

Rapport fra forprosjekt:

"Tettere organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste"

Forprosjektets varighet: 01.12.12 – 15.03.13



Anne Grete Valbekmo, 15.mars 2013
prosjektleder

Innhold:

1. Innledning	3
1.1. Kort om rusbehandling i Midt-Norge	3
1.2. Bakgrunn for forprosjektet	4
1.3. Mål for forprosjektet	5
1.4. Arbeidsform i prosjektet	6
1.5. Informasjonsarbeidet	6
2. Føringer for rusfaget	7
3. Formelle prosesser	10
3.1. Formelle prosesser	10
3.2. Fordeling av funksjoner og verdier	11
3.3. Arkiv og arkivlov	12
3.4. Ansatte	12
3.5. Brukerutvalg for RMN	13
3.6. Avtaler med private, ideelle institusjoner	13
3.7. Samarbeidsavtaler med kommunene	15
3.8. Avtaler med kommunene om integreringstiltak	16
4. Bevaringsområder og viktige forutsetninger	17
4.1. Funksjonsfordeling og pasientforløp i regionen	17
4.2. Finansieringssystem	21
4.3. Vurderingsarbeid TSB	24
4.4. Koordinerende funksjon i regionen	27
4.5. Organisering i mottakende helseforetak	29
4.6. Prosjekt "Integrerte pasientforløp"	30
4.7. Forvaltning av avtaler med private, ideelle institusjoner	31
4.8. Integreringstiltak med kommunene	32
4.9. Legedekning	33
4.10. Regionalt fagledernetverk	34
4.11. KoRus Midt-Norge, Lærings- og mestringssenteret og FoU	35
4.12. IKT-systemer	36
5. Tidsaspektet	38
6. Konklusjon/anbefaling	40
6.1. Når og hvor lang tid	40
6.2. Formelle forhold	40
6.3. Rammebetingelser	41
6.4. Videre arbeid	45

1. Innledning

Forprosjektet skal levere beslutningsstøtte til det regionale helseforetaket og de mottakende helseforetakene. Tilrådingen til det regionale helseforetaket innebærer tidspunkt for gjennomføring av fusjon, samt evt. om det regionale helseforetaket bør sette premisser for selve fusjon i kraft av sitt "sørge for ansvar". Forprosjektet skal videre levere beslutningsstøtte til helseforetakene i forhold til organisering og mottak av TSB. Det betyr at det er det enkelte helseforetak som tar beslutningen om intern organisering av TSB innenfor rammene gitt fra det regionale helseforetaket

1.1. Kort om rusbehandling i Midt-Norge

Helse Midt-Norge fikk ansvaret for Tverrfaglig Spesialisert Behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) gjennom rusreformen i 2004. Stortingets intensjon med reformen var å gi rusmiddelavhengige tilgang til spesialiserte helsetjenester på linje med befolkningen for øvrig. Videre var intensjonen å skape en holdningsendring til rusproblematikk, gjennom å synliggjøre rusmiddelavhengige og rusbehandlingstilbudet.

I styresak 69/03, der beslutningen ble å organisere rusbehandling i eget foretak, ble det drøftet tre ulike modeller:

1. Eget foretak for rusfeltet
2. Rustiltakene legges til det helseforetak de geografisk hører til
3. Tiltakene organiseres under en "rusmiddelavdeling" knyttet til ett av foretakene

Styret var i sin behandling svært opptatt av avveiningen mellom modell 1 og 2, og endret administrasjonens forslag ved å legge til at den langsiktige målsettingen er å integrere rusfeltet i foretakenes øvrige virksomhet. Hensikten med et eget HF var å sikre **tilstrekkelig ledelsesmessig oppmerksomhet** ved å organisere rusbehandlingsvirksomheten høyt i organisasjonen og **sørge for gjennomføringskraft** for de betydelige endringer som måtte til.

Rusbehandling Midt-Norge fikk ansvar for de tidligere fylkeskommunale tiltakene, mens resten av rusbehandlingen fortsatt skulle ligge inn under psykisk helsevern i foretakene. Dette vil si at dagens behandlingstilbud TSB i Helse Midt-Norge består av rustilbud i de ulike helseforetakene, Rusbehandling Midt-Norge, samt private institusjoner.

Virksomheten som nå skal integreres i de øvrige foretakene omfatter omkring 280 personer fordelt på tre behandlingssklinikker. Fordeling av TSB-aktivitet i regionen fremgår av kartet på neste side.

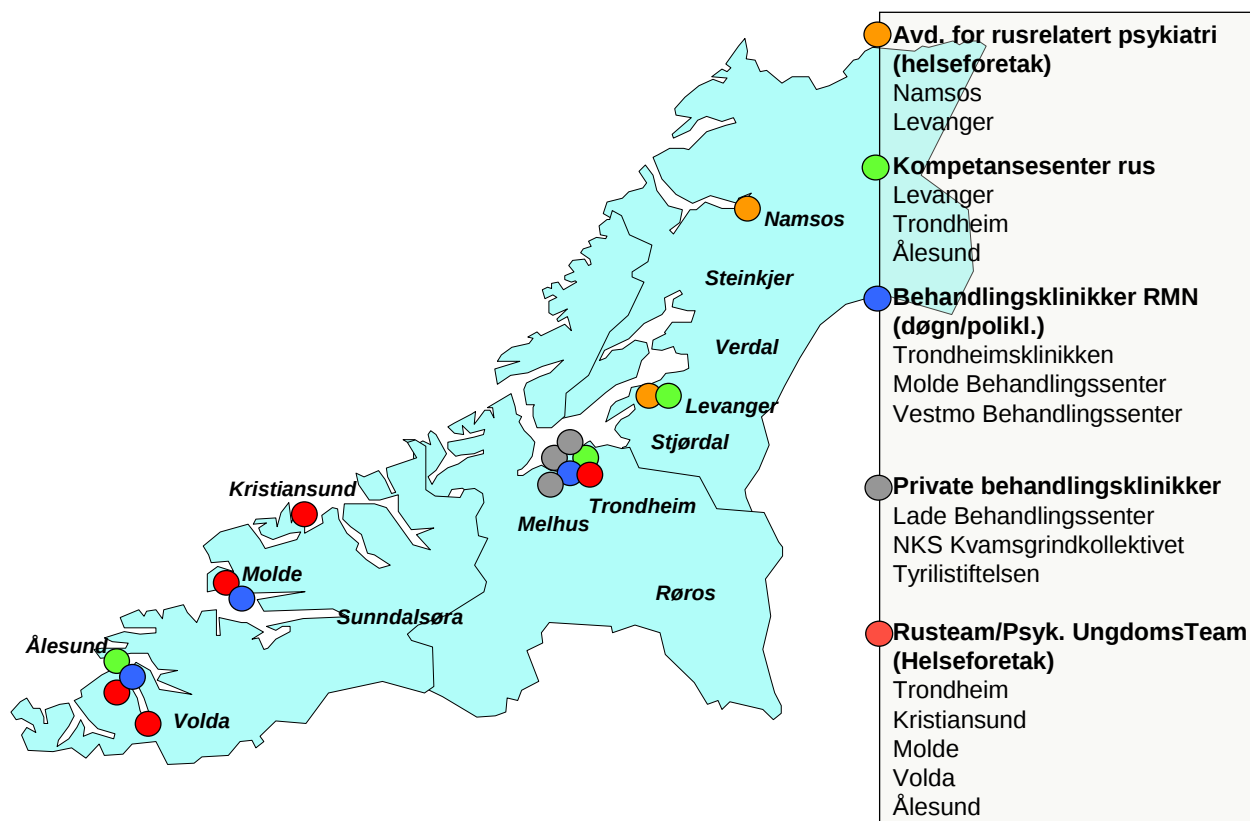
Omfanget i årsverk i Midt-Norge er ca 545, og disse er fordelt slik:

- Rusbehandling Midt-Norge: 273 årsverk
- Rusteam/PUT/ARP: ca 50 årsverk
- Helse Nord-Trøndelag (døgn): ca. 22 årsverk
- De private ideelle: ca 200 årsverk

Fusjonen omfatter først og fremst Rusbehandling Midt-Norge, men vil også berøre de andre i varierende grad.

De private ideelle institusjonene er i stor grad regionale tilbud, og prosjektgruppen drøfter i rapporten hvordan fortsatt bruk av denne døgnkapasiteten skal være tilgjengelig for alle helseforetakene også etter fusjonen

Oversikt over dagens behandlingstilbud TSB i Helse Midt-Norge:



For mer utfyllende informasjon om Rusbehandling Midt-Norge, se "faglige grunnlagsdokument 2013", vedlegg 1.

1.2. Bakgrunn for forprosjektet

Måloppnåelse og organisering av Rusbehandling Midt-Norge ble evaluert i 2007 av IRIS med meget gode resultater.

I 2012 fikk styret for Helse Midt-Norge RHF en oppdatering på utviklingen og fremtidige utfordringer på rusfeltet i styresak 37/12. Samdatatall bekrefter at man begynner å nærme seg et aktivitetsnivå og en robusthet i organisasjonen som gjør det riktig å iverksette et forprosjekt med hensikt å bestemme **når** styrets langsiktige målsetting om integrering bør kunne gjennomføres, **hvordan** en fremtidig organisering og videreutvikling av rusfeltet bør være samt **identifisere** praktiske forhold som må håndteres i en fusjon.

Hovedbegrunnelsen for en "normalisering" av organiseringen med å integrere rusforetaket i øvrig spesialisthelsetjeneste, er at en nå nærmer seg et robust nivå på opptrapping av aktivitet og kvalitet, samt at de neste store utviklingsområdene er de utfordringer økning i alkoholkonsum vil gi hele helsevesenet. Dette vil kreve tettere samarbeid gjennom integrerte pasientforløp mellom:

- sykehusenes akuttavdelinger, andre somatiske avdelinger og TSB enhetene
- de forskjellige poliklinikkene innen psykisk helsevern og TSB

- kommunene og alle tre spesialisthelsetjenestegrener

Det vil på sikt være lettere å dekke disse integreringsbehovene innenfor samme ledelsesapparatet enn som i dag gjennom avtaler mellom kommunene og en oppdelt spesialisthelsetjeneste, og lettere enn gjennom avtaler mellom Rusbehandling Midt-Norge og de andre helseforetakene. En godt planlagt integrering vil kunne ivareta og videreføre det gode som er bygd opp gjennom opptrappingen av rusbehandlingen i Midt-Norge.

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i styresak 83/12 å etablere et forprosjekt som har som mål å foreslå når en slik integreringsprosess bør gjennomføres, hvilke formelle prosesser som må gjennomføres, og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få en vellykket overgang til en ny organisasjonsform. Det ble også vedtatt at prinsippet om virksomhetsoverdragelse legges til grunn for de som i dag er ansatt i Rusbehandling Midt-Norge.

Målsettingene med fusjon er (fra prosjektoppdraget til forprosjektet):

- Styrke utviklingen av tilbudet til mennesker med sammensatte lidelser. Et økende antall personer med rusavhengighet har samtidig også psykiske og somatiske lidelser.
- Videreutvikle TSB som selvstendig fagområde, og ivareta det som er bygget opp i løpet av inneværende opptrappingsplan.
- Overføre kulturelement fra Rusforetaket til øvrig spesialisthelsetjeneste og visa versa.
- Tilrettelegge for tettere samhandling med kommunenes satsing på rusfeltet

Integreringen skal altså ikke bare bidra til et fortsatt godt tverrfaglig tilbud til pasienter med rusproblem men også bidra til økt fokus på tverrfaglighet og pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjenester. Integreringen skal også bidra til at hele spesialisthelsetjenesten innlemmer private med avtaler om helsetjenester tettere inn i helhetlig planlegging og tjenesteytelse.

1.3. Mål for forprosjektet

Forprosjektet skal etablere et beslutningsgrunnlag som skal angi:

- **Når** en integrering i øvrige spesialisthelsetjeneste bør gjennomføres.
- Hvilke **formelle forhold** som må avklares
- Vurdere **hvor lang tid** det er riktig å bruke på selve gjennomføringen
- Hvilke **rammebetingelser** som må være på plass for å få en vellykket overgang til en ny organisasjonsform.

1.4. Arbeidsform i prosjektet

Prosjektgruppen har vært bredt sammensatt. Deltagerne har vært:

Anne Grete Valbekmo, prosjektleder
Lars Magnussen, rådgiver, Helse Midt-Norge
Trond Håvard Eidet, seniorrådgiver HR, Helse Midt-Norge
Mats Troøyen, økonomirådgiver, Helse Midt-Norge
Torunn Aurstad, avd.leder, avdeling for rusrelatert psykiatri, Helse Nord-Trøndelag
Ketil Gaupset, klinikkjef, Helse Møre og Romsdal
Tor Åm, samhandlingsdirektør, St.Olavs Hospital
Dag Hårstad, administrerende direktør, Rusbehandling Midt-Norge
Ole Lorvik, seniorrådgiver, Rusbehandling Midt-Norge
Roar Skolseg, representant for private institusjoner
Cato Johannessen, brukerrepresentant fra brukerutvalget til Rusbehandling Midt-Norge (frem til møte 28.01.13)
Heidi Normann Austad, brukerrepresentant (vara for C. Johannessen. fra møte 15.02.13)
Laila Langerud, brukerrepresentant fra det regionale brukerutvalget
Erik Strandbakke, ansatterepresentant, Rusbehandling Midt-Norge
Ingunn Flakne Solberg, hovedverneombud Rusbehandling Midt-Norge
Per Magne Bae, kundeansvarlig, HEMIT

Prosjektgruppen har hatt fysiske møter og videomøter. Utover dette har prosjektgruppen hatt dialog via mail og telefon.

1.5. Informasjonsarbeidet

God og løpende kommunikasjon fra forprosjektet har vært viktig for å sikre informasjon om utvikling av forprosjektet. Rusforetakets kommunikasjonsrådgiver, Trine Nordgård Stensaas, har deltatt i alle møter og jobbet tett opp mot prosjektleder for å bistå i prosessen. Det ble laget en kommunikasjonsplan tidlig i forprosjektet.



Forprosjektet har vært av stor interesse for mange. For å sikre åpenhet og lik informasjon, har forprosjektet valgt å gå ut med et informasjonsbrev med hva som har vært tematisert og diskutert i møtene. Brevet har blitt sendt ut kort tid etter møteslutt til alle definerte målgrupper. I tillegg har det blitt opprettet områder for integreringsprosessen både på www.rus-midt.no og intranettet til rusforetaket, hvor alle ansatte i Helse Midt-Norge kan gå inn.

2. Føringer for rusfaget

Utviklingen innen rus- og avhengighet: Alkohol

Alkohol er det største rusproblemet i Norge, både med hensyn til antall med problemer og omfanget av helsemessige og sosiale konsekvenser. Helsekostnadene knyttet til alkohol i rike land er beregnet til minst 1 % av BNP. Alkohol er den nest viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i vår del av verden. 12 % av den samlede sykdomsbyrden, målt i tap av friske leveår, skyldes alkoholbruk i Europa. Til sammenligning utgjør stoffmisbruk i underkant av 1 % av sykdomsbyrden.



Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) anslår at mellom 5 og 14 % av barn og unge under 18 år lever med foreldre med et risikofyllt alkoholforbruk. Alkoholeksponering i fosterliv er den viktigste årsaken til medfødte hjerneskader i Vesten.

Utviklingen i alkoholbruk har store konsekvenser for arbeidsliv; de samlede kostnadene for norsk arbeidsliv er anslått til rundt 12 milliarder kroner årlig.

Fra 1999-2010 har det i Norge vært en økning i antall innleggelser i somatiske sykehus som følge av akutt forgiftning på 132 % og en økning i innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose med 64 %. Når gjennomsnittsforkonsumet av alkohol øker, øker antall storkonsumenter. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) gir sentrale indikatorer på helseutviklingen både i regionen og nasjonalt. Utvikling fra HUNT 2 til 3 viser:

- Økning i alkoholkonsumet i alle aldersgrupper
- 60 000 voksne i Midt-Norge er i risikozonen for å utvikle avhengighet
- De unge som begynner å drikke tidlig, drikker mer
- Både kvinner og menn over 60 år har doblet sitt inntak målt i ren alkohol

Styret for Helse Midt-Norge har også satt fokus på utviklingen i alkoholforbruket. I styresak 37/12 står blant annet følgende vedtak i protokollen:

"Styret er bekymret over den store veksten i alkoholforbruket som skjer i samfunnet og med de store helseutfordringer dette skaper. Styret ber om at det arbeides med å finne gode samarbeidsarenaer for å bedre det forebyggende/holdningsskapende arbeidet."

