nødvendig helsehjelp både for sitt avhengighetsproblem og for komorbide lidelser som hepatitt, hjerte- og karlidelser, sårbehandling, HIV, luftveislidelser, diabetes, epilepsi, bruddskader, hjernesker, kreft og psykiske lidelser. Tjenesteområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal ha spisskompetanse på behandling av avhengighetsproblemer, mens alle deler av spesialisthelsetjenesten må i forbindelse med behandling av komorbide lidelser ha kunnskap om behandling av rusmiddelmisbruk.

Det er nødvendig å avklare med den øvrige spesialisthelsetjenesten hvordan en skal ivareta pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, og for behandling av psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Det må forutsettes at det ikke skal bygges opp parallell kompetanse for behandling av disse tilstandene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, når det allerede eksisterer ved somatiske sykehusavdelinger og i avdelinger for psykisk helsevern. Det må etableres et nært samarbeid mellom disse tjenesteområdene, slik at pasientene kan få nødvendig videre behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling når de er ferdighandlet av den øvrige spesialisthelsetjenesten. I enkelte tilfeller kan det bli aktuelt at pasienter får samtidig behandling i den øvrige spesialisthelsetjenesten og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

De regionale helseforetakene har valgt noe ulik organisering av tjenesteområdet. Helse Midt-Norge har organisert rusbehandling i et eget helseforetak, mens i Helse Øst er Avdeling rus og avhengighet lagt inn under Klinikk for psykisk helse ved Aker universitetssykehus. Det er nå etablert ruspoliklinikker ved DPS-ene ved helseforetakene og de private sykehusene i Oslo.

Fordeling av pasienter

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern har en stor grad av overlappende pasientpopulasjon. Det er i mange sammenhenger slått fast at pasientene er tjent med at behandlingen av psykiske lidelser og rus-/avhengighetsproblemer blir integrert. Dette innebærer at rusfeltet også må arbeide med psykiske vansker, og at psykisk helsevern må arbeide med rus-/avhengighetsproblemer. Behandling av pasienter med «dobbeltdiagnoser» (alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet) er en høyspesialisert behandlingsoppgave som krever spisskompetanse på dette området. I St.meld. 25 «Åpenhet og helhet» (1996–97) ble det forutsatt at denne behandlingsoppgaven ivaretas av psykisk helsevern.

Til tross for dette har pasienter med dobbeltdiagnose ikke fått den behandlingen de har hatt behov for, og mange «faller mellom to stoler». Behandling av mennesker med psykiske lidelser som alvorlige personlighetsforstyrrelser og psykose må en forutsette skal få behandling for dette ved avdelinger for psykisk helsevern. De ansatte ved poliklinikkene i psykisk helsevern må i mange tilfeller forbedre sin kompetanse på rus-/avhengighetsbehandling, slik at ikke rusproblemer blir et eksklusjonskriterium i forhold til å få behandling i psykisk helsevern. Etablering av ruspoliklinikker ved DPS-

ene innebærer at det her bygges opp spesifikk fagkompetanse på rusbehandling. De ansatte ved de øvrige avdelingene ved DPS kan nyttiggjøre seg denne kompetansen i form av opplæring, veiledning og samarbeid i enkeltsaker. Det bør etableres internt samarbeid mellom de ulike avdelingene ved et DPS, slik at pasienter med dobbeltdiagnose får den behandlingen de trenger ved den avdelingen som har ansatte med spesifikk kompetanse i den enkelte pasients problemer og behandlingsbehov.

Det har fra flere hold vært uttrykt ønske om «en port inn» til behandling for psykiske lidelser og rus-/avhengighetsproblemer. Dette er et vel begrunnet mål, men hvordan det i praksis skal utformes, er ikke avklart. Rettighetsvurderinger etter psykisk helsevern-loven er annerledes utformet enn i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter psykisk helsevern-loven er det overlegen ved avdelingen som har ansvaret for disse vurderingene. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal dette gjøres av et tverrfaglig sammensatt team (medisinske, psykologiske og sosialfaglige vurderinger). En annen problemstilling er omfanget av henvisninger til DPS-ene. For enkelte DPS-er i Oslo dreier det seg om opp til 3000 henvisninger per år. Av disse vil anslagsvis 15 til 20 prosent utgjøres av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dersom prinsippet om «en port inn» innebærer at et sentralt inntaksteam skal behandle alle henvisningene til DPS-et, må det innbære kun en grovsortering. Et slikt totalt antall henvisninger umuliggjør grundige rettighetsvurderinger i forhold til behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Mer konkrete faglige vurderinger må skje etter at pasientene er fordelt på de ulike avdelingene ved DPS-et. Et sentralt vurderingsteam vil være et unødvendig forsinkende ledd. For pasienter med rus-/avhengighetsproblemer er det viktig at de blir utredet på en måte som kan legge grunnlag for integrert behandling av avhengighetsproblemer, psykiske vansker og somatiske sykdommer og for arbeid med deres sosiale situasjon. Rettighetsvurderingene i sammenheng med behandlingsnivå er avgjørende for gjennomføring av behandlingen. Når det konkluderes med at pasienten har rett til døgnbehandling, er dette ofte på bakgrunn av komplekse vurderinger som krever både tverrfaglig kompetanse og inngående kjennskap til aktuelle behandlingsinstitusjoner.

