

Innspill til Helsereformutvalget fra Stiftelsen Renåvangen, TSB langtidsbehandling

Vi ønsker å komme med innspill til deres arbeid i forhold til fremtidig organisering og styring av de sammenhengende- og integrerte helse- og omsorgstjenestene i Norge.

Hvem vi er:

Stiftelsen Renåvangen er en ideell stiftelse med beliggenhet i Rendalen kommune. Vi er en forholdsvis liten, fleksibel og innovasjonsorientert institusjon innenfor TSB for langtidsbehandling av avhengighetslidelser. Vi tilbyr spisset behandling til personer med sammensatte problemstillinger, som viser komorbide tilstander av alvorlig grad i tillegg til avhengighetslidelsen. Mange av våre pasienter har traumerelaterte psykiske lidelser (f.eks. kompleks PTSD) og personlighetsrelaterte tilstander som dissosiale, emosjonell-ustabile, unnvikende og narsissistiske personlighetstrekk.

Institusjonen har 25 plasser og ligger skjermet til slik at mange pasienter kan motta behandling langt unna deres tidligere rusmiljø og fjernt fra kriminelle kontakter. Pasienter i LAR og sonende iht. § 12 tas imot. Geografisk avstand er en fordel for mange med problematiske relasjoner inn mot disse miljøene. Behandlingen varer opp til 12 måneder med mulighet for forlengelse.

Den etablerte og virkningsfulle metoden det terapeutiske samfunnet (TS) er primært fellesskapsbasert og ansvarliggjør pasienten også overfor medbeboerne. Vi har videreutviklet denne klassiske og virkningsfulle tilnærmingen ved bruk av evidensbaserte terapeutiske metoder som Kognitiv atferdsterapi (KAT), Narrativ Eksponeringsterapi (NET), affektbevissthetstenkningen og den mentaliseringsbaserte tilnærmingen.

Behandlingen er helhetlig og suppleres med regelmessig fysisk aktivitet (høyaktivitetstrening HIT, målrettet og individuell tilpasset trening samt friluft aktiviteter) og allmenne ferdigheter for livsmestring tilpasset pasientens nivå. Dessuten drives det systematisk opplæring i samfunnsmessig fungering. Det sosiale samspill forbedres i arbeidsgrupper rundt husets organisering. Mestringen av symptomene i hverdagen står sentralt og takling samt reduksjon av traumesymptomer fra pasientens biografi vektlegges sterkt.

Ståsted og utviklingen på feltet:

Vi har det siste tiår sett et økende behov for å behandle alvorlige psykiske vansker sammen med rusproblemene for å lykkes, siden tilstandene påvirker hverandre gjensidig. Dessuten har nye kryssavhengigheter kommet frem og helhetsbetraktningen må få enda mer vekt ved kompliserte symptombilder. Dette støttes av prognoser for den videre utviklingen av avhengighetslidelsene i samfunnet og krever at behandlingen ytes på døgninstitusjoner med en trygg ramme for pasienten og behandlerne.

I vår praksis har vi støtt på en del problemstillinger som omhandler samarbeidet imellom de ansvarlige behandlingsinstitusjoner og pasientflyten:

Samarbeid mellom TSB institusjonen, pasientens kommune og dens regionale spesialisthelsetjeneste må følge hele pasientforløpet.

- Retningslinjene for samarbeid burde tydeliggjøre ansvaret for å følge

pasientenes langtidsbehandling over hele forløpet. Vi opplever ofte, at regionale behandlingstilbud avslutter pasienten, mens innlagt til langtids døgnbehandling. Dette er svært uhensiktsmessig, og ansvaret for pasientforløpene burde forankres i rettighetsvurderingen og legges til det lokale hjelpeapparatet primært. Dette vil også være et sikringstiltak ved plutselige avbrudd.