Utviklingen innen rus- og avhengighet: Vanedannende medikamenter og illegale stoffer

Vanedannende medikamenter er det nest største problemet i Norge målt i antall personer. Det har vært en betydelig økning i salg av vanedannende medikamenter over en tiårsperiode, i samme periode har det vært en betydelig økning av pasienter med legemidler som hovedmisbruk i behandlingstiltak.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er betegnelsen på ordningen for substitusjonsbehandling (metadon eller tilsvarende medikamenter). Det har vært en økning på 70 % i LAR i Midt-Norge i perioden 2006-2010, og det er i overkant av 500 pasienter i tiltaket i dag. Med bakgrunn i estimat fra Helsedirektoratet, forventes ytterligere økning på 25 %.

Tendensen i bruk av illegale midler (narkotika) ser ut til å flate ut de siste årene i Norge. Klar nedgang i overdosedødsfall i landet i årene etter årtusenskiftet og antallet har i de siste år vært relativt stabilt. Norge er fortsatt i Europatoppen når det gjelder slike dødsfall (248 i 2010 i følge

SIRUS). Flere faktorer spiller inn i forebygging; bl.a et godt LAR-tilbud. Forebygging av overdosedødsfall er innsatsområde i nasjonal pasientsikkerhetskampanje 2011-2013.

Utviklingen innen rus- og avhengighet: Anabole steroider - nytt område



Styrket kunnskap og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet som følge av bruk av anabole steroider er ett av oppdragene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseregionene i 2013. En omfangsundersøkelse i Norge blant 18-19 åringer viser at 2,6 % har brukt/bruker doping.

Rusbehandling i Midt-Norge – utvikling fra 2004 - 2012

Rusbehandling Midt-Norge har i sin driftsperiode bidratt til utvikling og drift av et mangfoldig tilbud i regionen. Tradisjonelle rusklinikker er videreutviklet til kompetent spesialisttjeneste som samhandler med tjenester i kommunene, psykisk helsevern og regionale spesialtilbud innen TSB. Private aktører er nært inkludert i utvikling og drift.

Målrettet modernisering av behandlingsrelaterte systemer og metoder har foregått ved klinikkene. Et viktig element i dette har vært en tydelig styrking av poliklinisk aktivitet.

Ved sin behandling av sak om «Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet» mai 2012 konstaterer styret for det regionale helseforetaket at det er gjennomført en betydelig opptrapping av kapasitet og kvalitet innen rusbehandling i Helse Midt-Norge i perioden 2004 til 2012.

Forventning om videre utvikling av spesialisert rusbehandling

Nasjonale mål og prioriterte områder for rusbehandling finnes i:

- Helsedirektoratets årlige skriv til fylkesmennene, kommunene, regionale helseforetak og fylkeskommunene
- Styringsdokument fra Helse Midt Norge til helseforetakene
- Nasjonale faglige veiledere for TSB
- Regional styresak Helse Midt-Norge fra mai 2012 (sak 37/12)
- Rusforetakets eget faglige grunnlagsdokument.

Stortingsmelding 30 «Se meg – en helhetlig ruspolitikk» behandles i Stortinget etter at denne rapporten er skrevet, men før styrebehandling. Stortingsmeldingen vil legge premisser for videre utvikling, og helse og omsorgskomiteens behandling av meldingen er kjent.

Rusbehandling skal utvikles som et selvstendig fagfelt innen en helseforetaksstruktur hvor universitetssykehuset bør ha en tydelig rolle. Tjenestene skal holde god kvalitet, høy pasientsikkerhet og lav ventetid, og tjenestene er tilpasset den enkelte brukers behov. Individuelt tilpassede og helhetlige pasientforløp skal være forankret i gode samarbeidsrutiner med kommunene. Kunnskap tilsier fleksibilitet og oppmerksomhet på sårbare overganger ved utskrivning.

Tilbud om rusbehandling til befolkningen skal være likeverdig. Opptrappingen i Midt-Norge er ennå ikke slik at man har et likeverdig lokalt basert tilbud i alle helseforetak, men man har med en kombinasjon av tilgang til lokale tilbud og spesialiserte regionale tilbud, sikret god tilgang til et differensiert tilbud i hele regionen.

Utvikling av lokalt basert tilbud i hvert foretaksområde er en del av denne utviklingen. Slike tilbud skal bestå av rusakutt og avrusning, poliklinikk med ambulant virksomhet og organisert dagtilbud, som sammen med tradisjonell poliklinisk behandling og tilgang på døgnplasser for forsterket

oppfølging, kan gi forsvarlig behandling på hjemsted. Sammen med de mer spesialiserte kliniske funksjonene innen TSB skal dette gi tilstrekkelig robust tjeneste til en ofte sårbar pasientgruppe. Det er fortsatt nødvendig med betydelig opptrapping for å nå det beregnede behov i Midt Norge. Forskning, systematisert erfaring og brukerundersøkelser skal gi kunnskapsgrunnlag som bidrar til høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering.

I årets styringsdokument løftes frem ivaretagelse av sosialfaglige aspekter innen TSB og sikring av tiltak med rusfrihet som mål. Signalene tilsier at samtidig med utvikling av polikliniske tjenester nært der pasienten bor, samtidig med redusert bruk av innleggelser i pasientbehandlingen, skal en også ivareta ruspasienter med sammensatte behov på ulike livsområder gjennom bruk av tilstrekkelig kompetanse, intensitet og varighet av behandlingsinnsatsen.

Ny stortingsmelding for rusfeltet og prosjektoppdraget fra Helse Midt Norge, ønsker fokus på befolkningens økende alkoholkonsum. Videre utvikling av rusfaget må inneholde systemer for å fange opp underliggende rusproblemer i somatiske avdelinger og metoder for innsats i tidlige problemfaser.

Anbefaling

- Videre opptrapping forventes styrket gjennom en tydelig universitetssykehusfunksjon hvor forskning, pasientforløpsutvikling og metodeutvikling er sentrale oppgaver. Kompetansesenter for rusfaget anbefales også knyttet til universitetssykehusfunksjonen
- Likeverdig tilbud skal skapes gjennom en kombinasjon av lokale tilbud i hvert helseforetak område supplert med lik tilgang til regionale spesialiserte tilbud.

3. Formelle prosesser



Forprosjektgruppas mandat har blant annet vært å sørge for at alle formelle prosesser som må ivaretas er beskrevet. Gruppen har kartlagt de aktuelle formelle prosessene, og disse er beskrevet i kapittel 3.

3.1. Formelle prosesser

Helseforetaksloven (hfl) § 50

Helseforetaksloven (hfl) § 50 utgjør kjernen i det rettslige grunnlag for omdanning av helseforetak.

En omdanning av Rusbehandling Midt-Norge bør ut fra dette skje ved at det må avtales hvilke deler av virksomheten i Rusbehandling Midt-Norge som skal overføres til hvilket foretak. Deretter kan virksomheten/enhetene i sin helhet overføres etter hfl § 50 i kombinasjon med avvikling av det overdragende foretaket etter reglene i hfl kapittel 12.

Overdragelsen bygger på et kontinuitetsprinsipp. Overføring av forpliktelser har frigjørende virkning for det overdragende helseforetak. Fordringshavere og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at overføringen utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet Hfl § 50 fritar også fra plikten til å betale dokumentavgift, omregistreringsavgift og rettsgebyr.

Helseforetaksloven § 30

En endring i helseforetaksloven § 30 som trådte i kraft 01.01.2013 innebærer at endringer i antall helseforetak i regionen skal forelegges foretaksmøtet (Statsråden). Dette innebærer at beslutningen om oppløsning av Rusbehandling Midt-Norge bør forelegges statsråden på et foretaksmøte i god tid før avviklingen.

Helseforetaksloven §§ 46-48

Reglene om avvikling av helseforetak i kap 12 (§§ 46-48) innebærer at foretaksmøtet fatter vedtak om oppløsning av foretaket og velger avviklingsstyre (dette KAN være de samme personene som i det tidligere styret). Beslutningen om oppløsning meldes Foretaksregisteret, og kreditorvarsel sendes. Etter varslingsfristens utløp kan avviklingsregnskap utarbeides og eiendeler overføres før det avslutningsvis sendes melding til foretaksregisteret om at avviklingen er gjennomført og at foretaket kan slettes.

Orientering til kreditorer og avtaleparter

Det må utarbeides en orientering om omdanningen og ny foretaksstruktur som i første rekke er myntet på foretakets kreditorer og avtaleparter. Dette er et visst omfang på arbeidet med denne utsendelsen, og behov for bistand fra regnskapsavdeling og innkjøpsavdeling.

Formelt varsel og andre meldinger

Formelt varsel om oppløsning skal også kunngjøres fra foretaksregisteret i en elektronisk publikasjon. Videre må de enheter i eksisterende foretak som forvalter/disponerer eiendeler som er registrert i løssøreregister og grunnbok/eiendomsregistre bistå ved innsending av endringsmeldinger.

Rusbehandling Midt-Norge har i liten grad egne avtaler med leverandører eller egne avtaler knyttet til tjenestekjøp – men benytter regionale og nasjonale innkjøpsavtaler (fra HMN/HINAS). Dette gjør at det ikke er behov for å gå i forhandlinger om hvilket avtaleverk som skal gjelde når virksomheten fordeles på Helse Møre og Romsdal, St.Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag.

Rusbehandling Midt-Norge har enkelte (service)avtaler knyttet til bygninger så som Vestmo behandlingssenter, og disse bør selvsagt følge bygningen.

Anbefaling

- Ivaretagelse av de formelle forhold sikres gjennom at person(er) med relevant kompetanse bidrar inn i arbeidet med fusjon.

3.2. Fordeling av funksjoner og verdier

Når aktiviteten og verdiene i Rusbehandling Midt-Norge skal fordeles på tre foretak må det avklares hvilke verdier og funksjoner som skal fordeles og hvordan disse skal fordeles. Det er nærliggende å foreslå at alle helseforetak overtar driftsansvar og eierskap til de funksjoner som er lokalisert i deres opptaksområde, og at disse overtar eierskap til eiendommer, anleggsmidler og finansielle verdier/forpliktelser knyttet til disse enhetene. Eiendeler og forpliktelser knyttet til hovedkontoret kan overføres Helse Midt-Norge.

En fordeling ut fra beliggenhet vil imidlertid gi en fordeling av verdier mellom helseforetakene som ikke nødvendigvis er rimelig regionen sett under ett. Prosjektgruppen har likevel etter en totalvurdering kommet frem til at når langsiktige lån følger bygningene vil forskjellene i nettoverdi (samlet nettoverdi anslått til 65 mnok) som tilføres helseforetakene være akseptabel. Det er da lagt vekt på at begge eiendommene til Rusbehandling Midt-Norge HF ble overtatt som innskudd i forbindelse med Rusreformen i 2004, og at det må anses som urimelig dersom disse verdiene nå skal omfordeles

Finansielle anleggsmidler – i hovedsak egenkapitalinnskudd i KLP - må fordeles, og ansvar for oppfølging av oppsatte medlemmer av pensjonsordningen avklares. Arbeidet med fordeling av Rusbehandling Midt-Norges plikter (og rettigheter) knyttet til pensjon videreføres av Helse Midt-Norge RHF med bistand fra KLP og Rusbehandling Midt-Norge HF. Øvrige kortsiktige fordringer så som feriepenger, uavklarte fordringer mv må avklares i avviklingsperioden før Helse Midt-Norge RHF fordeler verdiene mellom mottakende HF.

Anbefaling

- Helseforetak overtar driftsansvar og eierskap til de funksjoner/avdelinger som er lokalisert i deres geografiske opptaksområde
- Overtakende helseforetak overtar eiendommer som var mottatt som innskudd i forbindelse med rusformen i 2004, øvrige eiendeler fordeles forholdsmessig

3.3. Arkiv og arkivlov

I henhold til arkivloven skal arkivet til foretaket (NB! Ikke journaler – men postarkiv) avsluttes når virksomheten overføres, og innholdet overføres riksarkivet. Dette innebærer at alle åpne saker må kompletteres og avsluttes.

En del praktiske rutiner må etableres knyttet til at forespørsler ikke skal gå tapt i forbindelse med integreringen. Nye dokumentmaler, svarrutiner etc må etableres, hvis man ikke uten videre kan benytte maler i mottakende organisasjoner.

Anbefaling

- Det opprettes egen arbeidsgruppe som skal arbeide med avlevering av saksarkiv.

3.4. Ansatte

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i styresak 83/2012 at prinsipper om virksomhetsoverdragelse skal legges til grunn for prosessen. Det innebærer at Arbeidsmiljøloven kapittel 16:

"Arbeidstakernes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse" gjelder. Dette gir alle ansatte rett til å videreføre sitt arbeidsforhold med samme personlige betingelser – og som hovedregel med samme stillingsinnhold. Retten til å videreføre arbeidsforholdet gjelder også de som p.t. er i permisjon, er suspendert, er permittert, i streik, er midlertidig omplassert, etc. Videre stiller Arbeidsmiljøloven krav til informasjon og medvirkning fra ansatte, både hos avgivende og mottakende organisasjon.

Kravene til prosess og innhold er ytterligere presisert i Helse Midt-Norge sine interne retningslinjer (se felles Personalweb - omstilling).

Prinsippet som legges til grunn er at enhetene overføres slik de er ved overføringstidspunkt. For ansatte i ledende stillinger i sentraladministrasjonen må det finnes annen relevant stilling ettersom stillingsinnhold og ansvarsområder endres som en nødvendig konsekvens av omdanningen.

Ansattes rettigheter i forbindelse med Arbeidsmiljøloven kapittel 16: "Arbeidstakernes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse" innebærer formelt sett at:

- Drøftinger må gjennomføres med ansattes organisasjoner før beslutning om oppløsning/omdanning fattes. Videre skal ansattes organisasjoner holdes orientert om arbeidet med omdanningen i etterkant av beslutningen. Erfaring viser at jevnlig gjennomgang med ansattes organisasjoner med hensyn til informasjon til ansatte, fremdrift i prosessen etc er nyttig.
- Det sendes varsel til ansatte om omdanningen senest to uker før omdanningen hvor ansatte gis rett til å reservere seg mot overføringen. En reservasjon innebærer i dette tilfellet i realiteten at man sier opp sin stilling siden avgivende helseforetak avvikler virksomheten og har rett til å avslutte arbeidsforholdet.
- Mottakende organisasjon viderefører tariffavtaler.
- Ansatte har krav på å få videreført sin stilling og arbeidsforhold. Dette innebærer at de rettigheter og plikter som følger av den ansettelsesavtale de ansatte p.t. har, vil gjelde uavkortet i nytt ansettelsesforhold; stillingsinnhold, omfang, arbeidstid og lønns- og arbeidsvilkår. Grensene for helseforetak mht justering av momenter i ansettelsesforholdet blir styringsretten. For ansatte ute i enhetene/avdelingene er det ikke grunn til å gjøre endringer, men ledere i enhetene/avdelingene kan få noe endrede fullmakter og krav til rapportering når man eventuelt innplasseres i ny lederstruktur.

- For ansatte hvor arbeidsinnholdet ikke kan videreføres i ny struktur – hovedadministrasjonen – skal det legges vekt på å finne en annen relevant stilling. Praksis innebærer at disse personene også i hovedsak beholder personlige betingelser.

Anbefaling

- Den er etablert en HR-gruppe bestående av representanter fra helseforetakene og Rusbehandling Midt-Norge. Prosjektgruppen anbefaler at de fortsetter sitt planlagt arbeid.
- Arbeidet koordineres av det regionale helseforetaket. Gruppa skal bidra med støtte og koordinering av prosessene både i avgivende og mottagende organisasjoner.