Pasientrettigheter

Rusreformen medfører at pasienter med rusmiddelmissbruk har rettigheter i samsvar med pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven § 2-2 regulerer retten til å få behovet for nødvendig helsehjelp vurdert. Rettighetsvurderingene er en viktig del av arbeidsoppgavene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, spesielt for ruspoliklinikkene. Denne oppgaven skal gjennomføres på grunnlag av medisinske, psykologiske og sosialfaglige vurderinger. Vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp skal avklare om pasienten har behov for og kan nyttiggjøre seg nødvendig helsehjelp (jf. prioriteringsforskriften). Når pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal det gis en tidsfrist for seneste oppstart av behandlingen, og det skal fastsettes behandlingsnivå. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av fire behandlingsnivåer: poliklinisk behandling, akutt behandling i døgninstitusjon, korttidsbehandling (inntil 6 mnd.) og langtidsbehandling i døgninstitusjon (lenger enn 6 mnd.). Det vil bli evaluert om dette

er en formålstjenlig oppdeling av tjenesteområdet. Det er f.eks. grunn til å se nærmere på hvordan kravet i spesialisthelsetjenesteloven til øyeblikkelig hjelp skal ivaretas, og om oppdeling i korttidsbehandling og langtidsbehandling (og derved tilsvarende institusjoner) er i samsvar med pasientenes individuelle behandlingsbehov. Pasienten skal informeres om sine rettigheter, inkludert klagerett og retten til fritt sykehusvalg. Retten til fritt sykehusvalg gjelder innenfor alle behandlingsnivåene. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har dessuten rett til medvirkning og informasjon etter pasientrettighetsloven kapittel 3, og skal etter kapittel 4 samtykke i gjennomføring av behandlingen. Det samme gjelder reglene om journalinnsyn etter kapittel 5.

Gjennom lov og forskrift er det fastsatt tre kriterier som alle skal være oppfylt for at retten til helsehjelp skal utløses. Disse er:

- *Alvorlighetskriteriet*: Pasienten skal ha et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.
- *Nytte-kriteriet*: Det skal foreligge en vurdering, eventuelt dokumentasjon, for at den aktuelle behandlingen kan bedre pasientens tilstand, livslengde og prognose.
- *Kostnadskriteriet*: Det skal foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientenes helsetilstand som behandlingen forventes å gi.

Kriteriene skiller mellom pasienter som har behov for hjelp, men som kan vente, og de som må ha denne hjelpen så snart som mulig. Hver enkelt pasient skal få sine rettigheter vurdert uavhengig av behandlingsskapitet. De regionale helseforetakene har utarbeidet en felles operasjonalisering av prioriteringsforskriften. Denne er nå til vurdering i Sosial- og helsedirektoratet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helsedepartementet beskriver i Ot.prp. nr. 3 (2002–03) følgende krav til tiltak som skal yte tverrfaglig spesialisert rusbehandling: «Det skal ha personell med kompetanse innen medisin og psykologi/psykiatri som kan stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling.»

Det er nødvendig at tjenesteområdet utarbeider tydelige faglige modeller som viser hva tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer. I beskrivelsen nedenfor er det tatt utgangspunkt i virksomheten ved ruspoliklinikkene. Behandlingsinstitusjonene vil ha litt ulike behandlingsmål og vil i ulik grad arbeide med de forskjellige problemområdene og behandlingsmetodene.

Utredning og behandling

Når det er mulig, gjennomføres kartleggingen med standardiserte undersøkelses- og kategoriseringsmetoder. Som det framgår av tabell 1, er rus- og avhengighetsbehandling et svært omfattende og sammensatt fagområde, som i stor grad må baseres på samhandling mellom ulike profesjoner.

