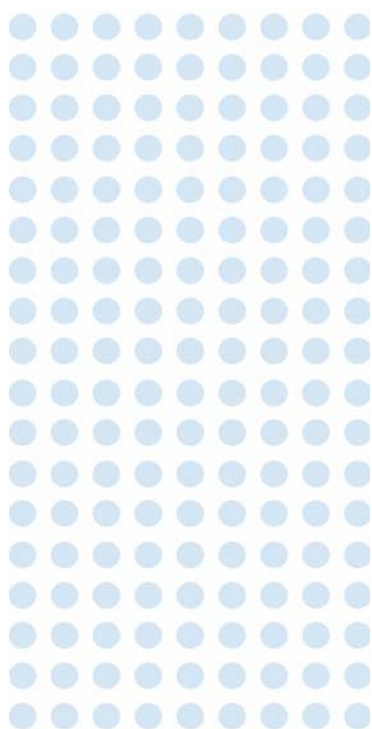


HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  NORD

HELSE  SØR-ØST

HELSE  VEST



Hva er god akutt- behandling i TSB?

Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av
RHF-nettverk rus

1.juni 2010

Forord

RHF-nettverk rus har som hovedoppgave å følge opp arbeidet med utviklingen av rusfeltet, og å arbeide for at RHFene fremstår enhetlig og med felles forståelse av de ulike områdene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB).

Nettverket nedsatte ei arbeidsgruppe ved årsskifte 2009-2010 for å se nærmere på akuttbegrepet innenfor TSB. RHF-nettverket rus (se mandatet i vedlegg 1)

Arbeidsgruppen har bestått av representanter valgt av de regionale helseforetak:

- Rune Tore Strøm, Oslo Universitetssykehus (lege, Sør-Øst) Leder av gruppen.
- Harald Munkvold, Helse Førde (sosialfag, Vest)
- Svein Skjøtskift, Haukeland Universitetssykehus, Bergen (lege, Vest)
- Reidar Høifødt, Universitetssykehuset Nord-Norge (lege, Nord)
- Kristin Tømmervik, Blå kors Lade Behandlingssenter (psykolog, Midt)

Rapporten ble overlevert til RHF-nettverket omkring 01.05.2010 og behandlet i nettverkets møte 25-26.05.2010.

Nettverket mener rapporten er et godt utgangspunkt for det videre arbeidet med å utvikle akutt-tjenestene innenfor TSB, og vil bruke den i dialogen mellom tjenestene innenfor kommunal sektor, spesialisthelsetjenesten og andre aktører – og ut fra denne prosessen som grunnlag for implementering i tjenestene fra 2011.

Innholdsfortegnelse

1	Operasjonalisere plikten til akutthjelp (ø-hjelp) for TSB	3
1.1	Forståelse av akuttbegrepet.	3
1.1	Den akuttmedisinske kjede	4
1.2	TSB sin plass i den akuttmedisinske kjede	5
1.3	Hva er spesielt ved TSB	7
2	Avklare hvilke tilstander / situasjoner der akuttbehandling i TSB er aktuelt	8
2.1	Definisjon av akuttbegrepet i TSB	8
2.2	Behov for akuttintervensjon i TSB er tilstede når:	8
2.3	Operasjonalisering av definisjon	9
2.4	Henvisning til vurdering og behandling i TSB	10
2.5	Akutt intervensjon i TSB	11
3	Beskrive samarbeid og arbeidsdeling mellom kommune, psykisk helsevern og somatiske tjenester	11
3.1	Hvilke oppgaver og funksjoner hører hjemme i TSB og Innhold i akuttbehandlingen	11
3.1.1	Poliklinikkenes rolle i Akuttkjeden	11
3.1.2	Døgnbehandling	12
3.1.3	Akutt avgifting medikamentelle regimer	13
3.1.4	Tiltak med tvang etter sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven	14
3.2	Samhandling med 1. Linje tjenesten	15
3.2.1	Samhandling med Helsetjeneste	15
3.2.2	Samhandling med NAV-sosialtjeneste	15
3.2.3	Ambulant/oppsøkende	15
3.3	Forhold til somatiske spesialisttjenester	15
3.4	Forholdet til psykisk helsevern	16
4	Forskning og evaluering	16
	Referanser	17
	Vedlegg 1: Mandatet	18
	Vedlegg 2: Kasuistikker	19

1 Operasjonalisere plikten til akutthjelp (ø-hjelp) for TSB

1.1 Forståelse av akuttbegrepet.

§ 3-1. Øyeblikkelig hjelp ¹

Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.

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.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreier ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytt av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

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 akuttilbudet skal organiseres, og må vurdere hvilke og hvor mange institusjoner eller avdelinger som bør utpekes for å oppfylle en slik beredskapsfunksjon."

I Ot.prp. 53 (2006-2007)² s.38 heter det i forarbeidet til endringer i Spesialisthelsetjeneste-loven § 3-1 blant annet:

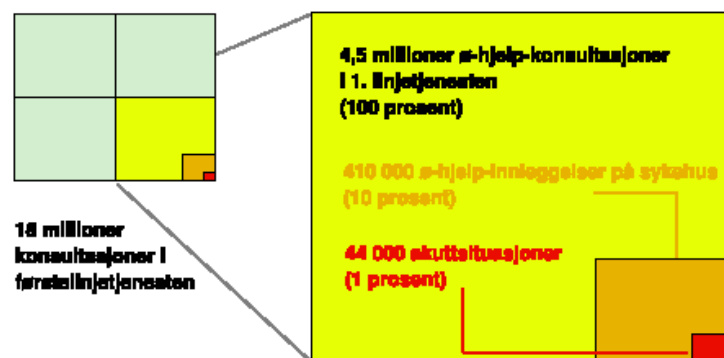
"Forslaget innebærer at institusjonene eller avdelingene som utpekes, skal ha tilsvarende plikt til å yte akutt/øyeblikkelig rusbehandling, som somatiske sykehus i dag har til å gi øyeblikkelig/akutt somatisk helsehjelp. Plikten er også tilsvarende den plikt som de psykiatriske institusjoner eller avdelinger som er utpekte til dette, har til å gi akutt/øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp. ...

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 ett 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." Sosial- og helsedepartementets program for Standardisering og samordning for informasjonsutveksling i helsevesenet har definert akuttmedisin 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."

Dette belyser at Ø-hjelpsplikten/plikten til å gi akutthjelp betyr at tjenesten skal være tilgjengelig til en hver tid. Dette betyr at det må være materielle forhold som kan gi hjelpen. Denne må være organisert i en struktur som er forutsigbar (1.2)

Det brukes videre begreper som påtrengende nødvendig, samtidig brukes ikke forsvarlig etter ordinære prosedyrer for inntak. En undersøkelse fra akuttmedisin i 1996 viser:

Et år i Norge - 1996



Påtrengende nødvendig:

Behandling av en mindre sårskade faller inn under dette begrepet, da det er en underliggende forståelse av at ved å utsette helsehjelpen oppstår en fare for infeksjoner, forsinket sårtilheling osv. som vil påføre pasienten behov av en høyere behandlingsinnsats og en risiko for et prognosetap. Dette er en akutttilstand som ikke kan følge ordinær henvisningsrutine og oppfattes som påtrengende nødvendig.

Dette bygger på kunnskaper om hvilken alvorlighet og hvilke komplikasjoner som er knyttet til ulike tilstander og hvilke følger utsettelse av behandling kan få. Vi mangler innarbeidede kunnskaper om dette for rus og avhengighetslidelser. I kapittel 2 forsøker vi å trekke frem noen momenter som hører med i en slik tenkning også for TSB.

I opptrappingsplan for rusfeltet³ heter det:

Alle rusmiddelavhengige skal møtes med et utgangspunkt om at de har behov for akutt hjelp. Rusmiddelavhengige må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Målet må være at de som ønsker det får tilbud om hjelp uten unødig opphold. ..

1.1 Den akuttmedisinske kjede

Den akuttmedisinske kjede er bygget opp som en struktur hvor alle involverte vet hvor pasienter skal henvises. Det er laget prosedyrer og kriterier for henvisninger og hastegrad for en rekke tilstander. TSB er et nytt tjenesteområde i helsetjenesten. Pasienter med rusmiddelmisbruk og alvorlige tilstander som for eksempel intoxikasjoner /overdoser har fått tjenester gjennom den akuttmedisinske kjede, men i følge helsetilsynet (når det haster..) med en viss uforutsigbarhet. Tjeneste har heller ikke hengt sammen med tilbud om behandling for den underliggende årsak. Det følgende er et forsøk på å tegne en skisse over en slik kjedetenkning.