3.5. Brukerutvalg for RMN

Rusbehandling Midt-Norge har hatt meget god nytte av et eget brukerutvalg. Utvalget består av tidligere rusavhengige samt pårørende til rusavhengige. Sammensetningen er gjort etter kriteria hvor type ruserfaring (alkohol og narkotika), type behandlingserfaring, alder, kjønn og geografisk tilknytting er vurdert.

Mottakende helseforetak har egne brukerutvalg hvor den type brukererfaring rusforetaket sitt brukerutvalg besitter ikke er representert. Sammensetning og oppnevning til brukerutvalget skjer via pasient- og brukerorganisasjonene.

En er kjent med at det regionale brukerutvalget ønsker at de mottakende helseforetak sine brukerutvalg blir utvidet med representant(er) med tidligere ruserfaring og pårørende erfaring.

Anbefaling

- Prosjektgruppen støtter ønsket om at brukerutvalgene blir utvidet med representant(er) med tidligere ruserfaring og pårørende erfaring, og ber om at dette hensyntas i neste runde med nominering og utvelgelse til helseforetakene sine brukerutvalg.
- Prosjektgruppen anbefaler også at mottakende helseforetak etter forprosjektet inviterer brukerrepresentanter inn i sitt planleggingsarbeid med hvordan de vil utvikle rusfeltet i sitt foretaksområde.

3.6. Avtaler med private, ideelle institusjoner

Helse Midt-Norge har driftsavtaler med fire private ideelle aktører for i overkant av 162 MNOK pr år (2013 kr). Rusbehandling Midt-Norge er tillagt forvaltnings- og oppfølgingsansvaret for avtalene.

Oversikt over avtalene:

Avtalepart	Type avtale	Avtaleperiode	Opsjonsperiode	Frist for avrop på opsjon	Kontraktsverdi pr år / 2013 i 1000 kr	Kommentarer
Lade Behandlings - senter BA	Driftsavtale	01.07.2010 - 31.12.2016	Utløst i 2012		Kr. 103 735	58 plasser + 8000 pol. konsultasjoner
NKS Kvamsgrind-kollektivet	Driftsavtale	01.07.2010 - 31.12.2013	1.1.2014 - 31.12.2016	Ingen	Kr. 23 139	22 plasser + 1000 pol. konsultasjoner
Tyrili-stiftelsen	Driftsavtale	01.07.2009 - 30.06.2014	Utløst i 2012		Kr. 29 758	30 plasser
Valdres-klinikken	Rammeavtale	01.07.2010 - 30.06.2014	Utløst i 2012		Kr. 3 895 *	Inntil 5 plasser

* Tilsvarende 5 plasser

Stortingsmelding 30, «Se meg – en helhetlig ruspolitikk» understreker de regionale helseforetakene sitt ansvar for å gi private ideelle aktører langsiktige og forutsigbare rammer for sin virksomhet.

Helse Sør Øst har som konsekvens av dette gjennomført en anskaffelse på rusfeltet med løpende avtaler og to års gjensidig oppsigelsesfrist. Anskaffelse for å opprettholde tilbudet som Tyrilistiftelsen og Valdresklinikken gir må påbegynnes etter påske 2013. Prosessen styres av Helse Midt-Norge.

Opsjon på forlengelse av avtale med NKS Kvamsgrind kollektivet må utøves i løpet av 1. halvår 2013. Prosessen styres av Rusbehandling Midt-Norge og besluttes av Helse Midt-Norge.

Anskaffelse for å opprettholde tilbudet som Lade Behandlingssenter Blå Kors gir må påbegynnes andre kvartal 2015.

Forvaltning av avtalene er nærmere beskrevet i kapittel 4.7.

Anbefaling

- Det vil fortsatt være Helse Midt-Norge som er avtalepart med de private. Den praktiske oppfølgingen bør legges nært en operativ enhet. Prosjektgruppen anbefaler at forvaltning av avtaleporteføljen med de private ideelle organisasjonene legges til en koordinerende funksjon knyttet til St Olavs Hospital (se nærmere beskrivelse av en regional koordinerende funksjon i kap.4.6).
- Rusbehandling Midt-Norge har i dag styreobservatørstatus i styrene til Lade Behandlingssenter og Kvamsgrindkollektivet. Ordningen bør videreføres, og legges til den samme koordinerende funksjon ved St.Olavs Hospital.

3.7. Samarbeidsavtaler med kommunene

Samarbeidsavtalen pkt 7 omhandler plikten til å orientere hverandre ved endringer i blant annet organisering. Det må sørges for varsel ved fusjon.

Ved fusjon må avtalene Rusbehandling Midt-Norge har inngått sies opp. TSB vil etter fusjon automatisk inngå i avtalene det enkelte helseforetak har med de respektive kommunene.

Etter fusjon – revidering av tjenesteavtalene

Forprosjektet mener det er viktig at helseforetakene har spesielt fokus på TSB som fagområde ved første revisjon av avtalene etter fusjon. Det vil si å ha et spesielt blikk for om det er noe fra de tidligere avtalene mellom kommunene og Rusbehandling Midt-Norge som anbefales tatt inn under revidering av avtalene.

Når det gjelder administrativt samarbeidsutvalg (ASU/OSU), så reguleres partssammensetningen i Samarbeidsavtalen pkt. 6.2.2. Det bør gjøres en vurdering om ASU innehar tilstrekkelig TSB-kompetanse, og om det bør gjøres en tilpasning i forhold til sammensetningen av utvalget.



Anbefaling

- Etter at fusjon er gjennomført, anbefales helseforetakene å vurdere om det bør tas inn spesielle element i forhold til rusfaget ved revisjon av de lovpålagte avtalene med kommunene.
- Prosjektgruppen anbefaler leder av ASU å sørge for en vurdering om ASU innehar tilstrekkelig TSB-kompetanse, og om det bør gjøres en tilpasning i forhold til sammensetningen av utvalget.

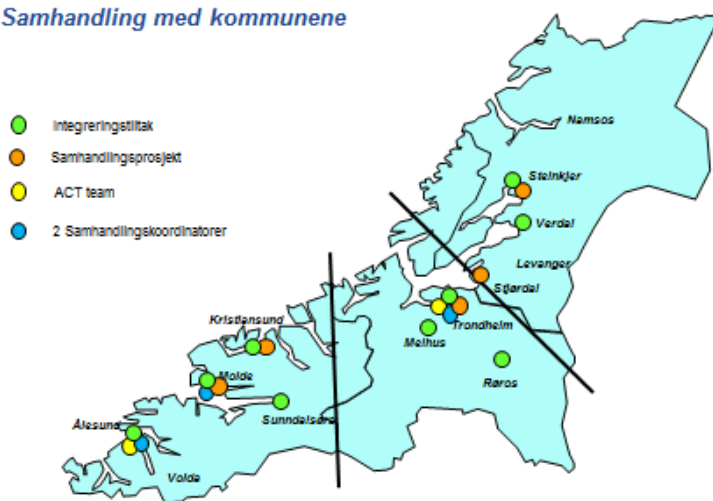
3.8. Avtaler med kommunene om integreringstiltak

Det er i dag drift av tiltak i ulike kommuner. Rusbehandling Midt-Norge bidrar med 4,2 mill kroner til denne driften, varierende fra 330 000 til 870 000 kroner pr tiltak pr år.

Videre bidrar Rusbehandling Midt-Norge med:

- driftsstøtte til 2 (3) ACT-team, Ålesund, Melhus og (Kristiansund), totalt 1,9 mill kr/år.
- prosjekttiltak i tre kommuner – Trondheim, Molde og Kristiansund, totalt 1,3 mill kr/år .
- prosjekttiltak i to frivillige organisasjoner-Røde Kors og NKS/Stjørdal, totalt 540 000 kr/år.

Samhandling med kommunene



For nærmere beskrivelse av tiltakene og deres faglige betydning, se kap. 4.8

Anbefaling

- Mottakende helseforetak viderefører inngåtte avtaler og felles forpliktende samarbeidsprosjekter mellom mottakende helseforetak og kommuner.
- Prosjektgruppen anbefaler at målet om integreringstiltak i minimum ti av de største kommunene i regionen videreføres etter integreringen. Dette er i samsvar med føringer i styresak 37/12, Helse Midt-Norge.

4. Bevaringsområder og viktige forutsetninger

En av forprosjektgruppens oppgaver har vært å kartlegge hvilke rammebetingelser som må være på plass for å få en vellykket overgang til en ny organisasjonsform. De aktuelle rammebetingelsene som prosjektgruppa har diskutert er beskrevet her i kapittel 4.

4.1. Funksjonsfordeling og pasientforløp i regionen

Rusbehandling Midt-Norge har utviklet en utstrakt funksjonsfordeling og en effektiv utnyttelse av helseforetakenes totale kapasitet ved at vurderingsinstansene har tilgang til både de lokalbaserte og de regionale spesialfunksjonene uavhengig av geografi. Målsettingen er rett pasient i rett tilbud til rett tid, uavhengig av hvem som eier tiltaket.

Dette er et viktig bevaringsområde ut fra pasienthensyn og økonomiske hensyn. Slik funksjonsfordeling bør også kunne utvikles i øvrig spesialisthelsetjeneste.



Døgntilbudet består i dag av 218 senger fordelt på tre egne klinikker, fire driftsavtaler og samarbeid med Helse Nord-Trøndelag. 59 av sengene befinner seg i Møre og Romsdal, seks i Nord-Trøndelag, fem i Valdres (privat aktør) og 145 i Sør-Trøndelag. Poliklinikk er knyttet til døgnavdelingene.

116 av disse sengene er definert som regionale spesialposter, resten er lokalbaserte tilbud. Funksjonsfordelingen omfatter både de regionale tilbudene og i noe mindre grad også deler av de lokale tilbudene.

En del pasienter etterspør behandling i geografisk avstand fra sitt nærområde av flere adekvate årsaker.

De regionale spesialfunksjonene omfatter tvang, gravide og småbarnsforeldre, omfattende utredning av ungdom, og personer med omfattende behandlings- og rehabiliteringsbehov samt LAR behandling.

Lokalbaserte tilbud omfatter poliklinikk, dagbehandling, avrusning, utredning, korttids klinikkbehandling. Det er en samhandlingsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Midt-Norge, der det fremgår at Helse Nord-Trøndelag skal sikre et forsvarlig rusakutt-tilbud for TSB.

Antall døgnplasser i regionen etter type behandling:

Opptaks-område	Klinikk	Lokalbaserte tilbud			Regionale funksjoner	
		Utredning og behandling	Rusakutt ¹	Avrusning ²	Familie	Omfattende rehabilitering
Møre og Romsdal	Vestmo BS	27	3	14		
	Molde BS					18
Sør-Trøndelag	Trondheimskl					34
	Lade BS	34	5	13	7	
	Kvamsgrind					22
	Tyrilistiftelsen					30
Nord-Trøndelag	ARP HNT	6		*		
Annet	Valdresklinikken					5
SUM	218 fordelt med	67	8	27	7	109

*ARP, HNT har tilgang på en avrusningsplass ved Psykiatrisk klinikk

Antall behandlinger; liggedøgn, pasienter og innleggelser, tall fra 2011:

2011	Liggedøgn	Herav hos private tiltak	Liggedøgn annet HF-omr	Antall innleggelser	Antall pasienter	%-andel annet HF-omr
Møre og Romsdal	32058	12824	18039	868	500	56
Sør-Trøndelag	30827	22685	3754	980	540	12
Nord-Trøndelag	10663	4800	9268	263	166	87
SUM	73548	40309	31061	2111	1206	42

Funksjonsfordeling og pasientforløp for ruspasienter i Midt-Norge (dagens modell)

Henvising går til i dag til 10 vurderingsinstanser i regionen, fordelt på 2 klinikker og 8 poliklinikker/rusteam. Rett til utredning eller behandling vurderes innen 10/30 dager, til angitt behandlingsnivå og navngitt behandlingssted og med angitt frist. Vurdering sendes inntaksteam ved aktuelt behandlingssted, evt pasient startes i behandling på vurderingssted.

En koordinerende funksjon er plassert i stab til Rusbehandling Midt-Norge (Stjørdal). Denne har ansvar for å håndtere gjesteplasser i andre regioner, kompliserte tvangsplasseringer, endring av pasientforløp (skifte av behandlingsplass). Private og offentlig eide klinikker samhandler i felles foretak, og det er stor fleksibilitet mellom tilbudene.

¹ Rusakutt er en lokal funksjon, men ennå ikke tilstrekkelig utbygd

² Avrusning er en lokal funksjon, men ennå ikke tilstrekkelig utbygd

Hva ønskes videreført for å ivareta det som er bygget opp?

Robuste forløp for pasienter med omfattende rusavhengighet bygger på

- Koordinerte og sømløse forløp, med fokus på langsiktighet
- Behandlingsinnsats over tid fra ulike aktører, poliklinikk og døgn, offentlige og private som er koblet i nært faglig samarbeid.

Dette fordrer tilgang på tilpasset behandling innenfor differensierte tiltak i regionen

- Som utgangspunkt ved vurdering og valg av behandlingsinnsats
- Som endringsmulighet underveis i pasientforløp

Mangfold og differensiering er forankret i:

- Pasienter som trenger regionale tilbud – familie og omfattende rehabilitering
- Pasienter med spesielle behov relatert til metodikk og fungering i behandling
- Pasienter som under behandling behøver avstand til uheldig miljø på hjemsted.
- Spesialiserte faglige tilnærminger (regionale tilbud) som lett vil svekkes dersom etablerte modeller og fagmiljøer desentraliseres og pasienttilgang reduseres.

Effektivitet gjennom funksjonsdeling og samarbeid om funksjoner:

- Avrusning og rusakutt
- Gravide- og småbarnsforeldre
- Omfattende rehabiliteringsbehov
- Plassering på tvang

Målfokuset samarbeid med kommunene

- Tradisjon for lett tilgjengelighet og tett samhandling kommune – spes.tjeneste
- Fleksibel behandlingsinnsats i gråsonene mellom spesialisthelsetjeneste og kommune
- Oppfølging etter utskrivning og etablering
- Samarbeid om integreringstiltak i kommunene
- Samstemt oppfølging ved klinikk på hjemsted/etableringssted

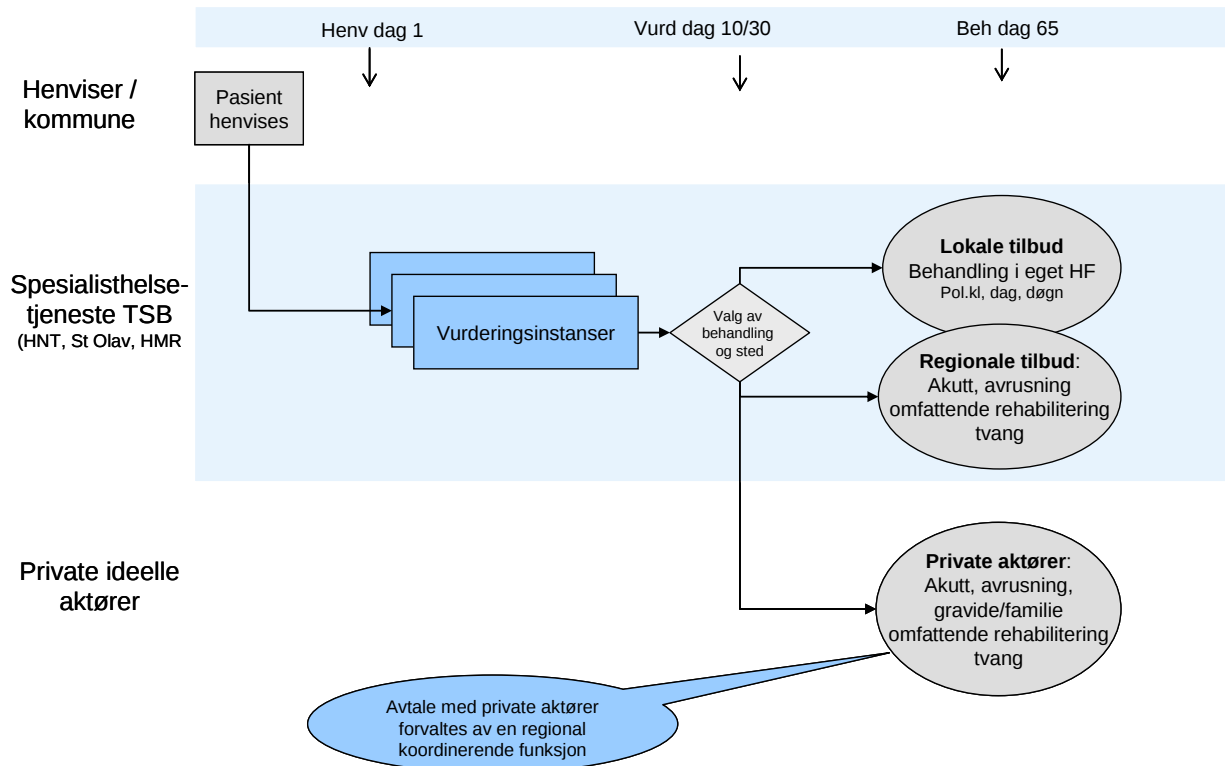
Disse elementene skal ivareta kontinuitet i forløpene og relasjon med pasienten. Pasienten er samtidig betydningsfull aktør i egen prosess. Dette er forankret i organisering av behandlingen og den kultur den foregår i, og er noe av det rusforetaket har lyktes med.