- De som kjenner pasienten før døgnbehandlingen starter burde plikte å delta i ansvarsgruppe, siden dette også medfører en god overføring, når pasienten skal bosette seg i en ny kommune. Tilbud som FACT og IPS burde stå klare.
- Det må være god nok kapasitet på avgiftningsenheter for å ivareta en ryddig og rask overgang til døgnbehandling. Også ved tilbakefall under behandlingen på døgninstitusjon må det kunne gå an å henvise ukomplisert til avgifting, ved eventuelt overbelegg der også til andre helseforetak enn pasientens opprinnelige.
- Akuttenheter burde ha plasser tilgjengelig for pasienter, som dekompenaserer under behandlingen på en TSB-døgnpost. Spesielt emosjonelt ustabile pasienter kan møte et sterkt symptomtrykk under behandlingen, som kan kreve spesiell ivaretagelse underveis i en krise for et kort tidsrom på en akuttenhet.
- Trygge pasienttransporter er også en viktig del i sømløse overganger, som sikrer pasienten mot overilte spontane ombestemmelser på turen til og fra langtidsbehandling. Vi opplever dessverre ofte opphold i forløpene pga. utfordringer med pasienttransport.

Pasientene trenger terskelfri fleksibilitet og brukerstyrte senger. Et ettervern på institusjonen er et svært effektivt tiltak for å unngå tilbakefall og fare for overdose

- En TSB-langtidsinstitusjon har inngående detaljkunnskap om deres tidligere pasienter og kan møte pasienten med størst fleksibilitet og kjent personell. Behandlingen kan gjenopptas i korte perioder og kriser kan snus til konstruktiv vekst på svært kort tid.
- Mange pasienter flytter til nye kommuner for å unngå tidligere problematiske relasjoner inn mot diverse miljøer. Trygghetsproblemer utfordres sterkt rett etter endt langtidsbehandling og mange pasienter i overgangsfaser setter pris på en sikker og kjent base på institusjonen.

Vi kritiserer sterkt at TSB langtidsinstitusjoner er konkurranseutsatt: anbudsmodellen ødelegger stabile fagmiljøer, aktørenes felles utvikling og kontinuerlig kvalitet.

- Optimering og forbedring av programmene i et samarbeid imellom de forskjellige ideelle institusjonene har eksistert og fungert før. Faglig utvekslingen har blitt borte under praktisering av anbudsmodellen. Kommunikasjonen til helseforetaket er preget av at man på ett tidspunkt må «selge» institusjonens tilbud til foretaket og behøver å utkonkurrere andre. Dette begrenser åpenhet om utfordringer, faglige dilemmaer og forbedringspotensiale. Ideelle stiftelser blir satt opp som konkurrenter, som ikke kan tillate seg å røpe egne innovasjoner til andre. Et eksempel på dette er anbudsrunder for TSB-feltet fra 2023, der f.eks. et uspesifisert krav rundt tolkbarhet av behandlingen skulle innfris. I nesten alle former av langtidsbehandling på TSB-institusjoner brukes det terapigrupper. Vi satte spørsmålsteget på å kunne oversette kompleks gruppeterapi uten at oppholdet som oversettelsesprosesser ville medføre påvirket behandlingen negativt. En ærlig og kritisk besvarelse utestengte oss altså fra konkurransen

for godt.

Etterpå fikk vi støtte av andre aktører på feltet «i ly», som bekreftet vårt syn. De hadde krysset av anbudskriteriene uten å ta hensyn til faglig skjønn for å kunne innfri et uspesifisert krav.