Fra Hvis det haster... Den akuttmedisinske kjeden⁴

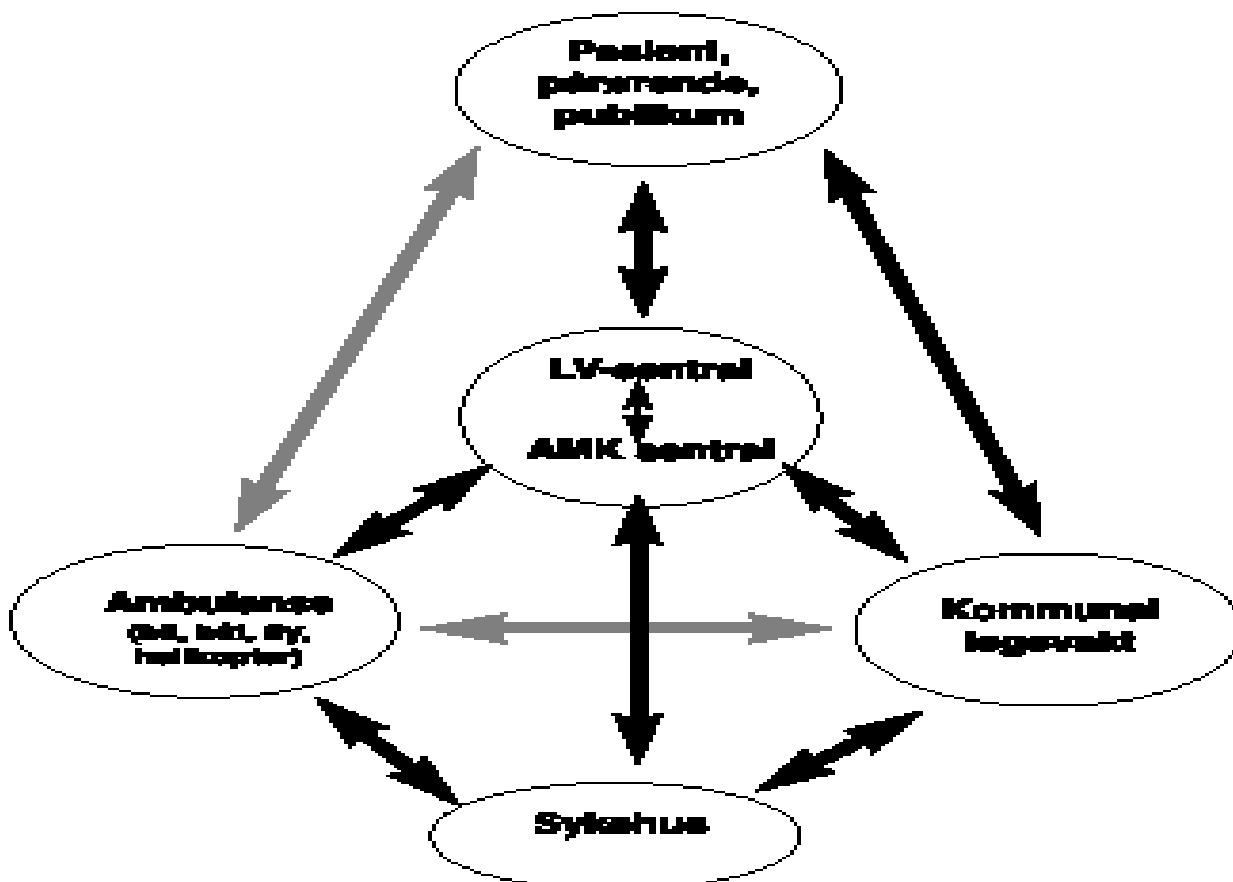
Den akuttmedisinske kjeden omfatter de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende sykdom. Kjeden strekker seg over tre forvaltningsnivåer. Mange ulike profesjoner og yrkeskategorier har sitt døgkontinuerlige virke innen kjeden. Det er behov for et stort antall spesialutdannede helsearbeidere.

Betegnelsen kjede innebærer at brukere og tjenesteytere har forventning om at de ulike tiltak og tjenester skjer i en bestemt rekkefølge og etter et bestemt mønster. I kjeden må det derfor være etablert entydige, gjensidig forpliktende regler for samhandling; god organisasjon.

Rask behandling krever også gode tekniske løsninger enten det er pasienten eller det akuttmedisinske behandlingstilbudet som må flyttes. Innkjøp og vedlikehold av oppdatert utstyr til telekommunikasjon og transport i den akuttmedisinske kjeden er en betydelig utgiftspost i dagens helsetjeneste.

Det heter at en kjede er ikke sterkere enn det svakeste ledd.

I den akuttmedisinske kjeden der tidsfaktoren er viktig, betyr det at mangelfulle ressurser tidlig i kjeden (prehospitalt), ikke kan kompenseres fullt ut ved godt utbygde tjenester senere i kjeden (sykehus). Tilstrekkelige ressurser tidlig i kjeden er blant de viktigste betingelsene for at pasienter som trenger tjenester sent i kjeden, kan nyttiggjøre seg disse. Fra: Hvis det haster...



1.2 TSB sin plass i den akuttmedisinske kjede

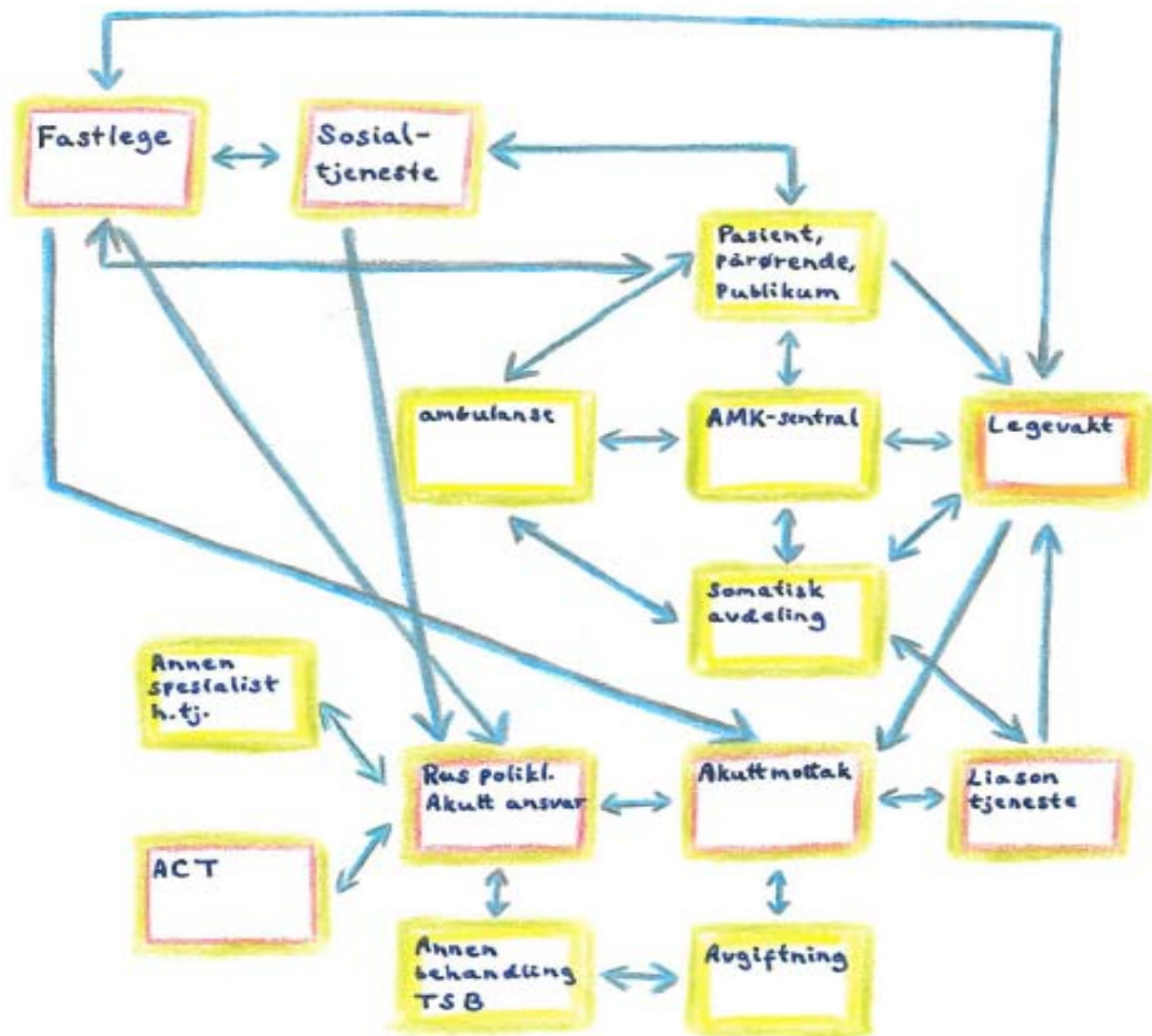
Det er behov for å bygge opp den generelle kompetanse i forhold til rus og avhengighetstilstander. Dette er nødvendig for å sikre at pasienter får adekvat undersøkelse og helsehjelp på alle nivåer. Manglende kompetanse tidlig i den akuttmedisinske kjede kan bety at pasienter med behov ikke kommer inn på et optimalt tidspunkt, eller at tilstanden ikke får den nødvendige behandling. Lavt kompetansenivå tidlig i kjeden kan også medføre at tilstander som kunne fått adekvat behandling tidlig i kjeden må henvises til et høyere behandlingsnivå. Det er derfor viktig med kompetanseoverføring til alle ledd i tjenesteapparatet.