TABELL 1. VIKTIGE TEMAER I UTREDNING VED TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

- *Fysisk helse* (allmenntilstand, innhente laboratorieanalyser/spesialistutredninger, funksjonsforstyrrelser, nevrologiske/nevropsykologisk undersøkelse)
- *Avhengighet/rusmønster* (rusmiddel, brukermønster, avhengighetsutvikling, diagnose ICD-10, F10-F19: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, diagnose ICD 10, F63: patologisk spillelidenskap)
- *Psykisk helse* (personlighetsvurdering og psykisk fungering, sosial fungering, ressurser og mestringsmuligheter, psykiske lidelser, diagnose ICD-10, ulike F-diagnoser)
- *Familie og nettverk* (anamnese, nettverkskartlegging, sosiale belastningsfaktorer)
- *Skole/arbeid* (økonomi, sysselsetting, utdanningsbehov, jobbsøking)

Behandlingen tilrettelegges ut fra individuell vurdering av behandlingsbehov. Utgangspunktet for behandlingen er avhengighets-/misbruksproblemer. I tillegg har de fleste pasientene psykiske vansker/lidelser, somatiske sykdommer og sosiale vansker som må behandles integrert med rusbehandlingen eller i samarbeid med andre instanser.

Avhengighets-/rusbehandling. Behandlingen gjennomføres i form av individual-, gruppe- eller par-/familieterapi. Målet er å endre rusmønster eller å hjelpe pasienten til totalavhold.

Psykososial/psykoterapeutisk behandling. Behandlingen gjennomføres i form av individual- eller gruppeterapi. Aktuelle behandlingsområder vil være angstlidelser, depresjon, bipolar lidelse, tvangslidelser, tilpasningsforstyrrelser, post-traumatisk stress-syndrom, suicidalitet, selvskading, spisevansker/bulimi, voldsproblematikk og sosiale ferdigheter.

Medisinsk og medikamentell behandling. Behandlingen iverksettes etter individuell vurdering. Dersom tjenestestedet ikke har legespesialist/psykiater, kan medisineringsen gjennomføres i samarbeid med aktuell spesialisttjeneste. For mange pasienter i poliklinisk behandling kan den medikamentelle behandlingen følges opp av pasientens fastlege. Aktuelle medikamenter i forhold til rusavhengigheten er metadon/buprenorfin (subutex), disulfiram/kalsiumkarbamid (antabus), naltrexon/nalmefen, antiepileptika (tegretol, o.l.). I forhold til psykiske vansker kan pasienten få psykofarmaka. Enkelte pasienter med ADHD-diagnose behandles med amfetamin. For somatiske sykdommer finnes det et utall medikamenter som gis på bakgrunn av den medisinske undersøkelsen, eventuelt i samarbeid med andre avdelinger i den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Familiearbeid. Både for misbrukerens del og for partneren og øvrige familiemedlemmer er par- eller familiearbeid velbegrunnet. Dette forutsetter at kjønns spesifikke problemstillinger blir tilstrekkelig ivaretatt. En bør være forsiktig med å trekke barna inn i behandlingen dersom en er usikker på om deres medvirkning kan føre til at de

engasjerer seg mer i foreldrenes rusmiddel- og samlivsvansker. Når barna skal trekkes med, skal det være med utgangspunkt i at deres behov skal bli ivaretatt. Såkalt «medavhengighet» kan være viktig å tematisere. Alle familiemedlemmene skal ha rett til å leve ut fra sine egne forutsetninger og muligheter, og skal ikke reduseres til hjelpere for den som har ervervet seg et rusmiddelproblem eller har psykososiale problemer.

Skole og arbeid. Mange pasienter har store problemer med å gjennomføre utdanning eller å beholde et arbeidsforhold. Rehabilitering er en vesentlig del av avhengighetsbehandling.

Behandlingsmål

Det har vært et mål i behandling av alkohol- og narkotikaavhengighet å forkorte forløpet og hjelpe misbrukeren til å forlate misbruket så tidlig som mulig. I moderne avhengighetsbehandling er det vanlig å anse avhengigheten for mange pasienter som en mer eller mindre vedvarende tilstand. Derved framheves betydningen av at behandlingen rettes inn mot å forhindre tilbakefall og å forlenge misbruksfrie perioder.

Målsettingene må utformes individuelt. Realistiske mål må ses i sammenheng med når misbruket ble etablert, hvor lenge det har vedvart, type rusmiddel, pasientens alder og kjønn, pasientens psykiske og fysiske helsetilstand, samlivserfaringer, utdanning, arbeidserfaringer og økonomiske situasjon.

Overordnede målsettinger kan være at behandlingen skal:

- ivareta pasientenes rettssikkerhet
- ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd
- vektlegge kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient
- rettes mot integrering i et sosialt fellesskap, og at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg samfunnets fellesskapsgoder og fellesansvar
- baseres på brukermedvirkning

Samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten

Den kommunale sosialtjenestens helhetlige ansvar for oppfølging av pasienter med rusavhengighet er ikke endret etter rusreformen. Sosialtjenesten skal ved behov og når pasienten ønsker det, sørge for at pasienten kommer inn i et behandlingsopplegg. Dette innbefatter henvisning av pasienter til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, først og fremst behandling utenfor institusjon. I tillegg har sosialtjenesten ansvaret for å fremme tvangssaker for Fylkesnemnda for sosiale saker. Sosialtjenestens oppfølgingsansvar opphører ikke selv om pasienten mottar behandling ved et tverrfaglig spesialisert behandlingstiltak. Det er en primæroppgave for tjenestestedene å ivareta samarbeidet med sosialtjenesten. Utarbeiding og oppfølging av individuell plan står sentralt i dette arbeidet.