Viktige forutsetninger for å ivareta det som ønskes videreført

- TSB som eget fagområde i helseforetakene
- Avtalegrunnlag som sikrer tilgjengelighet
- Nøytral finansieringsordning som understøtter ønskede mål
- Fagnettverk på tvers i regionen
- Ledelsesforankring høyt i det enkelte helseforetak

Forprosjektet har vurdert flere modeller for å ivareta fleksibel og lik tilgjengelighet til et differensiert behandlingstilbud i regionen. Dette inkluderer både offentlige og private.

Private avtaleparter og regionale tilbud bør logisk følges opp av en regional koordinerende funksjon, mens tilgangen til disse plassene bør være i direkte linje fra vurderingsinstans. Slik fungerer pasientstrømmen i dag.



De fleste henvisninger vil gå "normal" vei via vurderingsinstans i opptaksområde. Noen pasienter vil ha særskilt behov og trenger et regionalt tilbud. Med særskilte behov menes:

- Behandling for gravide og småbarnsforeldre / familie
- Plassering etter bestemmelse om tvang (Helse- og oms tj lovens §§ 10-2 og 10-3)
- Omfattende rehabiliteringsbehov ved spesialisert klinikk

Regionale tilbud finnes både ved private og ved offentlige helseinstitusjoner.

- Avdeling for gravide og småbarnsforeldre (AGS) ved Lade BS
- Tvangsplasser ved Lade BS, Vestmo BS og ungdomsavdeling Trondheimsklinikken
- Omfattende og spesialisert rehabilitering ved Molde BS, Kvamsgrind og Tyrlil

Anbefaling

- Det bør fortsatt være en funksjonsfordeling i regionen, der ruspasienter gis fleksibel tilgang til de ulike behandlingsplassene vurdert etter sitt behov for behandling.
- Den skisserte modellen har vurderingsinstans i hvert helseforetak, en likestilt tilgang til offentlige og private plasser, og en regional koordinerende funksjon. Den henter elementer fra fagområdet somatisk rehabilitering som det er gode erfaringer med, og viderefører langt på vei en hensiktsmessig funksjonsfordeling som rusbehandlingen i Midt-Norge har i dag.

4.2. Finansieringssystem

Den delen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som ble overført av fylkeskommunene har siden Helse Midt-Norge fikk ansvaret gjennom rusreformen i 2004 vært organisert i eget foretak og særfinansiert. Det innebærer at foretaket blir tildelt en ramme for finansiering av TSB. TSB har i hele perioden vært et satsingsområde og årlig ramme har steget fra 134 mill i 2004 til 413 mill i 2013.

Prosjektgruppen har vurdert to alternative modeller for finansiering av TSB-området etter integrering i helseforetakene:

- Regionen viderefører særfinansieringen av TSB.
- Fordele rammen til rusbehandling mellom foretakene ut fra behovet for TSB i befolkningen i de tre foretakene på samme måte som det gjøres innen somatikk og psykiatri.

Videre særfinansiering av TSB

Videre særfinansiering av TSB kan gjøres ved at regionen fordeler dagens ulike behandlingstilbud mellom helseforetakene etter geografisk beliggenhet og særfinansierer driften av disse. Regionen vil da sikre videreføring av dagens behandlingstilbud og struktur uten at helseforetakene får økonomiske utfordringer som følge av integreringen. Det vil også kunne redusere usikkerhet for de ansatte innenfor Rusbehandling Midt-Norge. Behandlingsplasser innenfor TSB i regionen er imidlertid ulikt fordelt mellom opptaksområdene til de tre helseforetakene. For å sikre egne pasienter tilgang på TSB-tjenester utenfor eget helseforetak må det legges til grunn at dagens praksis med tilgang til hele regionens døgncapasitet opprettholdes.

Dersom regionen velger å videreføre særfinansieringen av TSB aktiviteten vil det regionale helseforetaket fortsatt ha styring på hvor mye ressurser de ulike helseforetak skal bruke på TSB. En slik fordeling av ressurser og behandlingsplasser med tilhørende særfinansiering vil understøtte dagens forbruksmønster og struktur av behandlingstilbudet.

Videre særfinansiering etter integrering i helseforetakene kan virke hemmende på den videre utviklingen av TSB-området innenfor helseforetakene. Det vil heller ikke understøtte målet om et behovsbasert og likeverdig pasienttilbud i hele regionen.

Behovsbasert fordeling av ramme TSB

I Helse Midt-Norge ble Magnussen-modellen tatt i bruk første gang i inntektsfordelingen for 2012. Rusbehandling, ambulansetjenester og pasienttransport er så langt holdt utenfor modellen og er særfinansiert. Magnussen-modellen fordeler basisrammer til helseforetakene etter følgende prinsipper:

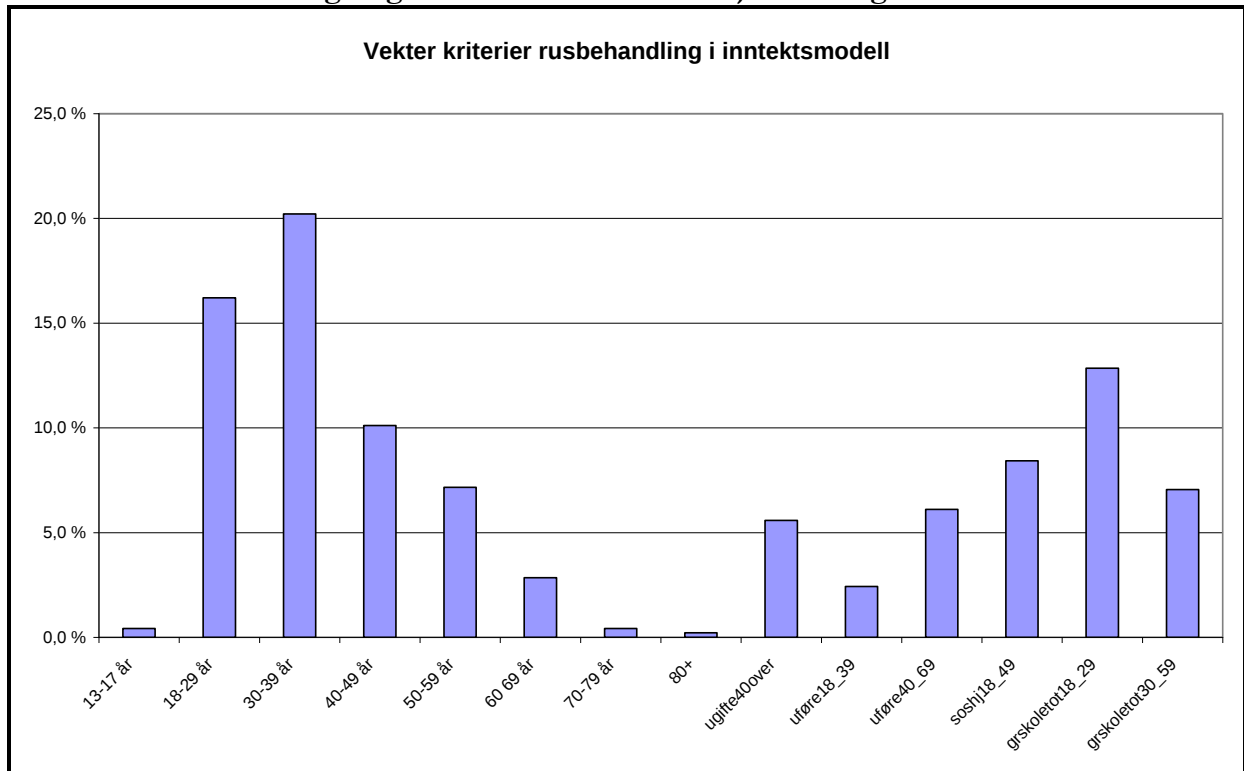
- Rammene skal reflektere behovet for spesialisthelsetjenester i bostedsområdet til helseforetakene representert ved behovsindekser.
- Det skal i fordelingen tas hensyn til at helseforetakene har ulike kostnadsulemper uttrykt gjennom kostnadsindekser.
- Det skal foretas en rammejustering for interne pasientstrømmer mellom helseforetakene i regionen.
- Kjøp av tjenester fra private tilbydere skal trekkes fra rammene til helseforetakene i tråd med planlagt kjøp i bostedsområdene.
- Særfinansiering skal være minst mulig.

I forbindelse med Magnussen-utvalgets arbeid ble det gjort nye, grundige behovs-analyser som resulterte i et sett behovsnøkler for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Basert på behovsnøkler beregnes behovsindekser for somatikk, psykisk helsevern og TSB. De tre delindeksene vektes sammen til en samlet behovsindeks for behandling.

Behovsnøkkelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tidligere ble TSB i det nasjonale inntektssystemet fordelt etter nøklene for psykisk helsevern. Magnussen-utvalgets behovsanalyser er de første som er gjort for TSB, og analysene er basert på samme metodikk og samme type data (pasienttellingsdata) som for psykisk helsevern. Resultatene ga ulike vektsett både når det gjelder merforbruk for aldergruppene og vektleggingen av sosiale kriterier for TSB og psykisk helsevern

Vekter kriterier for beregning behov for TSB i den nasjonale Magnussen modellen:



Behovsandeler TSB i Helse Midt-Norge

Behovsvurderingen i Magnussenmodellen for Helse Midt-Norge er beregnet til 92 % av landsgjennomsnittet. Samdatatall fra 2011 viser at HMN bruker ca 82 % av resursene sett opp mot landsgjennomsnittet. Gapet mellom 82 % og 92 % er beregnet til ca 50 MNOK.

Alle de regionale helseforetakene trapper opp innsatsen på rusbehandling. Det indikerer at dagens gjennomsnittsnivå i Norge ikke tilfredsstiller befolkningens behov.

	Beregnet behovsandel i HMN	Befolkning	Andel befolkn	Behovsindeks TSB
Helse Møre og Romsdal	0,35851	256 628	0,36605	0,97940
St Olavs	0,44779	295 943	0,43774	1,02297
Helse Nord-Trøndelag	0,19370	135 397	0,19621	0,98719
Sum	1,00000	687 968	1,00000	1,00000

Behovsandel TSB for hvert helseforetaks beregnes ut fra befolkningens andel av hvert kriterie. Behovsindeks TSB fremkommer ved å dele behovsandel på andel befolkning. Behovsindeksene viser at befolkningen i Sør-Trøndelag gjennomsnittlig har et høyere behov for TSB-behandling

enn befolkningen i Nord-Trøndelag som igjen har et høyere behov enn befolkningen i Møre og Romsdal.

Samlet forbruk og behovsandel TSB pr HF 2011

Totalt forbruk av TSB-tjenester til befolkningen i de tre helseforetakene i 2011 er fremstilt i tabellen under. For å lage et samlemål på TSB aktiviteten kan antall utskrivinger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner vektes sammen. Vektingen er gjort ut fra gjennomsnittlig ressursbruk for opphold, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner. Et oppholdsdøgn tilsvarer 1,18 konsultasjon. Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn pr utskriving er 37 dager. Antall oppholdsdøgn og utskrivinger vektes like mye (en utskriving: $37 \times 1,18 \times 0,5 = 21,8$ og en poliklinisk konsultasjon : $1,18 \times 0,5 = 0,59$) .

	Vekt i samlemål aktivitet TSB	Møre og Romsdal	Sør-Trøndelag	Nord-Trøndelag	Sum
Antall utskrivinger	21,86	776	776	239	1 791
Antall oppholdsdøgn	0,59	34 841	31 841	11 670	78 352
Polikliniske konsultasjoner	1	5 156	8 529	5 752	19 437
Samlemål TSB-aktivitet		42 676	44 279	17 862	104 816
Andel av totalt forbruk TSB-aktivitet		0,4071	0,4224	0,1704	1,0000
Behovs-andel rus		0,3585	0,4478	0,1937	1,0000

Ut fra samlemålet på TSB-aktivitet utgjør forbruket til befolkningen i Møre og Romsdal 40,7 % av totalt forbruk i regionen. Det er 5 % høyere enn befolkningens behovsandel TSB. Forbruket til befolkningen i Nord- og Sør-Trøndelag utgjør henholdsvis 17 % og 42 % som begge er lavere enn deres behovsandel TSB. Tallene indikerer en skjevhet i forbruket av TSB-tjenester målt i forhold til beregnet behov for TSB-tjenester. Det er likevel uklart om Helse Møre og Romsdal har et overforbruk, da regionen som helhet ligger under beregnet behovsnivå.

Behovsbasert fordeling av rammer TSB

En behovsbasert fordeling av rammen til TSB mellom helseforetakene med fratrekk for bruk av private og korreksjon for interne pasientstrømmer vil ha fordelingsmessige konsekvenser mellom helseforetakene. Helse Midt-Norge kan imidlertid styre hvilke effekter en ønsker ved å bruke kompensierende tiltak i den årlige inntektsfordelingen. Slike tiltak kan være å innfase finansieringsordningen gradvis over flere år og /eller opprette særtilskudd til helseforetak som får økt sine utfordringer som følge av ny ordning.



Prosjektgruppas vurdering

Helse Midt-Norge er tydelige på at man ønsker et finansieringssystem som er nøytralt i forhold til å ivareta dagens funksjonsfordeling og tilbud. En ønsker også et finansieringssystem som ikke skaper uønskede fordelingseffekter.

En behovsbasert finansieringsmodell vil lettere understøtte helseforetakene sin selvstendige ivaretagelse av TSB. Men en behovsbasert finansieringsmodell kan også skape økonomiske utfordringer for foretakene i fusjonsprosessen.

En ulempe med særfinansiering er at det ikke understøtter målet om et behovsbasert og likeverdig pasienttilbud i hele regionen. Prosjektgruppen mener likevel at ulempene ved særfinansiering kan håndteres i en overgangsperiode.

Med særfinansiering vil Helse Midt-Norge ha en sterkere styring i forhold til videre opptrappingen etter 2014 som ligger i Helse Midt-Norge sin styresak 37/12.

Utdrag fra protokoll fra styresak 37/12:

- Økning i befolkningens rusbruk krever fortsatt målrettede tiltak i henhold til gjeldende opptrappingsplan i langtidsbudsjett frem til 2014.
- Styret legger til grunn at administrerende direktør kommer tilbake til en eventuell videre opptrapping etter 2014 i forbindelse med Langtidsplan og langtidsbudsjett 2013-2018.

Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler å fortsette med særfinansiering til hovedelementene i styresak 37/12 er gjennomført.
- Parallelt utredes overgang til en behovsbasert finansieringsmodell. Mulig kommunal medfinansiering vil kunne påvirke tidspunkt for en slik overgang.