- TSB-pasientene er ofte ambivalente og trenger tid til å lande i lagtidsbehandling på institusjon. Når temaet bytte av behandlingssted tas følge svært tidlig i deres landingsprosess påfører dette pasienten uro og systemet hopper etter en ofte utbredt tendens til å satse på, at “gresset er grønnere på den andre siden”. Dette er feilforstått brukermedvirkning, siden det allmenn kjente fenomenet oppstartsforverring møtes på feil måte. Vår pasientgruppe har tillitsproblemer som ett av sine hovedkjennetegn. Her trengs det å fokusere mer på fag og ikke på pasientantall på egen institusjon, når det jobbes for institusjonsbytte uten å ta i bruk faglig skjønn. TSB-feltet må tenke samlet og ikke bare ut ifra egne institusjonsinteresser for å kunne tilpasse tjenestene stadig til de store forandringene i samfunnet. Foretaksmodellen beforder markeds- og konkurranseinnstilling og virker tvert imot ikke som en faktor til å sørge for bedre behandling siden slike drakamper ikke tjener pasientens beste.
- I den siste TSB-anbudsrunderen i Helse Sør-Øst fantes det et nytt krav om at nattevaktene måtte ha sykepleierutdanning. Sykepleiere som nattvakter er etter vår erfaring unødvendig på vår TSB-institusjon. Fagfolk bør spares inn, der det kan forsvares og benyttes der de trengs mest. Det burde være dialog om nettopp slike individuelle behovsvurderinger fra Helse-Sør-Øst med «leverandørene» (anbudsspråket for de ideelle stiftelsene) i forkant.

Ideelle stiftelser bør likestilles med regionale sykehus og burde få trygge driftsplaner og forutsigbar budsjettering i lengre tidsperioder.

Per dags dato møter vi tilbakebetalinger, dvs. økonomisk avkortning, som slår inn når det forventete pasienttallet på 95% beleggskrav ikke ble nådd i det inneværende året. Dette er urimelige krav for en helseinstitusjon, som ikke jobber profittorientert og med dette ikke har noe overskudd til å «stoppe» hullene etterpå. Driften koster omtrentlig det samme iht. utgiftene for fasiliteter og personell, uavhengig av pasientantallet i behandling. Dessuten råder høyere beleggskrav for ideelle stiftelser sammenlignet med offentlige sykehusavdelinger. Prosenttallene om beleggskravet for de ideelle stiftelsene er heller ikke like i alle helseforetaksregionene i Norge.

I tillegg til dette er pasientgruppa i TSB den mest ambivalente og utrygge hva som angår sin egen behandling. Omfattende endringsbehov avkrever pasientene en helomvending og svært tøffe tak. Et så høyt antall med krav til endring finner man ikke maken til i andre pasientpopulasjoner. Helt vanlige oppgaver til TSB-pasienter er flytting, hensiktsmessige relasjonsavbrudd, privat nyorientering, ny sysselsetting, habilitering og både psykisk og somatisk tilfriskning. Derfor er overgangene til hjelpeapparatet der pasienten bor eller ønsker å bosette seg helt avgjørende for at de kan fortsette med endringsprosessene sine med hell.

Den nære fremtiden med innføring av KI som en fagetisk “klemme”:

Pasientenes behov for fortrolighet krever en garanti på trygge og private rammer, som ikke skal påvirkes av KI-løsninger. Antatt effektivisering av den administrative pasientbehandlingen ved hjelp av KI kan ikke veie tyngre enn behovet for tillit. Våre pasienter trenger å bygge opp tillit over tid i en beskyttet relasjonell ramme pga. deres alvorlige relasjonsskader, som de aller fleste har med seg. «Lyttende tredjeparter» - selv om de er automatiserte - vil ødelegge for fortrolighetsgarantien. Den trygge alliansen som forutsetning for endring vil neppe utvikle seg. Usynlig kontroll gjennom automatiserte systemer må derfor til enhver pris unngås i de terapeutiske rommene.

Vi ønsker at vårt innspill tas med inn i deres vurderinger og drøftinger. Vårt fagfelt og våre helsetilbud til pasientgruppen innen TSB står nå i en svært usikker situasjon grunnet anbudsprosessen med Helse Sør-Øst, hva anngår ideelle avtalepartnere. Helseforetakene Midt og Nord skal snart inn i tilsvarende prosesser. Vi ser det som svært viktig å komme med dette innspillet nå.