Seks ulike veier pasienter kommer som akutt-pasienter

1. Inn via fastlege til akutt vurdering på Ruspoliklinikk med akuttansvar, eller innleggelse.
2. Inn via NAV-sosialtjeneste til Ruspoliklinikk med akuttansvar/ TSB døgn
3. Inn via AMK –til akuttmottak innen TSB (f.eks overdoser)
4. Inn via legevakt til Rusakuttmottak eller ruspoliklinikk med akuttansvar
5. Inn via fastlege / legevakt til somatisk avdeling med TSB oppfølging (enten som overføring eller som liason)
6. Inn til psykiatrisk akuttinnleggelse med TSB oppfølging (enten som overføring eller som liason)

Tankegangen baserer seg på at pasient videreføres uten unødig opphold til det tjenestetilbud pasienten er mest i behov av. En tydelig definert akuttmedisinsk kjede er viktig for at de som trenger akuthjelp kan bli henvist inn i rett behandlingsløp.

Skisse av en modell hvor TSB og samhandlingsparter er tegnet inn



ACT er i denne sammenhengen et eksempel på ambulant/opsøkende team.

Fastlegene

Fastlegene er ofte første ledd i akuttkjeden. Klar og gjenkjennelig struktur er viktig for at disse raskt kan henvise pasienter med akuttbehov. Det er varierende kompetanse i forhold til å avdekke rusmiddelmisbruk og gi adekvat utredning og behandling. Det vil derfor være store variasjoner i henvisningsbehov og silingsfunksjoner. Lett tilgjengelig konferering og veiledning fra spesialist i TSB kan være nyttig. Ordninger med ett telefonnummer kan være aktuelt.

Legevakt

Legevaktene er et sikkerhetsnett som sikrer undersøkelse, vurdering og behandling av et stort spekter av akutte sykdommer. Det er viktig at det her bygges opp kompetanse på å avdekke ruslidelser, og intervensjon ved skadelig bruk av rusmidler, evt henvise de alvorligere tilstandene. Det er ved legevakten i Oslo, og det bygges opp i Bergen, kapasitet og kompetanse til å observere akutte rustilstander. For mange vil en kort intervensjon i forbindelse med dette være rett behandling til rett tid. Alvorligere avhengighetstilstander kan være i behov av innleggelse til avgiftning i TSB. Behov for bruk av vanedannende medikamenter kan være et styrende nivå for videre henvisning (f.eks abstinensbehandling).

Legevakter og AMK vil også fange opp pasienter med alvorlige avhengighetstilstander med og uten komplikasjoner og være en port inn til TSB, evt. via somatisk akuttmottak. For eksempel pasienter med overdoser eller alvorlige infeksjoner knyttet til et injiserende rusmiddelmisbruk.

NAV-sosialtjenesten

En del pasienter, mange av dem med alvorlige tilstander, har sin oppfølging i forhold til rusmiddelproblemer i sosialtjenesten. Mange av disse pasientene har kontakt eller vil ha nytte av utredning og vurdering av behandlingssmessige tiltak i både av fastlege og TSB. Det er også her variasjoner i avdekke og vurdere behov for akuttbehandling.

Ruspoliklinikk med akuttansvar

Gruppen mener, i likhet opptrappingsplan³ og samhandlingsreformen⁵ at ruspoliklinikkene bør ha akuttansvar og tjenester. Alle helseforetak bør ha egne polikliniske tjenester innen TSB med akuttansvar svarende til sykehusets opptaksområde. Dette vil være en forutsigbar struktur over hele landet. Der hvor døgninnleggelse ikke er klart indisert bør poliklinikk gi tilbud om vurdering i normal åpningstid. Ved behov for videre avgiftning eller døgnbasert utredning og behandling bør overføringer til akuttmottak skje som en del av samme akuttforløpet, selv om en slik tilstand kan vente noen dager. Denne strukturen vil legge til rette for nær samhandling med lokale kommunale tjenester.

Ambulante/opsøkende team (for eksempel ACT-team)

Det kommunale tjenesteapparat bør utvikle oppsøkende team i nært samarbeid med ruspolikliniske tjenester og med spesialistkompetanse fra TSB inn i den oppsøkende tjenesten. Disse vil kunne følge opp pasienter med lav evne til å nyttiggjøre seg andre behandlingstilbud. Dette gjelder ikke minst å fange opp pasienter med tilbakefall til ny rusepisode og uteblivelse fra behandling. Det kan gi høy kostnadseffektivitet med kort innsats, og behov for lengre døgnbehandling kan unngås. Brudd i behandlingsforløp kan bidra til å skape gjengangere som bare mottar behandling hver gang det er en krise.

Akuttmottak

Rusakuttmottak må være en godt kjent sentralt beliggende avdeling i tett samarbeid med indremedisinsk avdeling og øvrige sykehusfunksjoner. Det må være døgnkontinuerlig vaktordning med lege og sykepleier og tilfredsstillende kompetansedekning av sosialfaglig og psykologfaglig kompetanse. Spesialistkompetanse må være sikret gjennom tilstedeværelse i ordinær arbeidstid, og bakvaksordning kveld og helg/helligdager. Det må være tilgjengelig kompetanse for akuttvurderinger, konferering og veiledning av andre tjenesteytere på 1. og 2. linje-nivå. Det bør være utviklet rutiner for godt samarbeid mellom rusakuttmottak, poliklinikk og avgiftningsavdelinger.

Liasontjeneste

Det må være utviklet rutiner for screening og identifisering av rusmiddelrelaterte innleggelser i de somatiske sykehus. Omfang og behov er ikke sikkert klarlagt, men 10-20 % av innleggelser er antatt alkoholrelatert i vanlig sykehus. Noen av disse pasientene er i behov av TSB døgn for å sikre behandling for sin lidelse. Alvorlige ruslidelser og avhengighetstilstander vil kunne avdekkes og sikres henvisning til poliklinikk.

Mange pasienter har alvorlige avhengighetstilstander under opphold i somatiske eller psykiatriske sykehus. Disse pasientene er ofte i behov av TSB og substitusjonsbehandling for å klare å gjennomføre behandling for den somatiske eller psykiatriske lidelsen de er innlagt for. Det vil være naturlig å koble denne tjenesten opp mot samhandlingsfunksjoner i forhold til andre tjenesteytere i 1. Linje. Legevaksordninger mottar ofte henvendelser fra en gruppe tunge rusmisbrukere med akutte tilstander. Det er i Oslo foreslått tilstedeværelse av TSB-personell ved Legevakten som også har styrket sin kompetanse og tilrettelegging for pasienter med tyngre rusmiddelmisbruk.

1.3 Hva er spesielt ved TSB

TSB er et nytt(2004) tjenesteområde i helsetjenesten, likestilt med somatikk og psykisk helsevern. Tjenesteområdet baserer seg på tverrfaglighet og består av medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse i behandling av pasienter med rusmiddelmisbruk .

Det er også det eneste tjenesteområdet hvor NAV-sosialtjenesten kan henvise og hvor en del av pasientene har sin 1. linje oppfølging i tillegg til sin fastlege.

Pasientene har kompliserte og sammensatte lidelser som helsetjenesteapparatet ikke har tradisjoner for å utrede og behandle. Mange pasienter har ikke vært i stand til følge opp og gjennomføre behandling verken for sin somatiske, psykiske eller ruslidelse. Det er et stort kunnskapsbehov i alle deler av helsetjenesten. Dette er av stor viktighet da alkohollidelser er den 3. største sykdomsfremkallende faktor i den industrialiserte verden, og medvirkende faktor i mellom 10 og 20 % av alle sykehus innleggelseser i Norge.

For pasienter med rus og avhengighets tilstander vil tap av viktige relasjoner, sosial inkludering i arbeid og meningsfulle aktiviteter kunne medføre risiko for varig prognosetap eller behov for betydelig øket behandlingsinnsats. Det er derfor viktig at dette aspekt også vektlegges i vurdering av behov for akutt hjelp. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelrelaterte lidelser har å gjøre med sosiale aspekter som ellers ikke er vektlagt i somatisk akuttmedisinsk tenkning. Det har allikevel vært tatt hensyn til dette i den medisinske praksis i forhold til hvorvidt behandling kan gjennomføres.

Det er spesielt viktig å lage gode, sammenhengende pasientforløp i behandling av rusavhengighet. Rusmidlene påvirker det motivasjonelle apparatets nevrobiologi, de bidrar til endring av fokus og verdiorientering. Det er derfor viktig at pasientene mottar tilbud om sammenhengende støtte i sin ambivalens og spesifikke intervensjoner som hjelp til å gjennomføre sine mål. Avbrudd i behandling i tidlig fase ved avhengighet fører lett til tilbakefall og kan bidra til å skape gjengangere.