4.3. Vurderingsarbeid TSB

Sentrale føringer

Vurdering av henvisning til TSB er gitt klare føringer gjennom prioriteringsveileder fra Helsedirektoratet (IS-2043/2012):

«Vurderingsenheter innen TSB skal være tverrfaglig sammensatt slik at sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig kompetanse er ivarettatt i vurderingen av henvisninger. Vurderingsteamene har ansvar for å vurdere pasienter med hensyn til all behandling som tilbys innen TSB.»

Vurderingsfrist er seinest 10 virkedager for pasienter mellom 16-22 år, og 30 virkedager for pasienter som har fylt 23 år eller eldre. Forslag til endring i pasient- og brukerrettighetsloven er til høring, og her foreslås vurderingsfrist endret til 10 dager for alle. Om forslaget vedtas er dette en betydelig premissendring.

Antall henvisninger

Tabell nedenfor viser utvikling og fordeling av antall henvisninger i perioden 2010 – 2. tert 2012.

Henvisninger	2010	2011	1 tert 2012	2 tert 2012	2012 estimat
Helse Midt-Norge,region totalt	2413	2318	674	668	2013
Rusbehandling Midt-Norge	62,3%	59,9%	57%	57%	57%
Helse Nord-Trøndelag – ARP	8,4%	9,3%	11,6%	10%	11%
St Olavs Hospital – PUT	7,3%	7,6%	10%	10%	10%
Helse Møre og Romsdal, rusteam	21,7%	23%	21,4%	22,6%	22%

(Tall fra NPR-kuben <http://nesstar2.shdir.no/npr/>)

Rett til nødvendig helsehjelp

Målrettet samarbeid med vurderingsinstansene med fokus på harmonisert praksis for Midt Norge med resten av landet, har ført til at vi i dag innvilger rett til helsehjelp for 89 % av henvisningene i vår region. Tilsvarende tall for resten av landet er 81 %.

Det foreligger forslag til lovendring når det gjelder skillet mellom rettighetspasienter og nyttepasienter. Vedtas dette vil det kun være én vurdering, der pasienten vurderes til videre utredning av, og/eller behandling for sin helsetilstand..

- Det er ti vurderingsinstanser i regionen i dag, sju i rusteam/poliklinikk psykisk helsevern og tre institusjoner i Rusbehandling Midt-Norge. Antall årlige vurderinger for hver instans varierer fra 60 - 750.
- Vurdering skal også gjøres for spesialiserte tilbud – familiebehandling, plassering på tvang, omfattende rehabilitering og legemiddelassistert rehabilitering.
- Vurderinger til differensierte tiltak for en kompleks målgruppe skal skje til tilbud med ulik metodikk og innretning, og krever god kjennskap til tilbudene.
- Vurderingsarbeidet gjøres i tverrfaglige team og mange instanser kan gi ulikheter i vurderingsarbeidet. Harmonisering av vurderingsarbeidet har vært ivaretatt av rusforetaket gjennom årlige møter med vurderingsinstansene.

Både fusjonen og evt. endringer i vurderingsfrist utfordrer hva som er en hensiktsmessig, kompetent og effektiv organisering av vurderingsarbeidet.

Framtidig modell for vurderingsarbeid TSB - analyse

Vurdering av henvisninger og tildeling av plass skal sikre pasientene nødvendig og tilrettelagt behandling. Organisering kan ha betydning for vurderingsarbeidets kvalitet og effektivitet.

Momenter som bør ivaretas ved integrering

Vurdering av henvisninger og tildeling av plass skal sikre pasientene nødvendig og tilrettelagt behandling. Organisering kan ha betydning for vurderingsarbeidets kvalitet og effektivitet. Gjennomføring av komplekse vurderinger innen en frist på 10 dager krever organisering som muliggjør effektiv sakshåndtering.

Tilgang på mangfold i tilbudet er sterkt understreket fra brukerutvalget. Pasienters behov for differensierte og spesialiserte tilbud kan ivaretas gjennom nødvendig pasientflyt på tvers og utstrakt funksjonsfordeling i regionen. Dette er gjennom rusforetakets drift utviklet og ivaretatt, og utgjør et sentralt element i robustheten i spesialisert rusbehandling i regionen.

Vurderingsinstansenes kunnskap om tilgjengelige tilbud i et fusjonert fagfelt utfordres ved endret organisering,. Tilsvarende gjelder for fagområdets etablerte praksis med omfattende bruk av forsamtaler og pasientkontakt i vurderingsfasen. Dette understreker behovet for å knytte kompetanse sammen.

En betydelig del av vurderingsarbeidet er lagt til privat aktør. Prinsipielt så bør det skilles mellom bestiller og utfører, og vurderingen bør utføres av det offentlige. Dette innebærer utfasing av vurderingsarbeidet som i dag utføres av private institusjoner. En slik flytting av oppgaver fra private til offentlige må planlegges, og en må sikre at dette gjøres på en hensiktsmessig måte.

De fleste vurderingsinstansene vurderer behandling i døgntilbud en selv ikke administrerer. Integreringsarbeidet må her finne måter å sikre fortsatt lik tilgang på døgnplasser uavhengig av bosted og forhindre at organisering og finansiering reduserer tilgjengelighet.

Ulike måter å organisere vurderingsarbeidet på

Prosjektgruppa har drøftet tre ulike måter å organisere dette arbeidet på:

- Mange lokalbaserte instanser, omtrent som nå men underlagt tre helseforetak
- En vurderingsinstans i hvert helseforetak
- En sentral vurderingsenhet for helseregion Midt Norge.

En sentral vurderingsenhet for helseregion Midt-Norge

Prosjektgruppa mener en løsning med en sentral vurderingsenhet er uhensiktsmessig. Ved å organisere vurderingsarbeidet slik, vil en ikke understøtte hensikten med fusjon. Det er naturlig at hvert foretak vurderer henvisningene fra sitt opptaksområde. Stor saksmengde fra tre helseforetak vil kreve betydelige ressurser og kapasitet for en slik sentral vurderingsenhet dersom kravet om 10 dagers vurderingsfrist skal kunne overholdes. At vurderingsarbeidet overlates til en sentral enhet kan like gjerne hindre noe av samhandlingen som foregår i dag mellom vurderingsinstanser lokalt og behandlingssenheten.

En vurderingsinstans for hvert helseforetak

Fordelen med en vurderingsinstans for hvert helseforetak er at henvisningene og andre henvendelser vil gå til en adresse. Samhandling mellom foretakene, samt samhandling mellom foretak og kommunene kan bli enklere ved at det er en vurderingsinstans å forholde seg til. En slik måte å organisere vurderingsinstansen på, sikrer felles ledelse for vurderingsarbeidet i hvert foretak. Det kan bidra til at det blir enklere å forankre samhandling på tvers i eget helseforetak, og at planlegging av integrerte pasientforløp blir enklere.

En vurderingsinstans for hvert helseforetak kan imidlertid gi noe større avstand til pasientene. Dette avhenger av sykehusets størrelse, samt geografiske forhold. En kan også tenke at et større antall vurderinger gir mer kompetanse. Fra andre regioner erfares at færre instanser gir bedre kontroll på ventelistene. Om en velger en vurderingsinstans for hvert foretak, kan foretaket velge å ha lokale vurderingsinstanser organisert "under" den sentrale vurderingsinstansen.

Flere vurderingsinstanser (tilnærmet som i dag)

Det kan tenkes at det blir mindre effektivt med mange aktører og færre saker på hver. Det kan også være større fare for fragmentert samarbeid og ulik praksis med mange aktører.

På den annen side vil en lokalbasert vurderingsinstans kunne føre til rask vurdering (også før henvisning) når pasienten er kjent. Nærhet mellom pasienten og vurderingsinstansen muliggjør grundigere vurdering på kortere tid gjennom direkte pasientsamtale i forkant av vurdering. En kan også tenke seg at lokalbaserte vurderingsinstanser gir bedre samhandling med øvrig hjelpeapparat når det gjelder planlegging av behandling.

En kan se for seg enklere samhandling på individnivå for de kompliserte tilfellene der flere lokale aktører samhandler (kommune, DPS, ambulante team osv). Ved å ha flere vurderingsinstanser som hver vurderer færre saker, er det mer sannsynlig at en kan klare en 10 dagers vurderingsfrist. De fleste vurderingsinstanser gir rett til poliklinisk behandling.

Viktige momenter i valg av organisering av vurderingsarbeidet:

- Organisering som kan effektivisere vurderingsarbeidet, jfr nye krav til frister for prosessen
- Organisering hvor en fortsatt kan ivareta nødvendig harmonisering av vurderingsarbeidet
- Knytte sammen fagmiljøer i sitt opptaksområde, gjennom bedret teknologi
- Nødvendig pasientkontakt bør vurderes og etterstrebes i vurderingsarbeidet
- Vurderingsinstansene i dag har lang erfaring med arbeidet, og god kunnskap om kommunale tilbud.

Anbefaling

- Prosjektgruppa anser en løsning med en vurderingsinstans for hvert foretak som hensiktsmessig, og anbefaler en slik løsning. Det gir en adresse, et sted å henvende seg og sikrer felles ledelse av denne jobben. Hvert enkelt helseforetak kan velge å utføre arbeidet fra flere lokalisasjoner om dette er hensiktsmessig.

4.4. Koordinerende funksjon i regionen

Rusbehandling Midt Norge HF har i dag en koordinerende enhet. Bakgrunnen for opprettelsen var å ivareta pasientrettighetslovens bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til fornyet vurdering og rett til fritt valg av behandlingsinstitusjon.

Beskrivelse av Rusbehandling Midt Norge sin koordinerende enhet:

Plassering, ansvar og oppgaver

Enheten er plassert i fagavdelingen i administrerende direktørs stab.

Ansvar og hovedoppgaver:

- Koordinere pasientsaker oversendt fra egne klinikker / avtaleklinikker, som går mot fristbrudd, samt fristbruddsaker generelt.
- Bistå i krevende pasientsaker, herunder tvangsplasseringer
- Bistå ved skifte av behandlingsplass underveis i pasientforløp

Koordinerende enhet skal ha oversikt på og følge opp disse områdene:

- Behandlingstilbudet i egen region
- Ventelister og ledig kapasitet
- Holde tett kontakt med klinikkene og se til at behandlingsskapasitet blir utnyttet
- Koordinere saker der pasient ønsker å benytte «Fritt valg av behandlingssted»
- Kjøp og salg av gjesteplasser, herunder saksbehandle Helfosaker
- Oversikt over gjeldende budsjetttramme for gjestepasienter

Samhandling med aktuelle parter i vanskelig plasserbare pasientsaker

I krevende pasientsaker er det behov for drøfting rundt inntak, forsvarlig tilbud og plassering. Dette gjelder særskilt ROP pasienter (rus og psykiatri) og gravide rusmiddelavhengige. Klinikken kan i slike tilfeller ta kontakt med koordinerende enhet hva gjelder kapasitetsutfordringer og behandlingsstedets tilbud opp imot pasientens dokumenterte behov. For gravide gjelder særskilt kontakt med spesialavdeling for gravide og småbarn ved Lade Behandlingssenter.

Koordinerende enhet vurderer omfang og muligheter i saken. Mulige behandlingsplasseringer avklares nærmere gjennom anonym og generell framstilling av saken. Aktuell klinikk tas med i videre drøfting i tett samarbeid med koordinerende enhet. Ved spørsmål rundt behandling i annet helseforetak eller drøfting om flere tjenester samtidig eller etter hverandre, etableres kontakt med aktuelle helseforetak og samarbeidspartnere, for utredning av integrert forløp. Samhandling skjer gjennom fysiske møter, telefon eller videomøter. Aktuelle samarbeidspartnere, herunder pasient og pårørende inviteres inn etter behov og målsetting for møtet.

I saker med korte frister må det innhentes oversikt over hvilke klinikker som kan innfri fristen. I mange saker er det tett dialog med vurderingsinstans, henviser, pasient eller pårørende rundt ulike avklaringer, herunder klager fra pasienter.

Koordinerende enhet drøfter sak og prosess i vanskelig plasserbare pasientsaker i ukentlige fagmøter ved fagavdelingen i foretaket.

Suksesskriteriene for den koordinerende enheten til Rusbehandling Midt Norge

- Høy ledelsesmessig forankring gir enheten autoritet og tydelig myndighetsområde.
- Klinikkenes praksis med å utvise fleksibilitet og smidighet ved inntak, er sterkt forankret i ledergruppa i Rusbehandling Midt-Norge. Fagdirektørs direkte dialoglinje til klinikklederne har sentral positiv effekt.
- Det er definert et tydelig mandat til dedikerte person(er) med god kompetanse innen koordinering. Disse har god kjennskap til klinikkenes behandlingstilbud på alle nivåer og mulighet for direkte linjer til den kliniske virksomheten.
- Dialog er et sentralt virkemiddel i arbeid med krevende pasientsaker. Dette gir mulighet for å belyse sakene fra flere sider og drøfte muligheter og utfordringer. Slik sikres riktig kompetanse på rett sted til rett tid. Dialogen gir også mulighetsrom for å drøfte pasientens behov og mulige forløp i et videre perspektiv, eksempelvis for ROP pasienter.
- Gjennom dialog og kjennskap til hverandres fagfelt og felles utfordringer på tvers av de enkelte helseforetak ser vi økt forståelse og samhandling mellom psykisk helsevern og TSB i slike saker.
- Modellen anbefales videreutviklet til å omfatte somatiske tjenester, spesielt for pasienter med sammensatte behov og som har behov for integrerte pasientforløp.

Koordinerende funksjon i regionen etter integrering

Uavhengig av integreringsprosessen er det et uttalt mål (integrerte pasientforløp) å finne løsninger på hvordan fagfeltene rus, psykiatri og somatikk skal jobbe seg nærmere hverandre. Samtidig er det en erfaring at Rusbehandling Midt-Norge langt på vei har lyktes med koordinering på individnivå gjennom sin organisering med «koordinerende enhet». Dette er noe annet enn spesialisthelsetjenestelovens koordinerende enhet på området habilitering og rehabilitering, som i all hovedsak opererer på systemnivå.

Forslag til oppgaver for en koordinerende funksjon i regionen – mandat

- Forvalte det regionale helseforetaket sine avtaler med private aktører innen TSB
- Koordinere fordeling av differensiert og spesialisert TSB tilbud i regionen
- Bistå i krevende pasientsaker, herunder plassering på tvang
- Koordinere regionalt fagledernetverk
- Koordinering av opplæring og informasjon til vurderingsinstansene
- Koordinering av opplæring og informasjon til rapporteringsansvarlige for aktivitetsdata til NPR (Norsk pasientregister)
- Fungere som kontakt og informasjonssenter opp mot kommuner og brukere
- Bistå i forvaltning av avtaler med kommunene om integreringstiltak og prosjekter

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at funksjonsdeling og pasientforløp på tvers i regionen understøttes gjennom etablering av en regional koordinerende funksjon.

4.5. Organisering i mottakende helseforetak

St.meld. 30 (2011-2012), "Se meg!" – en helhetlig rusmiddelpolitikk vil være førende for organiseringen. Stortingets behandling av meldingen vil legge politiske føringer for utviklingen av feltet. Et stort flertall i Helse- og omsorgskomiteen understreker betydningen av at TSB opprettholdes som et selvstendig fagfelt. Det som bør vektlegges ved vurdering av organisering i mottakende helseforetak er blant annet intensjonen i meldingen, nemlig en tyngre vekt på kommunal innsats og forebygging.

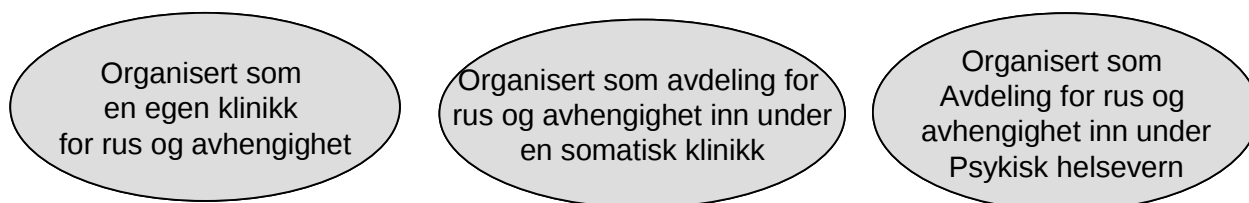
Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet innføring av legespesialitet innen rusfaget våren 2014. Det er nasjonale og regionale føringer for at rusfaget skal styrkes. Rusfaget har tradisjonelt hatt lav status, og det må sørges for synlighet. Dette kan gjøres for eksempel ved en egen klinikk og/eller ledelsesmessig fokus.

