

Innspill til rusbehandlingsutvalget fra Norsk forening for avhengighetspsykologi.

Takk for invitasjon til å komme med innspill til fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling. Under følger våre kommentarer.

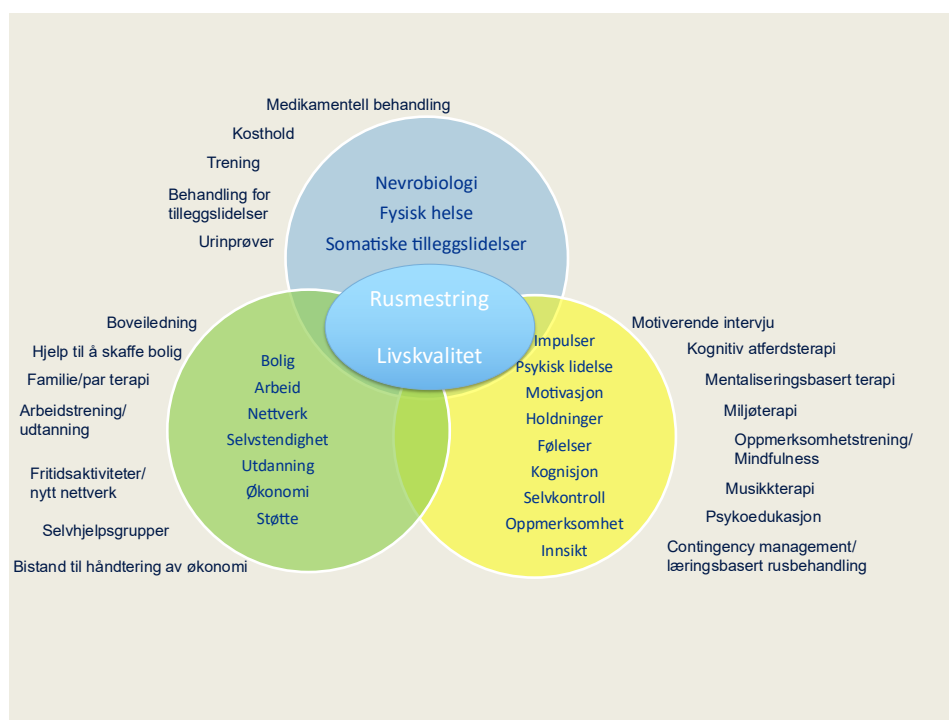
Organisering

Organisering av TSB bør etterstrebe en helhetlig og sømløs behandling mellom TSB nivåer, mellom kommune og TSB og mellom TSB og PHV. En opplever fragmenterte tilbud med manglende kapasitet eller kompetanse til å dekke pasientenes behov, både i forhold til lengde på behandlingen, brukerstyrte innleggelseser og i forhold til behandling for psykiske lidelser. En opplever at TSB ikke har tilstrekkelig kompetanse til å behandle psykiske tilleggsvansker, og at PHV avviser pasienter med ruslidelser.

Rusbehandling er komplekst og krever innsats fra flere på ulike tidspunkt over tid.

Rusbehandling kan vanskelig, for de fleste pasienter, bli kokt ned til 12 timers kognitiv terapi eller annen kort-tids behandling. Modellen under er basert på nasjonalfaglige retningslinjene som foreligger i dag og viser kompleksiteten og bredden i rusbehandling (blå sirkel: medisinfaglig, gul sirkel: psykologfaglig, og grønn sirkel sosialfaglig.

Målområder er inni sirkelen, intervensjoner utenfor).



Fleksible team som følger pasienten uavhengig av nivå kunne vært av stor nytte. Her kunne en også tenkt samarbeid mellom TSB, kommuner og PHV. En annen løsning kunne vært bedre persontilpasset behandling i TSB. I en nylig publisert artikkel, skriver Høiland og Arnevik hvordan dette kunne latt seg gjøre i norsk TSB setting (Dagens Medisin 14.05.26).

Når det gjelder døgnbehandling i TSB bør en sikre mangfold i tilbudene. Desentraliserte institusjoner hvor f.eks friluft, aktiviteter og dyrehold er en del av behandlingsplanen bør eksistere i tillegg til bynære/sykehusavdelinger.

Kompetansebehov

Alle enheter i TSB bør ha kompetanse på utredning og behandling av de mest vanlige, komorbide psykiske og somatiske lidelsene. Den norske Stayerstudien peker spesielt på økt behov for kompetanse på traumebehandling, søvnbehandling og tilrettelegging i forhold til kognitiv fungering. I tillegg er det høy forekomst av personlighetsforstyrrelser, ADHD, angst og depresjon hos pasienter som mottar rusbehandling.

For oss fremstår både utredning og behandling av tilleggslidelser svært variabelt fra enhet til enhet. Det bør etterstrebes høy faglig kompetanse på komorbide lidelser i alle deler av TSB for å sikre en helhetlig, samtidig, og individuelt tilrettelagt behandling.

Det bør tydeliggjøres hvor grensen for kompetanse og ansvaret for behandling av psykiske tilleggslidelser går mellom TSB og PHV. På tross av ROP retningslinjen, opplever en ofte at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og svært lavt funksjonsnivå, henvises TSB for døgnbehandling grunnet rusmiddelbruk. Det bør være fokus på økt rusbehandlingskompetanse i PHV, hvor f.eks døgnbehandling og intervensjoner er tilrettelagt i forhold til psykisk lidelse og funksjonsnivå. Døgnbehandlingsplasser i PHV for alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelavhengighet bør være et krav i alle helseforetak.

Økonomiske virkemidler

Overordnet er det gode faglige grunner både for og i mot innsatsstyrt finansiering som system, men når vi først har det er det et stort problem at systemet styrer poliklinikkenes aktivitet mot de pasientene som kun går i poliklinikk og vekk fra de som er innlagt på døgnbehandling.

Tilsvarende vil det å bruke finansieringssystemet aktivt for å belønne døgnbeholdingsinstitusjonene for noe aktivitet før og etter pasienten er innlagt også være svært viktig for å styrke samhandlingen og for at pasienten får en overlapp i behandlingsrelasjonene i sårbare overganger. Alternativt kan en gi økonomiske

insentiver for at behandler fra poliklinikk kan være tettere påkoblet under døgninnleggelse, sånn at overgangen blir mindre sårbar. Integrert ettervern er en nødvendig og god reform, men trenger å understøttes av endringer i finansieringsordningen for å føre til robuste endringer i praksis.

Økonomiske virkemidler bør henge sammen med organisering og den helhetlige oppfølgingen pasientene trenger. Ved å ikke sikre en helhetlig og tilstrekkelig lang nok behandling kan tidligere investerte midler i pasienten «gå tapt» om en ikke fullfører behandlingen.

Andre betraktninger

En kan vurdere ulike tilbud ut i fra pasientens målsetting. Ønsker en primært å jobbe med økt livskvalitet, stabilitet og mindre kriminalitet kan det tenkes ett tilbud. Ønsker en å bli helt rusmiddelfri kan det tenkes et annet tilbud. Det er en utfordring, spesielt i døgnbehandling, at flere og flere pasienter står på ulike avhengighetsskapende medikamenter foreskrevet av lege. Det er vanskelig sikre rusmiddelfrie miljø, og en har ikke kontroll på om pasienter bruker mer enn foreskrevne medikamenter. Noen av medikamentene kan også komplisere utrednings og behandlingsprosessen. Eks blir det vanskelig å tolke en evnetest om pasienten står på benzodiazepiner.

Med vennlig hilsen

Styret

Norsk forening for avhengighetspsykologi

Kontakt: post@nfap.no