2 Avklare hvilke tilstander / situasjoner der akuttbehandling i TSB er aktuelt

Pasienter med rusmiddelmissbruk utgjør et stort spekter av befolkningen. Prevalens for avhengighet og skadelig bruk av alkohol er anslått til ca 10 % for Oslos befolkning⁶. Rusmiddelrelaterte problemer utgjør en stor belastning på folkehelsen og på helsevesenet. Det er stor variasjon i hvilken kompetanse helse og sosial personell har på å avdekke, utrede og behandle rusmiddelmissbruk. Dette fører til stor variasjon i hvilken grad man i dag klarer å ferdigbehandle på ulike nivåer og hvilket behov det er for å henvise til høyere behandlingsnivåer. Mange pasienter har alvorlige komplikasjoner eller rusrelaterte lidelser. Det skal ikke bygges parallell kompetanse, men sørges for at pasienter nyttiggjør seg nødvendig behandling for annen eller en rusrelatert lidelse. (Stortingsmeldingen)

2.1 Definisjon av akuttbegrepet i TSB

Forutsetningen for vurdering er

at pasienten fyller en eller flere ICD – 10 diagnose F10- F19
at pasienten ikke allerede mottar eller kan motta adekvat helsehjelp

Merk:

1. Der hvor det er en samtidig alvorlig psykisk lidelse vil en slik diagnose ha forrang og pasienten skal vurderes med hensyn til behandlingsbehov innen psykisk helsevern⁷.
2. Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes i psykisk helsevern.
3. Ved akutt somatisk sykdom skal pasienten vurderes med hensyn til behandlingsbehov i somatisk helsetjeneste selv om tilstanden skyldes bruk av rusmidler. TSB har fortsatt ansvar for behandling av rusmiddelproblematikken.

2.2 Behov for akuttintervensjon i TSB er tilstede når:

- Pasienten er gravid
- Rusmiddelinntaket utgjør en umiddelbar fare for pasientens liv og helse
- Rusmiddelinntaket er opphørt eller endret og det er fare for alvorlige abstinensreaksjoner

- Rusmiddelinntaket medfører akutt risiko for atferdsendringer med fare for eget eller andres liv og helse
- Rusmiddelinntaket kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall.

2.3 Operasjonalisering av definisjon

Pasienten er gravid og har samtidig et alvorlig rusproblem Rusmiddelinntaket utgjør en umiddelbar fare for liv og helse

Hvert av de følgende aspektene må tas med i vurdering av fare for liv og helse.

- Type rusmidler
- Kombinasjoner av rusmidler
- Mengde rusmiddel
 - Alvorlige intoxicasjoner / overdoser
 - Er inntaket svarende til et toxisk nivå
- Administrasjonsmåte
- Tidsintervaller
- Har rusmiddelinntaket eskalert siste tid
 - ute av kontroll
 - nye rusmidler
 - nye administrasjonsmåter
- Pasienten har en tidligere alvorlig avhengighetstilstand
- Følgetilstander
 - Allerede somatiske skader eller sykdom som følge av misbruket
 - Sykehusinnleggelse
 - Fare for skader eller sykdom som følge av nedsatt ernæring eller søvn
 - Delirsymptomer eller forvirringstilstander
 - Er det psykiske følgetilstander
 - Tidligere psykiske sykdommer
 - Hallusinasjoner
 - Psykosetegn
 - Depresjoner
 - Angstreaksjoner
- Andre sykdommer som påvirker vurdering av fare for liv og helse

Rusmiddelinntaket er opphørt eller endret med fare for utvikling av alvorlige abstinensreaksjoner

Hver av følgende aspekter må tas med i vurdering av fare for utvikling av alvorlige abstinensreaksjoner

- Toleranseutvikling
 - Inntak av store rusmiddelmengder,
 - Høye promillemålinger uten tilsvarende beruselse.
- Tidligere abstinensreaksjoner
 - Kramper
 - Delir
 - Hallusinasjoner
 - Psykosereaksjoner
 - Alvorlige diarétilstander
 - BT-reaksjoner og hjerterytmeforstyrrelser
- Følgetilstander som øker risiko for komplikasjoner
 - Abstinensreaksjoner med samtidig fortsatt rusmiddelinntak
 - Nedsatt søvn og ernæring
 - Nedsatt almenntilstand.
- Samtidig forekommende risikofaktorer

- Skader eller sykdom

Rusmiddelinntaket medfører akutt risiko for atferdsendring med fare for eget eller andres liv og helse

Momenter som bør avklares i forhold til risiko for atferdsendring med fare for eget eller andres liv og helse

- Som resultat av inntak over tid eller akutt
 - Suicidale tanker eller impulser
 - Utagerende atferd som følge av redusert impuls kontroll med
 - Vold eller alvorlige trusler
 - Bilkjøring og lignende.
 - Annen risikoatferd som for eksempel bli liggende ute
- Tidligere atferdsendringer med risiko for liv og helse
- Som resultat av følgetilstander
 - Forvirringstilstander som setter pasienten ut av stand til å ivareta egen sikkerhet

Rusmiddelinntaket kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonstap

Momenter som bør avklares i forhold til relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonstap

- Rusmiddelinntaket medfører risiko for relasjonsbrudd til familie eller nære relasjoner:
 - Pasienten har omsorgsfunksjoner i forhold til barn
 - Forhold til ektefelle, samboer, foreldre eller andre nære betydningsfulle relasjoner
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av meningsfulle funksjoner
 - Arbeid
 - Viktige aktiviteter/foreningsliv osv.
 - Falle ut av meningsfull behandlingsprosess
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige rammebetingelser
 - Bolig
 - Økonomisk fungering

Vedlegg 2 inneholder en kasustikkoversikt

2.4 Henvisning til vurdering og behandling i TSB

Ved ø-hjelpsinnleggelse i sykehus og i psykisk helsevern, stilles det krav om henvisning fra lege. Det er naturlig at det stilles krav til skriftlig henvisning fra instanser med henvisningsrett til TSB ved ø-hjelpsinnleggelse. Det er viktig å sikre at pasienter som har behov for innleggelse innen 24 timer prioriteres, og at pasienter som kan avvende noe og forsvarlig ivaretas ved elektiv innleggelse, ikke prioriteres for ø-hjelp. En klar skriftlig symptom- og situasjonsbeskrivelse med vurdering er viktig i denne sammenheng, og for behandlingen av pasienten under innleggelsen. Det er imidlertid ikke tvil om plikt til å vurdere egenhenvendelser eller pasienter sendt fra andre uten henvisning. Henvisning og epikrise er et viktig kommunikasjonsmiddel. Ved egenhenvendelse må samhandling og kommunikasjon sikres for å skape sammenhengende behandlingsforløp.

Det er i prinsippet ikke forskjell mellom en akuttvurdering og en ordinær rettighetsvurdering etter pasientrettighetsloven^{8,9}. Grunnlaget for vurderingen og situasjon kan derimot være forskjellig ved at akuttvurderingene foregår ofte på grunnlag av begrensede opplysninger og undersøkelser fremkommet i en akutsituasjon.

De samme tre forhold må ligge til grunn ved akuttvurdering som rettighetsvurdering:

1. Tilstandens alvorlighet, med hensyn til prognosetap i forhold til livslengde og livskvalitet
2. Forventet nytte av behandlingen, at tilstanden bedres eller hindrer forverring, eller at utsettelse av helsehjelpen forspiller behandlingsmuligheter.

3. Kostnadseffektivitet, her må man vurdere om det er rimelig forhold mellom kostnad og effekt. Dersom pasienten vil ha samme effekt av behandling på et lavere kostnadsnivå skal dette velges.

I prioriteringsforskriften IS-12/2004¹⁰ omtaler man uavklarte tilstander skal vurderes ...”som om videre undersøkelse kan komme til å vise at pasientens tilstand vil kreve den helsehjelpen som er mest tidskritisk av de behandlingalternativene man står ovenfor...”

2.5 Akutt intervensjon i TSB

Intervensjonen avgjøres av TSB kan være:

- Poliklinisk avtale
- Oppfølging fra spesialist i rusteam
- Liasontjeneste
- Innleggelse i døgn
- Behov for vurdering av elektiv innleggelse
- Vurdering med konklusjon at pasienten får adekvat oppfølging av andre, eventuelt veiledningsbehov, eller
- TSB er ikke riktig behandlingsnivå

3 Beskrive samarbeid og arbeidsdeling mellom kommune, psykisk helsevern og somatiske tjenester

3.1 Hvilke oppgaver og funksjoner hører hjemme i TSB og Innhold i akuttbehandlingen

Tjenestene skal være tilgjengelige, forutsigbare og omsorgsfulle. Ruslidelser er fortsatt et tabubelagt område for mange enkeltpasienter og helsepersonell. Det er stor variasjon i hvilken kompetanse som finnes i ulike deler av helsevesenet. Det vil derfor være stor variasjon i både alvorlighet og kvalitet på henvisninger fra ulike deler av tjenesteapparatet. Det vil også være stor variasjon på det tilbud pasientene får på et lavere tjenestenivå. Det er stort behov for kompetanseutvikling og kompetanseoverføring. Veiledningstjenester er derfor viktig. Behandlingen skal ha en miljøterapeutisk innretning som ivaretar motivasjon og gjennomføring. Behandlingen skal være bygget på tverrfaglig spesialisert kompetanse. Motivasjonsarbeidet ved akutte tjenester innen TSB vil ha som hovedfokus å motivere pasienten til å fullføre ø-hjelpsbehandlingen og motivere for eventuelle videreføringstiltak ved utskrivning.

TSB må ha god kompetanse på undersøkelse og vurdering av selvmords risiko. Det må være kvalitetssikrede rutiner for dette på alle nivåer.