Det er vanskelig å se for seg en utvikling av en selvstendig russpesialitet dersom fagfeltet ikke består som selvstendig fagområde. Det må legges til rette for videreutvikling av faget både i tråd med Stortingets intensjoner med rusreformen, Stortingsmelding 30 og WHO's forståelse av rusmiddelavhengighet.

Organisering

Forprosjektgruppen ser at det kan være flere alternative måter å løse intern organisering i mottakende helseforetak.

Tre alternativer kan være:



Det vil være fordeler og ulemper med alle alternativer, og en modell passer kanskje ikke alle tre helseforetak. Uavhengig av hvordan TSB organiseres, så er det viktig å skape arenaer for samarbeid på tvers slik at en unngår "bås-tenkning". Samorganisering kan gi bedre samarbeid, men er verken nødvendig eller tilstrekkelig for å få til samarbeid. Det må legges til rette både i forhold til ledelse, kulturarbeid og møtepunkter.

Behovet for koordinering

Helseforetakenes planlegging bør ta utgangspunkt i at en rekke pasienter som møter helsevesenet har symptomer der det ikke umiddelbart vil være klart at problemet handler om rus, psykisk helse eller somatikk. Pasientenes problem kan handle om alle disse tre områdene samtidig og "behandlingen" kan kreve nært samarbeid med kommunenes helse, omsorg og/ eller sosialtjeneste samt NAV.

Om man klarer å legge til rette for gode tverrfaglige vurderinger av disse pasientene, vil også en rekke andre pasienter med sammensatte problem, men uten rusproblem også profitere på det. Det bør altså planlegges et inntak som ikke krever at problemstillingen er avklart på forhånd eller der det kreves at rusproblemet er kjent. Det er behov for gode akuttinntak både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg bør vi sikre at de ulike tjenesteområdene rus, psykisk helse og somatikk innen hvert helseforetak har lett tilgang til en koordinerende funksjon som kan bistå når det framgår at enkeltpasienter har behov for koordinering mellom ulike instanser.

Dette er altså en koordinerende funksjon som kan kobles inn uansett hvilke diagnoser pasienten har.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det blant annet:

"Det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering".

En slik enhet går ikke direkte inn i pasientsaker (individnivå).

Når det gjelder koordinering av pasienter med behov for kompetanse fra flere fagområder sier Forskriften: § 22. Koordinator i spesialisthelsetjenesten:

"For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig".

Anbefaling

- Ved valg av organisering og mottakelse av TSB bør følgende moment være med i vurderingen til de mottakende helseforetak:
 - Finne en modell som understøtter TSB som eget fagfelt
 - Sørge for ivaretagelse av legespesialiteten innen rusfaget
 - Sørge for tilstrekkelig ledelsesmessig forankring høyt i organisasjonen
 - Sørge for at det tilrettelegges for samarbeid mellom rus, psykiatri og somatikk
- Integrerte pasientforløp (beskrevet i kapittel 4.6), rapport fra fase 1 og 2 bør leses av foretakene, og legges til grunn når de skal gjøre vurderinger i forhold til organisering.

4.6. Prosjekt "Integrerte pasientforløp"

Prosjekt integrerte pasientforløp rus-psykiatri-somatikk er inne i avsluttende fase, og skal levere prosedyrer mellom de berørte helseforetak innen 1.7.2013. Arbeidet ledes av fagledernetverk for voksenpsykiatri og rus, utvidet med representanter for somatikk for denne oppgaven. Oppnevning til dette arbeidet er i prosess i regi av Helse Midt-Norge.



Prosedyren skal utarbeides basert på forslag til en felles overordnet prosedyre. Denne overordnede prosedyren er ment som en praktisk fremgangsmåte for hvordan de berørte helseforetak bør lage samarbeidsrutiner som konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom tjenestene til pasienter med sammensatte behov.

Arbeidet med å bruke prosedyren som grunnlag for klinisk operasjonalisering krever ledelsesforankring i alle helseforetak. Det er ledere og klinikere på operativt nivå som må utarbeide de konkrete samarbeidsrutinene ut fra lokale forhold. Det er viktig at dette arbeidet ikke stopper opp i fusjonsprosessen, men heller brukes som en god kulturbyggearena for en vellykket fusjon.

Arbeidet omfatter:

- Akuttkjedene
- Liaison/tilsynstjenestene
- Implementering av RoP retningslinjene
- Koordineringsenhetene

Prosedyren dekker forholdet mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten. Det er en målsetting at de aller fleste pasienter skal utskrives til kommunen. Liasionsystemene bør bidra til at vurderingene av pasientens rusproblematikk inngår i pasientens epikrise, også til kommunen. Samhandlingsavtalene mellom kommunene og helseforetakene ansees å dekke dette forholdet på administrativt nivå. Faglige samarbeidsutvalg må konkretisere samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene.

Anbefaling

- Det enkelte helseforetak må sørge for at de administrative samarbeidsutvalg kobles på arbeidet med integrerte pasientforløp rus-psykiatri-somatikk i det enkelte helseforetaks implementering av prosedyren.

4.7. Forvaltning av avtaler med private, ideelle institusjoner

Helse Midt-Norge har driftsavtaler med fire private ideelle aktører. Tjenestene disse yter er både lokalbaserte og regionale tilbud, og de er lokalisert i Trondheimsområdet. For oversikt over avtalene og de formelle forholdene, se kapittel 3.6.

Tjenestene de private yter er godt integrert i Rusbehandling Midt-Norge sitt samlede tjenestetilbud. I Helse Midt-Norge styresak 37/12 videreutvikling av TSB i Midt-Norge, beskrives styrking av en rekke tiltak som bekrefter at tjenestene som leveres gjennom avtalene er nødvendige i et langtidsperspektiv.

Særlig tjenestene ved Lade Behandlingssenter er omfattende. Enkeltelementer i tilbudet kan leveres av andre. I siste konkurranse ble det gjort en vurdering av betydningen av et samlet tilbud kontra å spre oppdragene på flere. Konklusjonen den gang var at synergieffektene mellom f. eks avrusning, poliklinikk, utredning, klinikk, tvang og familieavdeling var vesentlig større enn hva som kunne oppnås av evt. prisreduksjoner. Siden den gang er det ikke kommet til flere potensielle leverandører, og konklusjonen ved opsjonsutløsningen i 2012 var at man ikke ville kunne få tjenestene til en tilsvarende eller høyere kvalitet og til lavere kostnad ved å utlyse ny konkurranse.

Samarbeidet med de private er godt, og avtalene gir rom for å foreta faglig riktige endringer innenfor rammen.

Behovet for tjenestene er langsiktige, og det er en fordel både for leverandør og oppdragsgiver at avtaleforholdet er mest mulig forutsigbart.

Riksrevisjonen har gjennomført nasjonal revisjon på dette området med særlig fokus på oppfølging og kravstilling i avtalene. Det var kun Helse Midt-Norge som «fikk godkjent» på måten

Rusbehandling Midt-Norge følger opp de private. Dette er ett av de områdene det er helt avgjørende at fusjonen ivaretar på en god måte.

Anbefaling, se kapittel 3.6

4.8. Integreringstiltak med kommunene

Rusbehandling Midt-Norge har i samarbeid med en rekke kommuner bidratt til etablering og drift av integreringstiltak. Det gis økonomisk driftsstøtte, faglig forankring og veiledning av tiltakene. Dette er for kommunene «ikke-lovpålagte tiltak», beliggende i overgangen mellom spesialisttjeneste og kommunalt ansvar, og er å regne som utpregede samhandlingstiltak.

Hva er et integreringstiltak

Integreringstiltak i vår sammenheng er å forstå som rehabiliterende tiltak, der primær målgruppe er personer som vil ut av rusavhengighet, og som trenger bistand/oppfølging til integrering i hjemkommunen, under og etter spesialisert rusbehandling.

Tiltakene kan ha ulik organisering i den enkelte kommune og er noen steder gitt funksjon som forebyggende tiltak for personer som har et alvorlig og etablert rusproblem eller som er i ferd med å utvikle et rusproblem.

Integreringstiltak forventes å inneholde betydelig aktivitet rettet mot pasienter i en sårbar fase etter utskrivning. Tiltaket skal ha en organisering som understøtter et tilbud til denne gruppen for å få driftsstøtte fra Rusbehandling Midt-Norge.

Aktivitet og prioriterte områder i tiltakene

Individuell plan benyttes som virkemiddel, og legger grunnlag for målrettet tilnærming.

Samhandling

- Utvikle prosesser som fremmer rehabilitering
- Gi brukerne tett lokal oppfølging med god koordinering mellom tjenestene
- Koordinere og forbedre samarbeid mellom kommunale etater, særskilt psykisk helsetjeneste og NAV
- Utvikle støttende sosiale nettverk

Struktur i hverdagen

- Samtalegrupper / pårørendearbeid
- Kurs / undervisning i relevante tema
- Dagsrytme, avtaler og forpliktelser
- Identifisere problemer knyttet til rus og løse disse lokalt

Utdanning og arbeid

- Motivere for utdanning og ordinært arbeid på sikt
- Variert arbeidsutprøving ut fra den enkeltes ønsker og ressurser
- Nært samarbeid med Nav, næringsliv og frivillige omkring slik tilrettelegging

Forebyggende helsearbeid

- Fysisk aktivitet, gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner
- Tening på fritidsaktiviteter
- Sosial trening

Tiltakenes faglige betydning

Rusbehandling skal ha gode rutiner for samarbeid med kommunen for pasienter i TSB, ved behandlingsavbrudd og etter utskrivning, og en skal se til at flere pasienter fullfører tverrfaglig

spesialisert behandling. (fra Oppdragsdokument 2013). Styresak Helse Midt-Norge 37/12 har bl.a fokus på utvidelse av samhandlingstiltak med kommunene.

Kunnskapsmessig vet vi at pasienter med rusavhengighet, i særdeleshett yngre pasienter, er svært sårbare for tilbakefall de første månedene etter utskrivning. Oppfølging i denne perioden vurderes som risikoreduserende tiltak.

Erfaringsmessig er tiltak som ikke er lovpålagte svært sårbare ved innsparing i kommunene. Forankring i et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisttjeneste, med tilskudd til drift, viser seg å sikre og stabilisere drift av slike tiltak.

Tilgang på arenaer for oppfølging av (noen) av pasientene etter utskrivning fra spesialisthelsetjeneste er viktig for å forankre resultater av behandlingen, og for å sikre at pasienter fullfører sine forløp. Slike tiltak er en del av innsatsen for å sikre rusfrihet etter behandling. De er også med på å flytte kompetanse over fra spesialisttjeneste til kommune.

Bruk av samhandlingskoordinatorer/konsulenter

Det er tilsatt samhandlingskoordinatorer/ konsulenter ved alle klinikker/avtaleklinikker i Rusbehandling Midt-Norge. Disse har særskilte ansvarsområder mot samarbeidspartene og arbeider i gråsonene rundt den enkelte pasient, enten det er i forhold til kommuner eller psykisk Helsevern. De deltar tett på pasientbehandlingen og er sentrale deltagere i ansvarsgrupper og bistår i oppfølging av individuell plan (IP).

Samhandlingskoordinator/konsulentrollen anbefales utviklet slik at den også kan videreutvikles innenfor andre deler av spesialisthelsetjenesten for pasienter som pga sine sammensatte lidelser har behov for en koordinator.

Hva ønskes videreført for å ivareta det som er bygget opp?

Målrrettet samarbeid med kommunene gjennom:

- Tradisjon for lett tilgjengelighet og tett samhandling kommune – spes.tjeneste
- Fleksibel behandlingsinnsats i gråsonene mellom spesialisthelsetjeneste og kommune
- Utvide mandat for fylkesvise ASU, slik at rusfaget blir representert
- Klinisk samarbeidsutvalg med Trondheim, videreutvikle med flere kommuner
- Samhandlingskoordinatorer som virker på tvers, både på pasient- og systemnivå
- Oppfølging etter utskrivning og etablering
- Videreføre avtaler om integreringstiltak i kommunene
- Videreføre avtaler med de frivillige, NKS og Røde Kors
- Videreføre igangsatte prosjekter og overføre evne til å arbeide prosjektbasert

Anbefaling, se kapittel 3.8.

4.9. Legedekning

Rusbehandling Midt-Norge og avtalepartnere har til sammen 15 leger ansatt (inkl. private institusjoner).

1.juli 2013 vil systemet med fordeling av legehjemler endre seg ved at det ikke settes et "tak" for antall hjemler. Da skal man forholde seg til behov og hvordan en får løst dette innenfor økonomisk ramme.

Det regionale helseforetaket vil pr brev be helseforetakene beskrive sine behov for legestillinger ut fra visse kriterier. En skal blant annet sikre rekruttering innenfor utsatte fagmiljøer.

Legespesialitet for rus og avhengighetsmedisin blir innført i løpet av 2014. Dette vil styrke rekrutteringsmulighetene til rusfeltet, og vil gi muligheter for et vesentlig antall LIS leger (LIS = lege i spesialisering). Tilstrekkelig antall legestillinger må sikres for å ivareta utdanningsbehovet ved innføring av ny spesialitet, utvikle fagområdet rusmedisin og sikre stabilitet.

Et utdanningsprogram skal utvikles for spesialiteten, og det er naturlig at dette gjøres i et samarbeid med det medisinske fakultet og helseforetakene. Det er viktig å få godkjent helseforetakene og Rusbehandling Midt-Norge sine institusjoner, samt de private avtalepartene som utdanningsinstitusjoner, slik at man har et bredt spekter av utdanningsplasser klart for fordeling allerede i 2014.

Anbefaling

- Avhengig av hva som blir fastsatt fusjonstidspunkt, så må ansvarlig helseforetak utarbeide behovsbeskrivelse og sørge for finansiering på plass slik at man kan få kraft inn i arbeidet med å innføre legespesialitet for rus og avhengighetsmedisin i 2014.
- Siden utvikling av utdanningsprogram og godkjenning av institusjoner omfatter alle berørte helseforetak, anser prosjektgruppen det som mest hensiktsmessig at det regionale helseforetaket tar ansvar for koordinerende aktiviteter i forbindelse med innføring av legespesialiteten.

4.10. Regionalt fagledernetverk



Det er behov for et fagforum etter fusjon. Dette for blant annet å drøfte strategiske problemstillinger og legge forholdene til rette for god samhandling på overordnet nivå. Det er behov for å diskutere utvikling av TSB, samt diskutere pasientforløp på tvers av foretaksgrensene. Med et slikt fora kan en å bidra til at pasienter ikke blir "kasteball" mellom ulike tjenesteområder, men at de opplever helhetlige og koordinerte tjenester.

Fagledernetverk for TSB må forankres i linja. Tankene om regionalt fagledernetverk er samsvarende med den type tenkning som det regionale helseforetaket har om fagledernetverk.

Verdien ligger i å få drøfte fag. Disse drøftingene må være på et ledernivå nært det operative nivået. Etter fusjon har man ikke noe møtefora for de private og offentlige. Noen må ta ansvar for et slikt møte, og det er naturlig at det legges til en regional koordinerende funksjon.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at det etableres et Regionalt fagledernetverk TSB.

4.11. KoRus Midt-Norge, Lærings- og mestringssenteret og FoU

Kompetansesenter for rusfaget (KoRus) ble etablert på midten av 1990-tallet for å implementere statlige satsninger på rusområde regionalt/lokalt.

KoRus Midt-Norge har i dag 31,5 årsverk hvorav 22,8 er finansiert fra Helsedirektoratet og 8,7 fra Rusbehandling Midt-Norge. I tillegg kommer noe eksterne midler, særlig knyttet til FoU-avdelingen. Samlet ramme for 2013 er ca 30 mill. kroner.