Som spesialisthelsetjeneste har tjenestestedene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling *veiledningsansvar* overfor den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Fastlegene har ansvar for å henvise pasienter til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fastlegene skal ivareta behandling og oppfølging av pasienter med rus-/avhengighetsproblemer som for alle andre på sin fastlegeliste. Dette inkluderer undersøkelser og prøvetaking, forskrivning og oppfølging av medikasjon og henvisning til spesialisthelsetjenester. Fastlegene skal ivareta dette ansvaret også mens pasienten mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fengselshelsetjenesten. En betydelig andel av de innsatte i norske fengsler har rusproblemer, og mange soner for rusrelaterte forbrytelser. Både i et individuelt og i et samfunnsmessig perspektiv er det viktig at denne gruppen får adekvat helsehjelp. Det bør være en viktig oppgave for ruspoliklinikkene å bistå fengselshelsetjenesten.

Samarbeid med Aetat og trygdeetaten. Mange pasienter har som følge av sitt avhengighetsproblem fått store problemer med å gjennomføre utdanning eller beholde et arbeidsforhold. Det vil være aktuelt å samarbeide med Aetat og trygdeetaten (NAV) om rehabilitering, attføring og/eller uførepensjon.

Individuell plan

For å kunne tilby et formålstjenlig behandlingsopplegg forutsetter behandlingen ofte et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. For at gjennomføring av tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal ha den tilsktede effekt, er det i mange tilfeller nødvendig at sosialtjenesten arbeider parallelt med å etablere en individuelt tilpasset bolig. Pasientens økonomiske situasjon må også sikres. I dette samarbeidet står utarbeiding av individuell plan sentralt (se tabell 2).

TABELL 2. UTARBEIDING AV INDIVIDUELL PLAN SKAL IVARETA MANGE FUNKSJONER

- ivareta pasientens rettigheter og rettssikkerhet
- konkretisere pasientens ønsker om ulike former for hjelp/behandling
- uttrykke pasientens selverkjennelse og motivasjon for å gjennomføre behandlingen
- konkretisere hvilke endringer som må gjennomføres i pasientens liv
- planlegge gjennomføring av behandlingstiltakene og videre oppfølging
- dimensjonere oppfølgingen i ulike behandlingsfaser
- overvåke gjennomføringen
- evaluere gjennomføringen

Det er en utfordring å gjøre den individuelle planen til *pasientens plan* og ikke bare en plan for gjennomføring av ulike behandlings-/oppfølgingstiltak. For mange pasienter er det slik at det er først når de har vært til behandling en stund, at de innser betydningen og nødvendigheten av tiltakene i planen. Det kan oppstå konflikter hvis det er stor forskjell på hva pasienten selv *ønsker*, og hva behandleren mener pasienten *trenger* å gjøre noe med. Dette er problemstillinger som bør drøftes åpent i løpet av

behandlingsprosessen, og som kan bidra til pasientens bevisstgjøring om sin egen situasjon.

Kompetanseoppbygging

De ansatte i tverrfaglig spesialisert rusbehandling trenger å oppleve at de har en faglig identitet knyttet til fagområdet. Profesjonene har hver sin spesifikke grunnutdanning og videreutdanning. I tillegg må det forutsettes at de ansatte ved behandlingstiltakene har tilegnet seg en del fellesfaglige kunnskaper og ferdigheter, som kunnskaper om psykisk og nevrobiologisk avhengighetsutvikling, rusvirkninger og skadevirkninger, psykiske vansker, kjønnsproblematikk, etnisitet, endringsfokuseret rådgivning og utarbeiding av individuell plan.

Avslutning

Jeg har forsøkt å vise hvordan behandlingen av rusmiddelavhengige kan utformes i samsvar med myndighetenes krav om faglig forsvarlige tjenester. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et politisk prioritert tjenesteområde. Fagområdet bør kjenne sin besøkelsestid, og ta fatt på de faglige utfordringer dette medfører.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 3, 2007, side 269-272

TEKST

John Agnar Johansen, Statens helsetilsyn

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Helsedepartementet (2004). Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv (I-8/2004).

Helse- og omsorgsdepartementet (2000). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig hjelp i spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

Sosialdepartementet (2002-2003). Ot.prp. nr. 3 – Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere.

Sosial- og helsedepartementet (1996-97). St.m. nr. 25, Åpenhet og helhet.

Sosial- og helsedepartementet (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Sosial- og helsedepartementet (1999). Lov om pasientrettigheter.