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får en forsvarlig behandling (nasjonale retningslinjer IS1511¹¹). En stor andel av pasienter med rusmiddelproblemer har tidligere utført selvmordsforsøk. Det er i enkelte pasientpopulasjoner mellom 20 og 35 % som tidligere har utført selvmordsforsøk. De samme retningslinjer som for psykisk helsevern bør være gjeldene også for TSB. Det er imidlertid ikke alle avdelinger med akuttfunksjoner for TSB har tilstrekkelige rammevilkår og nødvendig ekspertise for å sikre god behandling av høyrisikopasienter. Disse bør derfor legges inn i psykisk helsevern hvor tvang kan vurderes og hvor de fysiske rammevilkår er tilrettelagt for å sikre behandling.

3.1.1 Poliklinikkens rolle i Akuttkjeden

Poliklinikkene må danne en sentral rolle i en akuttkjede for TSB. Mange pasienter med et langvarig rusproblem opplever kriser. Dagens behandlingsapparat er uoversiktlig for både pasienter og henvisere.

Pasienten bør ved henvendelse til poliklinikk bli møtt med kompetanse på å få oversikt over problemene og kartlegge behov for ulike akutte intervensjoner. Den som vurderer pasienten bør ha tilgang til tverrfaglig kompetanse for raske vurderinger og beslutninger med tilhørende tilbud. Avklaring av avgiftningsbehov eller behov for døgninnleggelse bør kunne gjøres i tett samarbeid med akuttpost døgn, beslutning om tilbud bør gjøres umiddelbart.

Det bør være kompetanse på å anvende anerkjente kartleggingsverktøy og treffe beslutninger om behandlingstiltak i forhold til forventet resultat. Det bør videre være tilgjengelig kompetanse på bruk av dokumenterte behandlingsmetoder som for eksempel motiverende intervju, kognitive behandlingsmetoder og familierapeutiske tilnærminger.

Polikliniske konsultasjoner som kan bidra til å gi oversikt og til løsningsstrategier, kartlegge den psykososiale situasjon og gjøre kriseintervensjoner, kan være medvirkende til å unngå innleggelser. Det kan ikke minst gi positivt støtte i motivasjonsprosesser og sette en akuttinnleggelse i døgn inn i en langsiktig strategi og bedre gjennomføring av et helhetlig behandlingsforløp.

Det bør være kompetanse på vurdering av eventuelle behov for medikamentell støtte som et ledd i behandlingen. Dette kan være i forhold til komplikasjoner, psykiske reaksjoner, tilbakefallsforebygging, nedtrapping eller substitusjonsbehandling¹².

Det må også være kompetanse på vurdering av generell helsetilstand og risiko for alvorlige helsemessige konsekvenser av rusmiddelmissbruket. Oppfølging etter akuttbehandling bør planlegges og kunne iverksettes ved avslutning, enten denne behandlingen inneholder akuttdøgninnleggelse eller bare poliklinisk intervensjon. Ved behov for avgiftning som et ledd i behandlingen dette kunne planlegges innen 24 timer eller 3-5 dager dersom dette er forsvarlig, men allikevel regnet som en del av et sammenhengende akuttforløp.

Pasienter som tas inn i TSB gjennom akuttfunksjon trenger i noen tilfelle oppfølging. Noen av disse pasientene har behov for kort tids avgiftning i institusjon, andre kan følges poliklinisk. Hvis de trenger lengre tids behandling i institusjon eller poliklinikk, sendes henvisning til ordinær rettighetsvurdering. Det bør ved poliklinikken være gode kunnskaper om og samhandlingsrutiner med det lokale 1. Linjetilbudet innen helse og sosialtjenesteapparat slik at oppfølging fra lett kan etableres.

3.1.2 Døgnbehandling

Pasienter med behov for akutt innleggelse i døgn har en alvorlig tilstand hvor poliklinisk intervensjon ikke kan ivareta nødvendig behandlingsbehov. Dette kan være for å hindre eller redusere risiko for helseskade. Dette kan være helseskader knyttet til rusmiddelinntak eller fare for komplikasjoner av en avgiftning. Pasienter som er innlagt til annen behandling ved sykehus kan være i behov av en overføring for utredning, vurdering og diagnostisering av videre behandlingsbehov i TSB.

Det må være kompetanse på kartlegging, utredning og diagnostisering av rus og avhengighetstilstander, samt vanlige rusrelaterte lidelser og komplikasjoner. Det bør være prosedyrer på bruk av anerkjente screening og diagnostiske verktøy. Det bør være god tilgang til medisinsk servise som laboratoriefunksjoner og diagnostiske hjelpemidler, samt tilsyn og vurdering fra ulike medisinske disipliner. Det bør være etablert gode samhandlingsprosedyrer med tilgang til felles journalsystemer som kan kommunisere direkte.

Det må også være kompetanse på å kartlegge den psykososiale situasjon og gjøre kriseintervensjoner. Det må være tilgang på individuell oppfølging og vurdering av spesialistkompetanse som vurderer behandlingstiltak i forhold til psykisk tilstand og behov for TSB.

Den miljøterapeutiske ramme må være preget av en omsorgsfull tjeneste med respekt for den enkelte og fremme motivasjonelle prosesser ved anerkjente metoder. Det må legges vekt på å

skape optimale miljømessige betingelser og gjennomføres miljøterapeutiske tiltak som reduserer og bidrar til takling av abstinensreaksjoner.

Det må være kunnskaper om og ferdigheter i gjennomføre systematisk observasjon av abstinenssymptomer og bruk av standardiserte verktøy (eks. CIWA, COWS) Man må kunne anvende dokumenterte medikamentelle regimer etter individuell vurdering der hvor miljøterapeutiske tiltak kommer til kort. Det må være vaktordning som sikrer kvalifisert personell som vurderer den medisinske tilstand.

Det må være nært samarbeid med poliklinikker med akuttansvar og tilknytning til det øvrige hjelpeapparat slik at sammenhengende tjenester sikres.

3.1.3 Akutt avgiftning, medikamentelle regimer

Flere 1. linje tiltak som for eksempel legevakt med observasjonspost ønsker ikke praksis på å forskrive vanedannende medikamenter til pasienter med rus og avhengighetslidelser. Det danner en naturlig grensegang mellom 1.linje og spesialisthelsetjenesten. En rekke vanedannende medikamenter i klasse A og B har dokumentert effekt når det inngår i en behandlingsplan. Abstinensreaksjoner av en slik alvorlighet at dette er nødvendig, bør behandles i spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynets¹³ faglige veileder for forskrivning av vanedannende legemidler bør ligge til grunn, IK-2755. Misbrukere har den samme rett på adekvat medikamentell behandling som andre pasienter. Forskrivning av vanedannende legemidler til misbrukere kan gjøres der det foreligger medisinsk indikasjon, og der det er godt gjort at preparatene har dokumentert effekt og egner seg i behandlingsopplegget. Slik behandling bør da være en del av en behandlingsplan som innebærer minst mulig risiko for vedlikehold av legemiddelavhengighet.

Avgiftning av pasienter med alkoholavhengighet.

En slik avgiftning bør skje under kontinuerlig medisinsk tilsyn med hensyn til komplikasjoner. Det er godt dokumentert at antiopiletika av type Tegretol eller Orfiril bør danne basis. Det bør gjennomføres kontinuerlig spesifikk observasjon av abstinenssymptomer ved hjelp av for eksempel CIWA-ar. Dette kan danne et godt faglig grunnlag for adekvat bruk av Benzodiazepiner eller clomethiazol. Søvn bør observeres og sikres for å unngå utvikling av komplikasjoner.

Opiat avgiftning

Det bør være klare målsetninger med behandlingsforløpet før avgiftning igangsettes og gjennomføres. Frittstående avgiftning kan ha liten nytte eller negative konsekvenser (WHOretningslinjer¹⁴).

Der hvor opphør av opiatmisbruk ikke er en målsetning må videre substitusjonsbehandling vurderes som en del av TSB. Oppfølging og kontrolltiltak skal da være i henhold til Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opiatavhengighet Opiatavgiftning bør skje etter anerkjente metoder. Medikamentell støtte og systematisk observasjon med abstinensskår som styrende for medikamentdosering er dokumentert som kunnskapsbasert praksis.

Benzodiazepin avgiftning.

Avgiftning av benzodiazepiner kan innebære et lengre forløp. Det er stor faglig enighet om bruk av antiopiletika for å forebygge kramper. Det er imidlertid ikke entydig faglig enighet om nedtrappingsregimer med hensyn til lengde og metoder. Akutt intervensjon kan være å bringe nivået raskt ned til et forsvarlig nivå for videre avsluttende nedtrapping i døgnbehandling for eksempel 2-3 uker eller poliklinisk. Kunnskapsoppsummering fra kunnskapssenteret anbefaler Oxazepam¹⁸ som det beste og tryggeste medikamentet i nedtrapping. Abstinenssymptomene bør også her følges systematisk med abstinensskår og danne grunnlag for vurderingene. Andre rusmidler.

Det er ingen medikamenter som er dokumentert nyttige som avgiftningsregimer i forhold til andre rusmidler som for eksempel Sentrastimulerende, GHB, Ecstasy eller cannabinoider.

3.1.4 Tiltak med tvang etter sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven

Det forutsettes at pasienter som tilbakeholdes etter LOST¹⁵ gis tilbud om samme kvalitative behandling som andre pasienter med akutt behandlingsbehov. Loven gir dog ikke hjemmel for å gjennomføre tvangsbehandling. Behandlingstiltak vil derfor være frivillig. Det vil være faglige store fordeler om dette er knyttet til akutt og avgiftningsavdelinger. Dette vil sikre forsvarlighet gjennom vaktordninger med fagkompetanse.