KoRus er lokalisert ved Trondheims klinikken (leder/stab, avdeling Sør-Trøndelag, Lærings- og mestringssenter, FoU-avdeling), ved Vestmo behandlingssenter (avdeling Møre og Romsdal) og ved Høgskolen i Nord-Trøndelag Røstad Levanger (avdeling Nord-Trøndelag)

KoRus arbeider med hele spekteret av rusfaglige problemstillinger; Folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon, behandling, utdanning, opplæring med vekt på pårørende og forskning/utvikling (FoU).

KoRus arrangerer en rekke kurs- og konferanser og drifter/deltar i over 50 etablerte nettverk nasjonalt, regionalt og lokalt. Hovedinnsatsen er likevel prosjekttrettet innsats på 1-2 år overfor kommuner og spesialisthelsetjeneste med sikte på implementering, praksisendring og kunnskapsutvikling. Ved inngangen til 2013 har senteret folkehelse relaterte prosjekter i 49 kommuner i regionen (58 % av kommunene). Det er etablert en systematisk innsats i alle tre fylker knyttet til arbeidsliv og rus (bedriftsnettverk). Det jobbes med mange sentrale behandlingsrettede prosjekter.

Lærings- og mestringssenter

Rusbehandling Midt-Norges lærings- og mestringssenter er en del av KoRus. Her arbeides det målrettet særlig overfor pårørende; både kvalitetssikring av tilbudene ved klinikkene og utvikling av egne veilednings- og rådgivningstilbud i hele regionen. Satsningen overfor barn som pårørende har vært omfattende de siste årene.

FoU-avdeling

Rusbehandling Midt-Norges FoU-avdeling er også en del av KoRus. Avdelingen samarbeider med forskningskoordinatorer i alle helseforetakets klinikker. FoU avdelingen er i dag involvert i 22 prosjekter; 7 med hovedforankring i avdelingen, 7 med forankring i klinikkene og 8 andre. Det satses særlig på pasientnære kliniske prosjekter knyttet til forløp, forholdet rus/psykisk helse, mm. Det publiseres nå jevnlig og godt i velrennomerte tidsskrifter og utdannes ca en PhD-kandidat i året.

Anbefaling

- Korus overføres med dagens funksjoner til St.Olavs hospital – herunder organiseringen med lokale kontor i hvert fylke. Dette er i tråd med signalene fra Helsedirektoratet om ett Korus i regionen.
- Korus skal som del av universitetssykehusfunksjonen følge opp hele regionen både overfor kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det må legges stor vekt på å etablere gode samarbeidsrelasjoner med aktuelle tjenester i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.
- Når det gjelder Lærings- og mestringssenteret og FoU-avdelingen bør disse fortsatt være en del av Korus, da synergiene vurderes som store. Ansvaret bør etter fusjonen være knyttet til utviklingen av TSB/rusfaget på sine respektive områder innenfor St.Olavs hospital i samarbeid med øvrige helseforetak.

4.12. IKT-systemer

Tidspunktet for når IKT-løsningene i Rusbehandling Midt-Norge kan integreres med løsninger i mottakende helseforetak er en viktig del av diskusjonen omkring når fusjonen bør gjennomføres. På bakgrunn av dette bestilte forprosjektet en rapport fra Hemit som skal redegjøre for hvilke IKT-tiltak som må og bør gjennomføres i forbindelse med at Rusbehandling Midt-Norge integreres med sykehusforetakene. Rapporten ligger som *vedlegg 2*.

Overordnede mål med rapporten fra Hemit har vært:

- Få en god samordning med det fusjonerte TSB og helseforetakene sine pasientadministrative og administrative system som fremmer målet med integreringen; Samhandling rus, somatikk, psykiatri og kommunene.
- Få svar på hvordan IKT-systemer og data kan ivaretas ved innpassing av TSB inn i helseforetakene på en god måte.
- Få svar på gjennomførbarhet og tid

Rusbehandling Midt-Norge benytter i all hovedsak de samme IKT-verktøy som øvrige foretak i Helse Midt-Norge med unntak av journalsystem og PAS. Av administrative system benyttes ikke Travel av Rusbehandling Midt-Norge og saksbehandlingssystemet ePhorte benyttes ikke av St. Olavs Hospital.

Hemit konkluderer med at Rusbehandling Midt-Norge kan integreres i sykehusene uten at større endringer i IKT-systemer er nødvendige. For administrative system benyttes løsningene i mottakende helseforetak. For kliniske system fremgår at man kan fortsette å bruke RUS-data inntil eksisterende avvik på rapportering er lukket, men en slik løsning bør være av begrenset varighet. Målet om IKT-verktøy som støtter samhandling, rus, somatikk, psykiatri og kommune på en tilfredsstillende måte vil ikke oppnås uten samordning av journal og PAS-systemer.

Prosjektet «Integrerte pasientforløp rus, psykiatri og somatikk» taler også for ett felles journal og pasientadministrativt system.

Hemit har gjort en overordnet kartlegging av arbeidsprosesser i Rusbehandling Midt-Norge HF for å gi innsikt i hvilke IKT-systemer som brukes. Dette arbeidet bør videreføres for å sikre et godt grunnlag for samordning av systemene.

Vedrørende telefoni så bør det kartlegges videre hvordan dette gjøres i dag, og hva som må gjøres som en følge av integreringen. Hemit leverer IP-telefoni som en tjeneste til Trondheims klinikken og St. Olavs Hospital. Øvrige telefoniløsninger håndterer foretakene selv. Beslutningen om hvordan lokale telefoniløsningene i Rusbehandling Midt-Norge skal knyttes sammen med mottakende helseforetak må besluttas av mottakende helseforetak i god tid før fusjonstidspunktet.

Pasientadministrative systemer

Ved valg av løsning av pasientadministrativt system er det tre overordnede mål som må være styrende (krav i forhold til funksjonalitet). Det IKT-systemet som velges må:

- Legge til rette for integrering rus, psykiatri og somatikk
- Overholde myndighetskrav
- Kunne avgi nødvendige styringsdata

Hemits vurdering er at man kan fortsette å bruke RUS-data som før på de enhetene som fusjoneres inn i sykehusforetakene. Det bør ikke ha betydning for rapporteringen til NPR så lenge det sendes egne NPR-filer fra RUS-enhetene. Forutsetningen for denne løsningen er at det ikke er tilganger til journalopplysninger i RUS-data mellom foretakene. Konsekvensen er manglende

integrasjon mellom RUS-data og Doculive/PAS. Derfor bør dette være en mellomløsning av begrenset varighet.

St.Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag bruker Doculive og PAS. Eksisterende rusbehandling i Helse Nord-Trøndelag benytter Doculive og PAS i stedet for RUS-data. Disse systemene har et avvik på rusrelaterte data i forhold til myndighetskrav som må lukkes dersom øvrig rusbehandling i Helse Midt-Norge skal over på disse systemene i forbindelse med omorganiseringen. Et oppdrag på å lukke dette avviket er anslått til om lag 1 mnok.

Rammebetingelser som må være på plass for å få en vellykket overgang i forhold til IKT-systemer, herunder estimere ressursbehovet i HEMIT.

IKT-delen må ha god forankring i Helse Midt-Norge og prosjektoppdraget til Hemit må omfatte alle IKT-system, ikke bare journalsystemet. Tydelighet på prioritering fra Helse Midt-Norge RHF er også nødvendig.

Organisasjonsendringen vil kreve tilpasninger og arbeid også i forbindelse med EPhorte/ESak, EQS, PRS, Compello og Travel (RUS-foretaket bruker ikke Travel). Det er viktig at alle systemene omfattes av prosjektoppdraget til Hemit.

EPJ-ressurser i mottakende foretak må være på plass for å håndtere en eventuell overgang til DI. Endringer og tilpasninger som skal gjøres i HR-systemene vil også kreve mye ressurser i helseforetakene.

Anbefaling

- Prosjektgruppen vil på bakgrunn av rapporten til Hemit anbefale at RUS-data fases ut så snart som mulig, og at Doculive/PAS erstatter RUS-data. En forutsetning for en slik overgang er:
 - Avviket i forhold til manglende mulighet til å få ut data fra PAS som skal sendes myndighetene må lukkes.
 - Det må sikres at PAS gir samme styringsdata som RUS-data gjør i dag.
 - Det må lages en plan for informasjon, opplæring og overføring av data som sikrer en god overgang fra RUS-data til Doculive/PAS.
- Om en fusjon ved årskiftet 31.12.13 skal gjennomføres må Helse Midt-Norge snarest prioritere oppdragene som skissert i Hemit sin rapport. Prosjektoppdraget til Hemit må omfatte alle IKT-system, ikke bare journalsystemet. RUS-data kan om nødvendig benyttes etter fusjon, men en slik løsning bør være av begrenset varighet.
- Hemit må tas med i utformingen av prosjektoppdraget.
- Det må gjøres en kartlegging vedrørende telefoni.

5. Tidsaspektet

Erfaringsmessig ser en at det er hensiktsmessig å legge slike fusjoner rundt årskifte. Prosjektgruppen har diskutert to ulike tidspunkter for fusjon; 31.12.13 eller 31.12.14.

Av de formelle prosessene (kap. 3) og andre viktige rammebetingelser (kap. 4), så har ikke alle elementer like stor betydning for valg av tidspunkt. Prosjektgruppen har vurdert følgende element opp mot de to ulike tidspunktene: Hensynet til fortsatt god daglig drift, IKT-systemer, opptrappingsplan, organisering og fokus på pasientforløp.

Opprettholde god faglig drift

Beslutningen om tidspunkt for fusjon vil tas av styret i Helse Midt-Norge i juni 2013. Erfaring viser at etter slike vedtak vil fokuset bli mer på fusjonsoppgavene enn på ytterligere opptrapping og daglig drift i en periode helt til «ting har gått seg til» en stund etter at fusjonen er gjennomført.

En kan miste noe kraften i å opprettholde god daglig drift om en velger å vente med fusjonen til 31.12.14. Ved å vente så lenge etter beslutningen, er det øket risiko for at ansatte i Rusbehandling Midt-Norge søker seg annen jobb. Dette kan føre til evnen til å opprettholde god faglig drift blir svekket.



Det vil være nødvendig med styring og kontroll i en fusjonsprosess, og man er best tjent med å fortsatt ha nøkkelpersonell tilgjengelig.

Om selve fusjonen besluttet å skje langt frem i tid, vil det være vanskelig for mottakende helseforetak å beslutte organisasjonsform nå, noe som vil kan gi usikkerhet som kan være utfordrende å håndtere.

Det vil alltid være en viss usikkerhet i en omstillingsfase. Denne omstillingsfasen bør derfor holdes så kort som mulig.

IKT

Argumenter for å vente med fusjon til 31.12.14 kan være at Hemit får bedre tid til å forberede arbeidet i forhold til IKT-systemene. Rusbehandling Midt-Norge benytter i all hovedsak de samme IKT-verktøy som øvrige foretak i Helse Midt-Norge med unntak av journalsystem og PAS. Hemit konkluderer i rapporten at fusjon kan gjøres uten større endringer i IKT-systemer.

Når det gjelder overgangen fra RUS-data til Doculice/PAS, vil dette ta noe tid i form av planlegging og gjennomføring av opplæring og overføring av data. Men RUS-data kan om nødvendig benyttes etter fusjon, men en slik løsning bør være av begrenset varighet.

En forutsetning for å kunne gjennomføre fusjon 31.12.13, er at Helse Midt-Norge lager et prosjektoppdrag til Hemit med en tydelig prioritering på de nødvendige aksjoner i forhold til IKT-systemer blir gjennomført.

Opptappingsplan

Sak 37/12 inneholder en mengde opptappingstiltak. En kan tenke seg at man får mer tid til å fullføre opptappingen innen rusfeltet med fortsatt eget rusforetak frem til 31.12.14. Det vil også være kulturelle forskjeller som er berørt i forprosjektet. Det kan være en fordel å bygge miljøene sammen gjennom faglige virkemidler (pasientforløp) før fusjonsvedtak, fordi man da reduserer kulturforskjellene nedenfra og opp.

Men en vellykket opptapping krever også at Rusbehandling Midt-Norge ikke mister nøkkelpersonell, noe som kan være et godt argument for at fusjon bør gjennomføres nå ved årsskifte.

Med fusjonstidspunkt 31.12.13 innebærer det at sykehusforetakene får oppgaven med å videreføre opptappingen på rusfeltet etter en overtakelse. Dette kan gi ekstra positive krefter til de fusjonerte enhetene.

Organisering og fokus på pasientforløp

Ved gjennomføring av fusjon 31.12.14 får en noe mer tid før fusjon, og mottakende helseforetak kan få mer tid til å tenke gjennom organisering av TSB. Ved fusjon allerede ved årsskiftet, vil handlingsrommet for å tenke gjennom organisering bli mindre.

Parallelt med forprosjektet så er det startet en prosess der direktørene i helseforetakene er i gang med prosesser for å beslutte fremtidig organisering. Det er også dannet et HR-gruppe bestående av representanter fra helseforetakene og Rusbehandling Midt-Norge. Arbeidet koordineres av det regionale helseforetaket, og gruppa er etablert for å støtte og koordinere prosessene både i avgivende og mottagende organisasjoner.

Prosjekt integrerte pasientforløp rus-psykiatri-somatikk skal levere prosedyrer for koordinering av pasientforløp inne 1.7.13. Praktisk arbeid med disse vil være en god kulturbyggearena mellom fusjonspartnerne.

På bakgrunn av dette mener prosjektgruppa at det skal være tilstrekkelig med tid frem til nyåret for å finne gode løsninger på organisering, pasientforløp og praktiske fusjonsforberedelser for å få til en god fusjon av TSB i helseforetakene.

Andre forhold

Et annet argument for å gjennomføre fusjon 31.12.13 er at Ambulanseforetaket skal fusjoneres inn i helseforetakene 31.12.14. Det kan sees på som en fordel at fusjonen av Rusbehandling Midt-Norge ikke gjøres samtidig med Ambulanseforetaket.

Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler fusjon bør gjennomføres 31.12.13
- Prosjektgruppen ser at det er en knapphet på tid, og det må derfor sørges for at det er tilstrekkelig med ressurser for gjennomføring på slik kort tid.
- Det må gjøres en ROS-analyse i regi av det regionale helseforetaket, og med involvering av de mottakende helseforetakene. Dette for å finne eventuelle risikoer, og kunne møte disse med risikoreduserende tiltak.

6. Konklusjon/anbefaling

Forprosjektet skal gjennom denne prosjektrapporten etablere et beslutningsgrunnlag som skal angi:

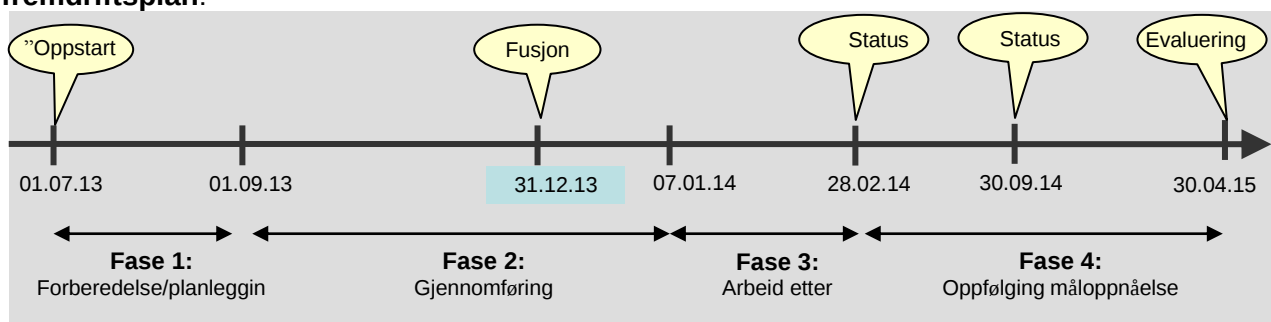
- **Når** en integrering i øvrige spesialisthelsetjeneste bør gjennomføres.
- Hvilke **formelle forhold** som må avklares
- Vurdere hvor **lang tid** det er riktig å bruke på selve gjennomføringen
- Hvilke **rammebetingelser** som må være på plass for å få en vellykket overgang til en ny organisasjonsform.

