

Organisering av spesialisthelsetjenesten

- * 4 Regionale helseforetak (**RHF**): Sør – øst, Vest, Midt og Nord (Ansvar for behandling av: skadelig bruk/avhengighet av rusmidler, psykiske lidelser og somatikk)
- * 20 Helseforetak (HF) fordelt på de 4 regionene
- * Få ROP eller DD –institusjoner
- * Behandling av ruslidelse (**TSB**): RHF kjøper tjenester hos private eller ideelle stiftelser
- * : Økt satsing på ACT eller FACT

MEN: Nå skal pengene gå til kommunene

Nasjonalt kompetansetjeneste ROP

Mandat og oppgaver gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Viktigste oppgave :

- * Kompetanseutvikling og kompetansespredning
- * Implementere retningslinjene

Antistigma-arbeid, involvere brukere (ekspertråd), evaluering, forskning og fagutvikling (PRISM, IDDT)

ACT-håndbok og evaluering av ACT-team i Norge.

Nå: evaluering av FACT

www.rop.no <http://snakkomrus.no/>

Hva har vi fått ut av kompetansetjenesten

- * God og mye brukt nettside, oppdatert kunnskap
- * Ivaretar kompetansespredning
- * Satt ROP på agendaen
- * Hatt omfattende opplæring (særlig for kommunene)
- * Opplæring i PRISM og annen kartlegging
- * ACT og FACT, forskningsaktiviteter
- * Involvert brukerorganisasjoner
- * Vi har gjort for lite angående behandling
- * Vi vet ikke hvor mye «vanlige»brukerne er involvert

Vi har fokusert på basistjenestene

- **Bolig før behandling, men:**
- **Arbeid og meningsfull aktivitet er viktigere for integrering i samfunnet enn bolig**
(Individual placement and support, Rinaldi m.fl. 2008)
(må inn i revisjon av retningslinjene)
- **Økt fokus på recovery i ROP-tjenesten og arbeidet aktivt med å engasjere brukere**
(Men hva med pasienter som må habiliteres? Er vi for lite opptatt av læring og det pedagogiske perspektiv)

Retningslinjene

- * Mye har handlet om å få psykisk helsevern til å spørre om bruk av rusmidler og å våge å snakke om det.
- * Likedan få rustiltak til å spørre om psykisk lidelse
- * Integrere tjenestene, ikke sende pasientene fra den ene til den andre.
- * Tydeliggjøre ansvarsforhold (men det er få sanksjoner)

Intensjon

- Få et bedre samarbeid horisontalt og vertikalt
- Behov for et bedre tjenestetilbud
- Behov for harmonisering av tjenestetilbudet, likt tilbud i hele landet

Retningslinjer

- Handler mest om fagpersoners atferd og det tilbudet tiltakene gir, **dvs endret praksis.**
- Retningslinjer medfører nødvendigvis ikke økte ressurser.
- Helsetilsynet er klageinstans sammen med fylkeslege og personvernombud
- Å fravike klare retningslinjer betyr å måtte grunngi de valg en har tatt.

Målgruppe, brukere:

- Personer over 18 år
- Personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse.
- I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse når hver av de to lidelsene er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

Behandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten

- * I alle helseforetak bør det etableres rutiner for tidlig å avdekke og følge opp personer med ROP - lidelser
- * TSB skal ha kompetanse til å **behandle** personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse
- * Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å **behandle** pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelse

Oppfølging og ansvar i kommunen

- * Kommunen og NAV skal sørge for at alle personer med ROP- lidelser får et samordnet og integrert oppfølgingstilbud
- * I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy
- * Interkommunalt samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse
- * Motiverende intervju bør tas i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte
- * Det bør tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med den enkeltes behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede

Anbefalinger om behandlingsmetoder

Samtalebehandling som kombinerer **kognitiv atferdsterapi** med **motiverende intervju** tilpasset den psykiske lidelsen

Det bør gis opplæring i **psykoedukative tiltak** som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende

Opplegg for **læringsbasert behandling** ("contingency management") bør utvikles innenfor ulike rammer for behandling og oppfølging

Erfaringer etter opplæring

- Det har vært lettere å få rusinstitusjoner / kommune til å integrere behandling og oppfølging av psykisk lidelse og behandling av ruslidelse enn å få psykisk helsevern til å integrere behandling av ruslidelse (skadelig bruk og avhengighet) med behandling av psykisk lidelse.
- Vanskelig å snakke om rus og å motivere for å begrense/slutte innenfor psykiatrien.
- Rusbehandling blir ofte overlatt til spesialtiltak.

Psykisk helsevern

- Fortsatt kan pasienter med «rusutløst psykose» bli stemoderlig behandlet
- Behandling av ROP inn i ordinære avdelinger
- Færre spesialtiltak for ROP-pasienter
- Økt satsing på ACT / FACT (oppfølging fra ACT reduserer antall liggedøgn)
- Ønske om flere brukerstyrte senger
- * Økt ansvar til kommunene for pasienter med alvorlige og omfattende lidelser, kanskje mer penger nå

Behandlingsmetoder

- Kombinasjoner av metoder og fleksibilitet viktigere enn ønske om «enestående metoder» (Horsfall mfl. 2009)
- God psykiatrisk behandling virker også på ROP-pasienter
- * Skille mellom integrert behandling og samtidig (combined) behandling (Kelly m.fl. 2012, *Addict Behav*)
- Læring og trening ofte undervurdert som innfallsvinkel (contingency management, skills-training, case-management) (jfr, Drake m.fl. 2007)

Arbeidet videre (min vurdering)

- * Styrke kompetansen i kommunene. Ansvar for «basisbehandling» ligger der. Spesialisthelsetjenesten skal supplere.
- * Arbeide mer med integrerte behandlingsmetoder og læringsbaserte metoder i tiden framover.
- * IDDT – integrated dual disorder treatment
- * Finne gode kombinasjoner mellom oppsøkende behandling (CM, ACT, FACT) - poliklinisk og døgnbehandling for pasienter med komorbiditet og lavt funksjonsnivå (ufb, ufa, ufk).
- * Sikre både fleksibelt samarbeid og gode team (som gjør det meste) når det er påkrevet