Lov om sosiale tjenester, LOST, §§ 6.2 og 6.2 a inneholder regler om midlertidige vedtak. De aktuelle avsnittene i lovparagrafene har praktisk sett samme ordlyd:

”Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av sosialtjenesten dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Leder i fylkesnemda skal snarest, og om mulig innen 48 timer, treffe vedtak om foreløpig godkjennelse av det midlertidige vedtaket. Midlertidig vedtak etter denne bestemmelsen er enkeltvedtak. Fylkesnemda er klageinstans. Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemda innen denne fristen, faller vedtaket bort.”¹⁶

Midlertidige vedtak er en unntaksbestemmelse. Grunnvilkårene for ordinært vedtak må være oppfylt. Lovteksten stiller opp noen eksplisitte tilleggsbetingelser. Her nevnes akuttvilkåret: Sosialtjenesten kan bare treffe midlertidige vedtak hvis de respektive hovedformålene kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke ”treffes og gjennomføres straks”. Midlertidige vedtak omhandler med andre ord en akutt situasjon.

Pr. i dag er det utpekt institusjoner som ivaretar tilbakeholdelse ved tvang, inklusive akutte innleggelses etter midlertidige vedtak. Dersom vedtak opprettholdes, må videreføring av vedtatt tvangsperiode sikres uten avbrudd. Faglige og materielle vilkår for oppdraget må i så fall sikres, jfr. lovtekst. Det pågår en evaluering av tvang etter LOST i regi av Helsedirektoratet. §6-3 kan anvendes for å hindre avbrudd etter en frivillig avtale. Den må være inngått før behandling påbegynnes.

Behandling av pasienter uten samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven kapittel 4A^{8,17} Reglene gir adgang til å yte somatisk (fysisk) helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Reglene omfatter personer med demens, psykisk utviklingshemning eller fysiske eller psykiske forstyrrelser som svekker samtykkekompetansen.

Reglene skal sikre denne pasientgruppen nødvendig helsehjelp. Reglene skal også forebygge og begrense bruk av tvang Helsepersonellet skal forsøke å legge til rette for at helsehjelpen kan ytes uten at det blir nødvendig å bruke tvang.

Pasientrettighetsloven kapittel 4 A kan også bli brukt overfor rusmiddelmissbrukere som mangler samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelp. Det innebærer at bestemmelsene også gjelder ved somatisk helsehjelp til personer som blir omfattet av kapittel 6 i sosialtjenesteloven om særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. Dette kan for eksempel gjelde for pasienter i forvirringstilstander eller deliriose tilstander som ønsker å forlate påbegynt behandling, og hvor det vurderes som påtrengende nødvendig å yte helsehjelp for å unngå helseskade.

3.2 Samhandling med 1. Linje tjenesten

3.2.1 Samhandling med Helsetjeneste

Det etableres ruslegevakt, korttids akuttpost både i Oslo og Bergen. Dette vil være viktige samhandlingsparter, særlig i forhold til de aller dårligst fungerende og akutte tilstander kveld, natt og helg. Avgiftning av alkoholrus skjer på flere nivåer. De fleste avgiftningene skjer ukomplisert og uten hjelp i hjemmet.

Avgiftning av pasienter med akutte rusrelaterte tilstander uten risiko for komplikasjoner bør skje på 1. Linje nivå. En del av pasienter som behandles på Legevakt er pasienter uten avhengighet. Disse er i liten grad behov for medikamentell støtte. Ved moderate symptomer bør enklere medikamentelle tiltak være tilstrekkelig. Der bruk av Antiepiletika og evt. antihistaminer ikke gir tilstrekkelig symptomlindring bør pasienten kunne overføres til TSB.

Legevakten i Oslo har et stort pasientvolum og mange pasienter med ruslidelser. Det er planlagt tilstedeværelse av kompetansepersonell fra Rusakuttmottaket på legevakten kveld og helg. Dette kan bidra til bedre samhandling og gjensidig kompetansutvikling.

Fastleger

Det er stor variasjon i kompetanse. En del fastleger har LAR pasienter i oppfølging og deltar i ansvarsgrupper. Det er et viktig tiltak for samhandling at fastlegene har en klart definert akuttkjede å henvise inn i. Epikriser med mål for videre oppfølging i forhold til TSB og fastlege vil bidra til å etablere god samhandling.

3.2.2 Samhandling med NAV-sosialtjeneste

Sosialtjenesten er på ett nivå tilknyttet kommune eller bydelsstrukturer. Det er viktig at denne danner basis i en koordinerende funksjon i forhold til en del av pasientene med store og sammensatte hjelpebehov. Individuell plan bør brukes som hjelpemiddel for å få til strukturert og målrettet innsats. Det bør være en kompetanse på å følge opp pasienter med bruk av motiverende samtale og rettleiding i forhold til ulike offentlige tjenester, bolig arbeid, arbeidstrening, aktiviteter osv.

Det er et stort antall ulike spesialtilbud for ulike pasientgrupper som sorterer under sosialtjenestenivå. Disse kan være organisert i ulike offentlige administrasjoner og i ulike private virksomheter. Dette må oppfattes som tilleggstilbud for enkeltgrupper. Det er viktig å etablere en samlende og koordinerende tjeneste for å sikre at pasienter ikke faller ut av en forpliktende oppfølging fra tjenesteapparatet. Det bør være kompetanse på tidlig å fange opp forverring, henvise og forsterke oppfølging.

3.2.3 Ambulant/opsøkende team (for eksempel ACT-team)

Det bør være etablert systematisk oppfølging av de tyngste pasientgruppene som i liten grad kan nyttiggjøre seg det ordinære tjenesteapparat, samt reetablere oppfølging av pasienter med tilbakefallsepisoder. En del pasienter med alvorlig avhengighet, somatisk og psykisk tilleggsproblemer, evt. atferdsavvik vil være i behov av spesialistkompetanse i teamet. Spesialistkompetanse bør også være tilgjengelig for å dekke veiledningsbehov. Dette bør kunne innhentes fra Ruspoliklinikken.

3.3 Forhold til somatiske spesialisttjenester

Rusmiddelavhengighet medfører risiko for alvorlige somatiske tilstander som krever spesialistkompetanse av ulike typer.

Pasienter akuttinnlagt i somatiske sykehus med rusrelatert lidelse.

Vi forventer at somatiske sykehus utvikler kompetanse på identifikasjon og enkel intervensjon (AUDIT og kort intervensjon). Ved mer omfattende hjelpebehov trengs Liasonfunksjon fra TSB med tjenester som motiverende intervju og henvisning til videre behandling. TSB skal gjennom veiledning ta ansvar for at rusmiddelavhengige skal få abstinensbehandling og vurderes for

substitusjonsbehandling for å gjennomføre behandling for den somatiske tilstanden. TSB skal også vurdere oppfølgingstiltak og nødvendig sikring av forsvarlig utskrivning. TSB har ansvar for å ta imot pasienter som er ferdigbehandlet i somatisk spesialisthelsetjeneste, men som fremdeles har et behov for behandling i TSB som en del av samme akuttforløp. På denne måten forebygger en tilbakefall til rusproblem og evt. tilbakefall av somatisk lidelse, og en sikres sammenhengende pasientforløp.

3.4 Forholdet til psykisk helsevern

Mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse har samtidig et rusmiddelmissbruk (ca 50%). Mange pasienter med rusmiddelmissbruk har lettere psykiske lidelser (ca 50%). Det foreligger en utredningsserie 10-2000⁷ som omhandler dobbeldiagnose pasienter og arbeidsdeling. Det er under utarbeidelse en ny retningslinje. Generelt har alvorlige psykiske diagnoser forrang fremfor rusrelaterte diagnoser. Det betyr at pasienter med alvorlige psykiske lidelser skal ha sin behandling i psykisk helsevern, også for sin ruslidelse.

Ved en psykotisk tilstand der pasienten kan være til fare for seg selv eller andre, eller der hvor behandling kan forspilles, skal pasienten legges inn til behandling i psykisk helsevern uavhengig av årsak til tilstanden.

Der hvor tilstanden er en alvorlig psykisk lidelse som f. eks. schizofreni har psykisk helsevern primæransvar også for rusbehandling.

Det er imidlertid en del tilfeller hvor tilstanden oppfattes som en rusutløst psykose. Dette er pasienter som bør overføres til TSB direkte i samme akuttforløp. Ved behov for fortsatt døgnbehandling etter at psykotiske symptomer har avtatt bør slik overføring skje direkte til døgnpost med evt videre abstinensbehandling, eller til poliklinikk.

Vi vet erfaringsmessig at enkelte av disse pasientene kan ha en prodromaltilstand av en alvorlig lidelse. Det er derfor viktig å ha som mål en videre oppfølging som sikrer at alvorlig sinnslidelse diagnostiseres så tidlig som mulig. Denne kompetansen skal være i psykisk helsevern. Kompetanse på rusmiddeleffekter og erfaring med oppfølging av den enkelte pasient i TSB kan være viktig bidrag og samhandling må sikres.