I kapitlene nedenfor er det forsøkt redegjort for de ulike strekpunktene, og helt til slutt er det et kapittel som omhandler videre arbeid.

6.1. Når og hvor lang tid

Forprosjektgruppen drøftet tidspunkt for gjennomføring av fusjon i kapittel 5. Ut fra en helhetsvurdering så mener gruppen at fusjon bør gjennomføres 31.12.13.

Forprosjektgruppen mener selve fusjon bør deles opp i fire faser. Det er laget et utkast til **fremdriftsplan**:



Som man ser av fremdriftsplanen så vil selve gjennomføring av fusjon gå rimelig kjapt. Forprosjektgruppen mener imidlertid at det skal legges inn både en fase 3 med helt nødvendig etterarbeid for å «få ting på plass», og en fase 4 der en har en status i ultimo februar og september 2014.

I fase 4 bør en sjekke ut at aksjoner er utført som planlagt, og om det må iverksettes tiltak i forhold til uforutsette ting. Fase 4 har også en evaluering i april 2015. Det må settes ned hva en vil evaluere allerede før fusjon. En kan tenke seg at det er nyttig å se på for eksempel endringer i forbruk, utbygging av tilbud (jfr, sak 37/12), brukerundersøkelse og medarbeiderundersøkelse. Det vil i år bli gjennomført brukerundersøkelse og medarbeiderundersøkelse i Rusbehandling Midt-Norge som kan fungere som nullpunkt for senere evalueringer.

6.2. Formelle forhold

Helseforetaksloven legger godt til rette for omdanninger, og bidrar til at arbeidet med varsling og overføring av eiendeler og forpliktelser er enklere enn "normalt" i en fusjon/sammenslåingsprosess.

Helse Midt-Norge har erfaring med fusjon av virksomheter fra sammenslåingen av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF, samt erfaring fra fisjonering gjennom at ambulanseavdelingene fra St.Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag

har blitt overført til Ambulanse Midt-Norge. Dette gir samlet både et godt juridisk forståelse for gjennomføring av omdanningen, og en etablert praksis for hvordan omdanningen kan gjennomføres.

Ved siden av de formelle prosesser er det vist seg nyttig å etablere samarbeidsordninger med mottakende organisasjon så snart som mulig. Dette er allerede gjort i forprosjektperioden.

Anbefalinger fra prosjektgruppen i forhold til formelle forhold er:

- Ivaretagelse av de formelle forhold sikres gjennom at person(er) med relevant kompetanse bidrar inn i arbeidet med fusjon.
- Overtakende helseforetak overtar eiendommer som var mottatt som innskudd i forbindelse med rusformen i 2004, øvrige eiendeler fordeles forholdsmessig
- Det opprettes egen arbeidsgruppe som skal arbeide med avlevering av saksarkiv.
- Den allerede etablerte HR-gruppe bestående av representanter fra helseforetakene og Rusbehandling Midt-Norge fortsetter planlagt arbeid. Arbeidet koordineres av det regionale helseforetaket. Gruppen etableres for å støtte og koordinere prosessene både i avgivende og mottakende organisasjoner.
- Prosjektgruppen støtter ønsket om at brukerutvalgene blir utvidet med representant(er) med tidligere ruserfaring og pårørende erfaring, og ber om at dette hensyntas i neste runde med nominering og utvelgelse til HF'enes brukerutvalg.
- Prosjektgruppen ønsker også at mottakende helseforetak etter forprosjektet inviterer brukerrepresentanter inn i sitt planleggingsarbeid med hvordan de vil utvikle rusfeltet i sitt foretaksområde.
- Det vil fortsatt være Helse Midt-Norge som er avtalepart med de private ideelle institusjonene. Den praktiske oppfølgingen bør legges nært en operativ enhet. Forprosjektet anbefaler at forvaltning av avtaleporteføljen med de private ideelle organisasjonene legges til en koordinerende funksjon knyttet til St Olavs Hospital.
- Rusbehandling Midt-Norge har i dag styreobservatørstatus i styrene til Lade Behandlingssenter og Kvamsgrindkollektivet. Ordningen bør videreføres, og legges til den samme koordinerende enheten ved St. Olavs Hospital.
- Etter at fusjon er gjennomført, anbefales helseforetakene å vurdere om det bør tas inn spesielle element i forhold til rusfaget ved revisjon av de lovpålagte avtalene med kommunene.
- Forprosjektet anbefaler leder av ASU å sørge for en vurdering om ASU innehar tilstrekkelig TSB-kompetanse, og om det bør gjøres en tilpasning i forhold til sammensetningen av utvalget.
- Mottakende helseforetak viderefører inngåtte avtaler om integreringstiltak i kommunene og felles forpliktende samarbeidsprosjekter mellom mottakende helseforetak og kommuner.
- Prosjektet anbefaler at målet om integreringstiltak i minimum ti av de største kommunene i regionen videreføres etter integreringen. Dette er i samsvar med føringer i styresak 37/12.

6.3. Rammebetingelser

I valg av hva som kan være viktige rammebetingelser, har prosjektgruppa brukt målsettingen med fusjon som en rettesnor. Disse målsettingene bør også være førende for organisering av TSB i det enkelte foretak.

Målsettingene med fusjon er (jfr. styresak 83/12 Helse Midt-Norge):

- **Styrke utviklingen** av tilbudet til mennesker med **sammensatte lidelser**. Et økende antall personer med rusavhengighet har samtidig også psykiske og somatiske lidelser.
- Videreutvikle **TSB som selvstendig fagområde**, og ivareta det som er bygget opp i løpet av innværende opptrappingsplan.
- Overføre **kulturelement** fra Rusforetaket til øvrig spesialisthelsetjeneste og visa versa.
- Tilrettelegge for **tettere samhandling** med kommunenes satsing på rusfeltet

Med gjensidig overføring av kulturelement mener prosjektgruppa at det blant annet er viktig å ha fokus på måten rusforetaket har dialog med private aktører. Det er også av betydning at en har forståelse for og kjenner til de eventuelle kulturforskjeller som finnes innenfor ulike fagfelt og de fusjonerende parter. I en fusjonsprosess bør en arbeide aktivt for å skape en felles forståelsesplattform.

Det regionale helseforetaket bør være tydelig på hvordan en ser for seg utviklingen av feltet. Styringsdokumentet må være tydelig for at målsettingene med en tettere integrering oppnås.

Videre opptrapping forventes styrket gjennom en tydelig universitetssykehusfunksjon hvor forskning, pasientforløpsutvikling, metodeutvikling er sentrale oppgaver. Kompetansesenter Rus-Midt-Norge forventes også knyttet til universitetssykehusfunksjonen. Likeverdig tilbud skal skapes gjennom en kombinasjon av lokale tilbud i hvert helseforetakområde supplert med lik tilgang til spesialiserte tilbud.

Noen av de viktige spørsmålene i forhold til rammebetingelser er:

- Hva er hensiktsmessig **organisering** innenfor mottakende helseforetak?
- Hvordan skape gode **pasientforløp** i regionen, samt god samhandling mellom rus, psykiatri og somatikk internt i helseforetakene
- Hvilket **finansieringssystem** vil bidra til oppfyllelse av målsettingene med fusjon?
- Hvordan få til en god overgang i forhold til **IKT-systemer** i fusjon?

Hva er hensiktsmessig organisering innenfor mottakende helseforetak?

Ved valg av organisering og mottakelse av TSB i helseforetakene, bør det blant annet legges vekt på å finne en organisering som understøtter TSB som eget fagfelt. Foretakene må også sørge for ivaretagelse av innføring og utvikling av legespesialiteten innen rusfaget. Avhengig av hva som blir fastsatt fusjonstidspunkt, så må ansvarlig helseforetak utarbeide behovsbeskrivelse og sørge for finansiering på plass slik at man kan få kraft inn i arbeidet med å innføre legespesialitet for rus og avhengighetsmedisin i 2014. Siden utvikling av utdanningsprogram og godkjenning av institusjoner omfatter alle berørte helseforetak, anser forprosjektet det som mest hensiktsmessig at det regionale helseforetaket tar ansvar for koordinerende aktiviteter i forbindelse med innføring av legespesialiteten.

Videre må det sørges for tilstrekkelig ledelsesmessig forankring høyt i organisasjonen, og det må sørges for at det tilrettelegges for samarbeid mellom rus, psykiatri og somatikk

Prosjektrapport fra fase 1 og fase 2 for prosjekt: "Integrerte pasientforløp" bør leses av foretakene. Her er det god bakgrunnsinformasjon som bør legges til grunn når de skal gjøre vurderinger i forhold til organisering. Dette prosjektet er nå inne i avslutningen av fase 2, og prosedyrene skal

utarbeides basert på forslag til en felles overordnet prosedyre. Arbeidet med utarbeidelse og implementering av prosedyren kan brukes som en god kulturbyggearena for en vellykket fusjon.

Hvordan skape gode pasientforløp?

Funksjonsfordeling

Rusbehandling Midt-Norge har utviklet en utstrakt funksjonsfordeling og en effektiv utnyttelse av helseforetakenes totale kapasitet ved at vurderingsinstansene har tilgang til både de lokalbaserte og de regionale spesialfunksjonene uavhengig av geografi. Målsettingen er rett pasient i rett tilbud til rett tid, uavhengig av hvem som eier tiltaket.

Det bør fortsatt være en funksjonsfordeling i regionen, der ruspasienter gis fleksibel tilgang til de ulike behandlingsplassene vurdert etter sitt behov for behandling. '

Vurderingsinstans TSB

Den skisserte modellen fra prosjektgruppen har vurderingsinstans i hvert helseforetak, en likestilt tilgang til offentlige og private plasser, og en regional koordinerende funksjon. Prosjektgruppa anser en løsning med en vurderingsinstans for hvert foretak som hensiktsmessig, og anbefaler en slik løsning. Det gir én adresse, ett sted å henvende seg og sikrer felles ledelse av denne viktige oppgaven. Hvert enkelt helseforetak kan velge å organisere dette arbeidet gjennom flere underliggende lokalisasjoner om dette er hensiktsmessig.

Avtaler med kommunene om integreringstiltak

Rusbehandling Midt Norge har i samarbeid med en rekke kommuner bidratt til etablering og drift av integreringstiltak. Det gis økonomisk driftsstøtte, faglig forankring og veiledning av tiltakene.

Forprosjektgruppa anbefaler at mottakende helseforetak viderefører inngåtte avtaler om integreringstiltak i kommunene og felles forpliktende samarbeidsprosjekter mellom mottakende helseforetak og kommuner.

Avtaler med private, ideelle institusjoner

For å få til en god pasientflyt mellom helseforetak og de private, ideelle institusjonene, er det viktig med dialog på systemnivå og godt samarbeid på pasientnivå. Samarbeidet med de private er i dag godt, og avtalene gir rom for å foreta faglig riktige endringer innenfor rammen. Behovet for tjenestene er langsiktige, og det er en fordel både for leverandør og oppdragsgiver at avtaleforholdet er mest mulig forutsigbart.

Dette er ett av de områdene det er helt avgjørende at fusjonen ivaretar på en god måte. En regional koordinerende funksjon og Regionalt fagledernetverk er viktige rammebetingelser for å ivareta dette i ny organisering, og forprosjektet foreslår at universitetssykehuset tillegges denne oppgaven på vegne av alle tre helseforetak.

Regional koordinerende funksjon og Regionalt fagledernetverk

Behovet for en regional koordinerende funksjon er nevnt i flere sammenhenger i rapporten. Slik forprosjektgruppen ser det, så kan en slik funksjon forvalte viktige regionale oppgaver.

Det er også nevnt et behov for etablering av et Regionalt fagledernetverk. Dette nettverket skal blant annet være en arena der helseforetakene og de private institusjonene treffes for å utveksle erfaringer.

Forprosjektgruppa anbefaler at funksjonsdeling og pasientflyt på tvers i regionen understøttes gjennom etablering av en regional koordinerende funksjon, og forprosjektet anbefaler også at det etableres et Regionalt fagledernetverk rusbehandling, ledet av St.Olavs Hospital.

Kompetansesenter for rusfaget

Kompetansesenter for rusfaget (KoRus) arbeider med hele spekteret av rusfaglige problemstillinger; folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon, behandling, utdanning, opplæring med vekt på pårørende og forskning/utvikling (FoU).

Korus bør overføres med dagens funksjoner til St.Olavs Hospital – herunder organiseringen med lokale kontor i hvert fylke. Dette er i tråd med signalene fra Helsedirektoratet om ett Korus i regionen. Korus skal som del av universitetssykehusfunksjonen følge opp hele regionen både overfor kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det må legges stor vekt på å etablere gode samarbeidsrelasjoner med aktuelle tjenester i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.

Når det gjelder Lærings- og mestringssenteret og FoU-avdelingen bør disse fortsatt være en del av Korus, da synergiene vurderes som store. Ansvaret bør etter fusjonen være knyttet til utviklingen av TSB/rusfaget på sine respektive områder innenfor St.Olavs Hospital i samarbeid med øvrige helseforetak

Hvilket finansieringssystem skal velges etter fusjon?

Helse Midt-Norge er tydelige på at man ønsker et finansieringssystem som er nøytralt i forhold til å ivareta dagens funksjonsfordeling og tilbud. En ønsker også et finansieringssystem som ikke skaper uønsket fordelings effekter.

Forprosjektet anbefaler å fortsette med særfinansiering til hovedelementene i styresak 37/12 er gjennomført, og at det parallelt utredes overgang til en behovsbasert finansieringsmodell. Mulig kommunal medfinansiering vil kunne påvirke tidspunkt for en slik overgang.

Hvordan få til en god overgang i forhold til IKT-systemer?

Rusbehandling Midt-Norge benytter i all hovedsak de samme IKT-verktøy som øvrige foretak i Helse Midt-Norge med unntak av journalsystem og PAS.

Hemit mener Rusbehandling Midt-Norge kan integreres i sykehusene uten at større endringer i IKT-systemer gjøres først. Målet om IKT-verktøy som støtter samhandling, rus, somatikk, psykiatri og kommune på en tilfredsstillende måte vil imidlertid ikke oppnås uten større endringer i eksisterende system eller samordning av journal og PAS-systemer.

Prosjektgruppen vil på bakgrunn av rapporten til Hemit anbefale at RUS-data fases ut, og Doculive/PAS erstatter RUS-data. En forutsetning for en slik overgang er:

- Avviket i forhold til manglende mulighet til å få ut data fra PAS som skal sendes myndighetene må lukkes.
- Det må sikres at PAS gir samme styringsdata som RUS-data gjør i dag.
- Det må lages en plan for informasjon, opplæring og overføring av data som sikrer en god overgang fra RUS-data til Doculive/PAS.

Om en fusjon ved årskiftet 31.12.13 skal gjennomføres må Helse Midt-Norge snarest prioritere oppdragene som skissert i Hemit sin rapport. IKT-delen må ha god forankring i Helse Midt-Norge og prosjektoppdraget til Hemit må omfatte alle IKT-system, ikke bare journalsystemet. Tydelighet på prioritering fra Helse Midt-Norge er også nødvendig. Hemit må tas med i utformingen av prosjektoppdraget. Som kompensierende tiltak kan RUS-data, om nødvendig, benyttes etter fusjon. En slik løsning bør være av begrenset varighet.

6.4. Videre arbeid

Aksjonsplan

Forprosjektgruppen mener det kan være nyttig å lage en aksjonsplan. Her kan alle aksjoner fra rapporten settes inn, og vil kunne være et godt verktøy for selve gjennomføringen av fusjon. Forprosjektgruppen foreslår følgende format på aksjonsplanen:

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig	Referanser/kommentar

Forprosjektgruppen anbefaler at det utarbeides en slik aksjonsplan, og at den brukes aktivt i det videre arbeidet med fusjon.

ROS-analyse

Det regionale helseforetaket bør starte med forberedende arbeid i forhold til ROS-analyse allerede nå. Om det besluttes at fusjon skal gjennomføres 31.12.13, så blir det mye som skal på plass på kort tid. Da kan det være greit å ha begynt planleggingen av ROS-analysen, evt. startet på den. Berørte helseforetak bør involveres i ROS-analysen.