Pasienter med høy risiko for selvmord må legges inn psykisk helsevern hvor de fysiske rammevilkår er tilrettelagt for å sikre behandling.

Når risiko har avtatt bør pasienter kunne overføres direkte som et ledd i akutt-kjede.

4 Forskning og evaluering

Det bør utvikles systematisk kartlegging med internasjonalt evaluerte kartleggingsverktøy. Det bør gjennomføres evaluering av behandlingstiltakene innen den enkelte virksomhet. Det bør gjennomføres systematiske kartlegginger av livskvalitet og pasienttilfredshet. Kvalitetsforbedringsprosjekter med systematiske målinger bør være en del av virksomheten. Det bør utvikles kompetanse på systematisk behandlingsforskning hvor resultater kan sammenstilles fra flere regioner.

Referanser

1. Spesialisthelsetjenesteloven
2. Ot.prp 53 (2006-2007)
3. Opptrappingsplanen for rusfeltet St.prp nr 1 2007-2008
4. Hvis det haster... NOU 1998:9
5. Samhandlingsreformen Stortingsmelding nr. 47 2008-2009
6. Psykiske lidelser i Norge Folkehelseinstituttet. Rapport 2009:8
7. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk Statens helsetilsyn utredningsserie 10-2000.
8. Lov om Pasientrettigheter
9. Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling IS-1505
10. Prioriteringsforskriften IS-12/2004
11. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern IS-1511
12. Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet IS-1701
13. Vanedannende legemidler forskrivning og forsvarlighet Helsetilsynet 2001 IK-2755
14. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence WHO
15. Lov om sosiale tjenester
16. Tvang ovenfor rusmiddelavhengige, Søvig, K.H 2007 Fagbokforlaget
17. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. IS-1569
18. Benzodiazepiner i behandling av personer med rusmiddelproblemer. Kunnskapscenteret rapport nr 6-2007

Vedlegg 1: Mandatet

Arbeidsgruppe for å operasjonalisere innholdet i akuttbehandling for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

Overordnet målsetting (effektmål)

Sikre pasienter innenfor TSB er godt akutt-tilbud. Dette må ses i sammenheng/samarbeid med akutt-tilbud i kommune, psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste.

Se kapitlet bakgrunn for sentrale premisser/grunnlagsdokumenter

Arbeidsgruppas leveranse (resultatmål)

- Operasjonalisere ø-hjelpsplikten for TSB
 - Avklare hvilke tilstander/situasjoner der dette er aktuelt
 - Beskrive samarbeid og arbeidsdeling med kommune, psykisk helsevern og somatiske tjenester
- Beskrive dette gjennom et kortfattet oversiktsdokument (1-2 sider) med aktuelle grunnlagsbeskrivelser (5-10 sider).

Arbeidsmetodikk/rapportering

- Arbeidsgruppa oppnevnes før jul 2009 og gjennomfører sitt arbeid i perioden januar-mars 2010.
- Arbeidsgruppas leder rapporterer til leder for RHF-nettverk, Reidar Hole
- Arbeidsgruppas leder avklarer arbeidsform innenfor rammen av 1-2 fysiske møter.
- Sluttdokument oversendes fra gruppas leder innen utgangen av mars 2010.
 - RHF-nettverket har sitt neste møte 04.03 og det er ønskelig med en kjapp løypemelding
- Det legges til grunn at utgifter til deltakelse dekkes av lokal arbeidsgiver som må ha samtykket til deltakelse.

Deltakere i arbeidsgruppa

Vest

- Harald Munkvold, Helse Førde (sosialfag)
- Svein Skjøtskift, Helse Bergen (lege)

Sør-øst

- Rune Strøm, Oslo Universitetssykehus (lege)
- Mulig 1 representant til (avklares av gruppas leder i en dialog med Frode Bie)

Nord

- Reidar Høifødt, Universitetssykehuset Nord-Norge (lege)

Midt

- Kristin Tømmervik, Blå kors Lade Behandlingssenter (psykolog)

Gruppa ledes av Rune Strøm

Det legges til grunn av alle kan bidra i skrivearbeidet

Vedlegg 2: Kasuistikker

Dette baserer seg på eksempler fra rusakutt-rapport 01.04.2009 HSØ
Det er gjort noen endringer og lagt til noen eksempler til på slutten.

Pål 40 år

- Fast jobb, gift, 2 barn
- Høyt alkoholforbruk fra tidlig i 20-årene. Opplever ikke selv at dette er problematisk
- Hentes av ambulanse ved ankomst med danskebåten om morgenen. Overstadig beruset, ikke i stand til å ivareta seg selv.
- Rask vurdering på Legevakten
- Overflyttes rusakuttmottaket for videre utredning og observasjon. Utskrives etter 48 timer
- Har fått time på ruspoliklinikk for videre utredning og eventuell behandling. Poliklinikk gjøres spesielt oppmerksom på at pasienten har 2 små barn
- Epikrise til fastlege

Ahmed 19 år

- Innlagt døgnbehandling ved langtidsinstitusjon i TSB. Var på treningsreise/permisjon en helg. Møtte ikke til avtalt tidspunkt etter permisjon
- Etter noen dager fikk behandlingssenheten kontakt med Ahmed. Han hadde da ruset seg på amfetamin og diverse andre rusmidler, også injeksjoner med heroin.
- Ahmed blir henvist til rusakuttmottaket for innleggelse inntil 48 timer i observasjonsseng
- Tilbake til TSB umiddelbart etter denne innleggelsen

Lise 24 år

- Blir kjørt til Legevakten av ambulanse. Hatt 2 opiatoverdoser siste uken. Ikke suicidal hensikt. Bruker diverse rusmidler, avhengig av hva hun til enhver tid har tilgang til
- Personell på Legevakten oppfanger at hun har endret rusmønster den siste tiden, og at hun nylig har opplevd en overgrepssituasjon. Hun er i en personlig krisesituasjon
- Hun henvises til rusakuttmottaket hvor hun innlegges i observasjonsseng og substitusjonsbehandling bidrar til gjennomføring
- Dagen etter innlegges hun avgiftningsenheten for videre avgiftning og utredning

Jens 49 år

- Henvist for avgiftning og abstinensbehandling i Avdeling avgiftning og behandling alkohol fra ruspoliklinikk i fht alkohol- og medikamenter før planlagt innleggelse ved langtids døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten, TSB
- Har fått nedtrappingsregime på benzodiazepiner som han skal gjennomføre før planlagt innleggelse
- Møter som avtalt til innleggelse. Abstinensbehandling iverksettes. Stort fokus på motivasjon for det påfølgende behandlingsopplegg
- Det viser seg at Jens ikke har trappet seg ned noe før innleggelse og det oppstår sterke abstinenssymptomer med dehydrering. Pasienten overføres til rusakuttmottaket for behandling, bla med intravenøs væsketilførsel
- Pasienten blir i rusakuttmottaket i 48 timer. Flyttes tilbake til avgiftningsenhet
- Skrives som planlagt ut derfra til døgnbehandling

Karl 64 år

- Bodd i forsterket botiltak i regi av Rusmiddelstaten i 8 måneder
- Alkoholinntak nesten daglig
- Han blir akutt syk en kveld med sterke mavesmerter og personalet kontakter 113
- Bringes til akuttmottaket på lokalsykehuset. Ved ankomst har det meste klinget av, men han blir liggende over natten.
- Liaisonsteam kontaktes
- Det er ikke aktuelt å utrede mavesmertene øyeblikkelig, han får time til gastroskopi

- Det kan være aktuelt med innleggelse på avgiftningsavdeling. Alternativt følger ambulanseteam på rusakuttmottaket ham opp etter utskrivelse

Kristoffer 24 år

- Har vært på Legevakten 3 ganger de siste 4 måneder i forbindelse med helgefyll
- Han bor i egen leilighet og har jobb som telefonselger
- Sykehistorien fra Legevakten sier at han har vært involvert i slagsmål, skadet seg ved fall, vært så overstadig beruset at venner reagerte
- Fjerde gang han kommer, innlegges han på observasjonsposten på Legevakten. Dagen etter blir han spurt om han er interessert i å snakke med noen om sin bruk av alkohol. Han er villig til det og personale med ruskompetanse fra Legevakten snakker med ham
- Han henvises rusakuttmottaket og møter der samme dag til poliklinisk samtale
- Ny avtale med det tverrfaglige teamet ved rusakuttmottaket dagen etter (søndag). Mandag overføres saken til ruspoliklinikken i sektoren han bor. Han får time samme dag.

Lise 50 år.

- Bor i forsterket botiltak og har offisielt vært rusfri i 5 år etter 37 år i alkoholmisbruk
- Hun har fått Xanor fast og Sobril etter behov av legen. Hun fikk følge med en tablettmisbruker og har fått piller av han oppgjennom de 5 "rusfrie" årene, noe hverken fastlegen eller kontaktpersonen hennes i botiltaket har visst om
- Det blir brudd med mannen og hun klarer ikke å skaffe den mengden piller hun trenger til daglig
- Hun får så kraftige angstanfall at kontaktpersonen hennes får henne innlagt i psykiatrien
- Datteren blir kontakt av kontaktpersonen i botiltaket og blir forklart morens tilstand. Hun forteller at kjenner igjen morens symptomer fra tidligere edru perioder
- Liaisonsteam på rusakuttmottaket møter i behandlingsmøte på psykiatrisk avdeling og man planlegger oppfølging. Et samarbeid mellom psykisk helsevern/TSB/ og kommunale tiltak. Individuell plan påbegynnes

Jeanette 32 år.

- LAR pasient i 3 år. Følges opp av fastlege og sosialtjeneste i bydel
- Er innvilget uføretrygd og har ikke faste økonomiske ytelser fra sosialkontor
- Har fått henteordning 1 gang i uken, leverer urinprøver etter innkalling og det er ikke noen regelmessig oppfølging / kontakt med fastlege eller sosialkontor
- Besøksordning med et barn i fosterhjem. Fosterforeldre melder til sosialkontoret at de er bekymret for henne
- Det avdekkes at hun er i en rusperiode
- Henvises Rusakuttmottaket for rask intervensjon – bestilling innleggelse i observasjonspost
- Overføres avgiftningsenhet etter dette oppholdet for avgiftning og stabilisering i ca 10 dager, samt for å opprette nærmere kontakt mellom ansvargruppe og LAR Øst en periode

Camilla 17 år

- Innbrakt til Legevakten av Natteravnene grunnet overstadig beruselse
- Kjent av Natteravnene fra en annen episode også for noen uker siden. Da brakt hjem. Denne gangen svarer ikke foreldrene på telefonen og det er ingen hjemme til å tilse henne
- Tas med til Legevakten der hun innlegges på observasjonsposten
- Tilbud om å snakke med personale på ruslegevakten dagen etter
- Camilla og foreldrene får avtale på rusakuttmottaket for oppfølgingsamtale

Kenneth 25 år

- Han bor i egen leilighet og har studentstatus – deltidsjobb
- Innbrakt akuttmottak på lokalsykehus i forkommen tilstand natt til lørdag, mistanke om bruk av en eller annen form for partydop
- Det viser seg at han også bruker anabole steroider i tillegg til sentralstimulerende midler i helger / på fest

- Blir på mottaket over natten
- Liaisonsteamet fra rusakuttmottaket kontaktes dagen etter
- Han får avtale på poliklinikken førstkommende virkedag, ambulant team ved rusakuttmottaket har kontakt med ham gjennom helgen

Mina 37 år

- Innbrakt voldtekstmottaket etter overgrep, er beruset
- Ved oppfølgingssamtale noen dager etterpå kommer det frem at hun har et rusproblem
- Hun får tilbud om at personalet på ruslegevakten kan komme ned på voldtekstmottaket og være med på samtalen, dette aksepterer hun
- Som følge av dette får hun akutt- time på poliklinikken. Tilbud om oppfølging av ambulant team fra rusakuttmottaket og senere poliklinisk behandling i ordinær poliklinikk

Bente 43 år

- Får akuttovernatting på lavterskelinstitusjon etter vedtak fra Sosial Vaktjeneste. Bostedsløs. Beruset.
- Gjennom natten fremstår hun som mer og mer urolig. Vandrer rundt i gangene, tar av seg klærne, må følges tilbake til rommet sitt flere ganger. Uttrykker angst for noe hun ikke klarer å si hva er.
- På morgensiden har uroen økt og atferden blitt mer ekstrem. Hun smører avføring på veggene og løper ut på gaten barføtt og i undertøy. Personalet henter henne inn. Lege tilkalles.
- Legen sier at hennes symptomer er rusfremkalt.
- Personalet får henne med på Legevakten
- Hun henvises til rusakuttmottaket og legges inn.
- Liaisonsteam på rusakuttmottaket kontakter aktuelle oppfølgingsinstanser i kommune og HF slik at hun sikres en grundig utredning og tverrfaglig/tverretalig samarbeid rundt oppfølging av så vel helsehjelp som boligbehov

Bjørn 36 år

- Har brukt amfetamin og heroin gjennom flere år og er kjent fra mange korttidsinnleggelse i lavterskelinstitusjoner.
- Har tidligere vært LAR-pasient men har mistet dette tilbudet fordi han ikke klarte å følge det opp.
- Har fått avsluttet mange bo- og behandlingstilbud mot sin vilje på grunn av voldelig og utagerende atferd. Svinger veldig i humør og aggresjonsnivå.
- Kommer til et av Rusmiddelstatens lavterskel botilbud etter søknad fra sitt sosialkontor.
- Etter noen dager begynner han å bli tydelig mer aggressiv. Snakker med seg selv, snakker usammenhengende. Blir lett provosert av andre beboere, og klager over at han ikke har noe bedre sted å gjøre av seg. En kveld dusjer han med klærne på og begynner å ødelegge inventar på rommet sitt.
- Han oppfattes så truende at politiet blir kontaktet, og han blir tvangsinnlagt i psykiatrisk akuttmottak hvor han blir medisineret og overført til avgiftningsenhet når han ikke lenger er psykotisk.
- Utredning påbegynnes under innleggelsen på avgiftningsavdelingen

John 33 år

- Ruset seg siden 14 års alder, bruker piller, heroin og amfetamin
- Bostedsløs, kjent hepatitt B og C, får pillekvote av fastlege. Sporadisk kontakt med feltpleien.
- Injiserer i lysken, mange abscesser som han pleier å stikke hull på selv. Kommer til feltpleien med stor moden abscess og mange sår. Får sårstell og henvisning til Legevakten, som henviser ham videre til Oslo universitetssykehus, Aker for operasjon av abscess. Forlater sykehuset neste dag med veneflon. Nekter å dra tilbake.
- Har sporadisk kontakt med feltpleien og sykepleie på hjul noen måneder, med gjentakende abscesser, væskende sår og mye smerter. Motsetter seg ofte behandling.

- Blir innlagt rusakutt med umiddelbar abstinensbehandling. Får gjennomført behandling for absesser fra kirurgisk poliklinikk under innleggelse.
- Substitusjonsbehandling igangsettes. LAR poliklinikken starter arbeid med ansvarsgruppebehandling.

Ingunn 22 år

- Innlegges 3. gang på kort tid på medisins avdeling med dyp venetrombose etter injeksjoner av heroin i lyske.
- Har ikke fulgt opp behandling som var foreskrevet grunnet sitt heroinmisbruk.
- Pasienten har tidligere vært under barnevern og allerede lang historie på heroinavhengighet..
- Det startes opp substitusjonsbehandling under sykehusoppholdet.
- Liasontjenesten starter arbeid med motivasjon og avtaler om henteordning og ansvarsgruppe som samtidig sikrer behandling for Venetromboser.

Rolf 46 år

- Innlegges medisinsk akuttmottak med brystmerter.
- Hjertelidelse utelukkes, men han har spiserørsbetennelse. Lipider som medfører høy risiko for hjertesykdom. Lett forhøyede leverprøver.
- Screening i forhold til alkohol med AUDIT avdekker betydelig forhøyet alkoholforbruk som mulig årsak.
- Liasonteam diagnostiserer avhengighet motiverer og henviser til poliklinikk TSB med time neste dag.

Else 72 år

- Innlegges med forverring av hjertevikt til akuttmottak.
- Mangeårig sykehistorie og flere innleggelser gunnet forverring.
- Screening for alkohol avdekker periodisk overforbruk med manglende oppfølging av forskrevet hjertemedisin.
- Liasonteam sikrer samarbeid med hjemmesykepleie og oppfølging i hjemmesituasjon, samt motivasjonsarbeid for reduksjon av alkoholforbruk.

Arne 41 år

- Jobber som musiker og reiser i den forbindelse en god del på turne
- Gift , barn på 7 og 11 år.
- Ektefelle henvender seg med bekymring til ruspoliklinikken. Mannen har blitt innkalt til møte på jobben tidligere med reaksjoner på drikking ut i de små timer i forbindelse med turne. Drikking har ikke vært et problem når mannen er hjemme, men det har endret seg det siste halve året. Mannen har kommet hjem sent etter konserter beruset i det siste og ungene har våknet av høylutt snakk. Mannen er i dårlig forfatning etter gårdagens pubbesøk med kolleger i går, og kan ikke helt huske hva som skjedde på kvelden. Han har fått kommentarer fra kolleger i dag på jobb. Ektefelle er nå bekymret for at det skal gå riktig galt med drikkingen når mannen reiser på turne om fire dager.
- Poliklinikken tilbyr akutttime til paret.
- Møter til poliklinikken. Mannen er ikke fornøyd med situasjonen, men mener han skal være forsiktig med alkohol på turneen. Han er usikker på om han trenger hjelp. Ektefelle er redd for advarsel fra arbeidsgiver om han forsetter i samme spor.
- Det anbefales henvisning med kort frist til poliklinisk behandling. Mannen vi tenke på dette. Poliklinikken ber mannen drøfte dette videre med sin fastlege.
- Etter avtale sendes skriv til fastlege hvor poliklinikken orienterer om krisesamtalen, og tilbudet om poliklinisk behandling.
- Poliklinikken mottar henvisning fra fastlege etter turneen. Pas. har bedt om medikamenter for søvn og sykemelding etter turneen. Det framkommer at det har vært en god del drikking på turneen.
- Pas. får rask avtale og tilbud om poliklinisk behandling innenfor "Raskere tilbake". Det etableres kontakt med bedrifthelsetjenesten i den forbindelse.